Møteinnkalling - Kontrollutvalget i Stjørdal kommune

Arkivsak:

Møtedato/tid: 28.02.2020 Kl 09:00

Møtested: Formannskapssalen

Møtedeltakere:
Inger Johanne Uthus
Erik Bjørgum
Karen Elverum
Steinar Rømo
Morten Harper

Møtet avvikles for åpne dører, i tråd med kommuneloven § 11-5.
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, 21.02.2020

Inger Johanne Uthus (sign.)
Leder av kontrollutvalget

Paul Stenstuen
Seniorrådgiver, Konsek Trøndelag

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

Sakliste

Saksnr.	Sakstittel
01/20	Referatsaker
02/20	Orientering fra sekretær
03/20	Oppstart planarbeid
04/20	Kontrollutvalgets budsjett for 2020
05/20	Kontrollutvalgets årsrapport 2019
06/20	Eventuelt
07/20	Godkjenning av møteprotokoll

Referatsaker

Behandles i utvalg	Møtedato	Saknr
Kontrollutvalget i Stjørdal kommune	28.02.2020	01/20

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen
Arkivkode FE - 033, TI - &17
Arkivsaknr 20/108 - 1

Forslag til vedtak:
Referatsakene tas til orientering.

Vedlegg
Rapport fra tilsyn med tjenester til eldre med heldøgns helse- og omsorgstjenester Stjørdal kommune 2019 _ Helsetilsynet
Oppfølgning av lovbrudd påpekt i tilsyn - brev fra fylkesmannen i trøndelag datert 27.08.19
Oppfølging av lovbrudd påpekt i tilsyn - Halsen sykeheim - Stjørdal kommune
De sentrale momentene for å forstå det kommunale regnskapet
Status - Revisjon Stjørdal kommune

Saksopplysninger
Følgende dokumenter vil bli referert i møte:

1. Tilsynsrapport – Halsen sykehjem
2. Oppfølgning av lovbrudd påpekt i tilsyn – brev fra Fylkesmannen
3. Oppfølgning av lovbrudd påpekt i tilsyn – brev fra Stjørdal kommune
4. De sentrale momentene for å forstå det kommunale regnskapet
5. Status - Revisjon Stjørdal kommune

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 korrigere 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 aktivitør 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 ivaretakelse 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 medisinskfaglig 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 sykehjemslegefunksjonen. Sykeheimens ledelse bruker for øvrig kommuneoverlegefunksjonen lite til medisinskfaglig rådgivning på systemnivå på sykeheimen, eksempelvis oppfølging av avvik, arbeid med rutiner, driftsspørsmål av medisinskfaglig karakter og tjenesteutvikling for andre ting enn sykehjemslegefunksjonen.

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

Ved innkomstsamtalen 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 innkomst. 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 selvhjulpenhet 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.

Innkomstsamtaler 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 medisinskfaglig 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)*

Fylkesmannen i Trøndelag
Tröndelagen fylhkenålma

Vår dato: 27.08.2019
Vår ref: 2018/11257
Deres dato:
Deres ref:

Stjørdal kommune v/rådmannen
Postboks 133 / 134
7501 STJØRDAL

Saksbehandler, innvalgstelefon
Ida Østhus Eiriksson, 73199193

Oppfølging av lovbrudd påpekt i tilsyn - Halsen sykeheim - Stjørdal kommune

Det vises til tilsyn med tjenesten til eldre med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester gjennomført ved Halsen sykeheim 7.-8. mars 2019. Tilsynet konkluderte med brudd på forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, begrunnet i mangler ved styringssystemet, samt mangelfulle rutiner knyttet til tannstell, kartlegging av ernæringsstatus, kartlegging av falltendens og behov for rehabiliteringstiltak.

Stjørdal kommune har i brev av 06.06.2019 oversendt dokumentasjon som viser kommunens arbeid med retting av lovbruddet. Dette kommenteres i det følgende.

Styringssystem

Avvik

Stjørdal kommune har oversendt prosedyrer som viser hvordan man melder avvik på Innsida, samt en oversikt over hva som skal meldes som avvik. Det er beskrevet at avvik, inkludert pasientrelaterte, skal behandles i HMS-utvalget. Vi forutsetter også at det finnes rutiner for formidling av avvikene i aggregert form til kommunens øverste ledelse.

Den største sårbarheten tilsynet fant var at det ble meldt få avvik ved Halsen sykeheim. Dette innebærer risiko for at kommunens øverste ledelse ikke blir kjent med svikt og sårbarhet i driften. I 2018 ble det meldt 18 avvik. *Vi ber om at avvikene for 2019 oppsummeres og oversendes*. Slik kan det vurderes om implementerte nye rutiner gir effekt på antall meldte avvik.

Rutiner og Infeksjonskontrollprogram

Fylkesmannen ser at det gjort mye arbeid med å oppdatere de skriftlige rutinene. Det er kommunen som selv vurderer behov for, omfang og innhold av rutiner. Fylkesmannen ser også at det er laget en plan for implementering. Vi har ingen videre merknad.

Medisinskfaglig rådgiver

Det fremstår fortsatt uavklart hvem som gir medisinskfaglige råd på systemnivå lokalt på Halsen sykeheim. I funksjonsbeskrivelse for tilsynslegen står det at en arbeidsoppgave er å: «Bistå avdelingen med fagmedisinske råd i forhold til *alle interne rutiner*». Av brev fra kommuneoverlege

Vonen datert 26.06.2019 oppfatter Fylkesmannen at kommuneoverlegen som medisinskfaglig rådgiver skal «Vurdere medisinsk forsvarlighet i eksisterende og planlagte *arbeidsprosesser*, i samarbeid med etatsjef, virksomhetsledere, avdelingsledere, eventuelle prosjektledere og Avdeling Service og forbedring». Det fremstår noe uklart hva som her menes, og om det vises til «arbeidsprosesser» lokalt ved Halsen sykeheim eller på et mer overordnet nivå. I tilfelle kommuneoverlegen er medisinskfaglig rådgiver for «arbeidsprosesser» ved Halsen sykeheim, synes dette å være i motstrid til at tilsynslegen skal gi «fagmedisinske råd i forhold til *alle interne rutiner*». I tillegg står det i rutine «Legemiddelhåndtering Halsen sykeheim» at kommuneoverlege: «Er Etatssjefens/Avdelingsleders *rådgiver i legemiddelfaglige spørsmål*». Samlet er det derfor fortsatt ikke tydelig nok hvem som har funksjon som medisinskfaglig rådgiver på systemnivå lokalt på Halsen sykeheim for faglig lederstøtte på områdene: utarbeiding av rutiner, vurdering av avvik, tjenesteutvikling, smittevern og legemiddelhåndtering. *Vi ber om at dette klargjøres.*

Grunnleggende behov

Ernæring og tannstell

Fylkesmannen ser at det er utarbeidet rutiner med plan for implementering. For å vurdere om implementerte nye rutiner etterleves, ber vi om at kommunen selv gjør en *gjennomgang av 30 journaler ved Halsen sykeheim*.

- Er det gitt tilbud om, og nødvendig assistanse til, tann/munnstell både morgen og kveld?

- Er ernæring fulgt opp i tråd med rutinen?
    1. ernæringsmessig risiko er vurdert
    2. beboere med ernæringsmessig risiko har fått målrettet ernæringsbehandling

Fylkesmannen ser av oversendt rutine at ernæringsstatus skal evalueres halvårlig. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring anbefaler følgende: «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». *Vi ber om en begrunnelse for hvorfor faglige anbefalinger fravikes.*

Rehabilitering og vurdering av fallrisiko

Fylkesmannen fant ved tilsynet at Stjørdal kommune mangler nødvendig involvering av lege eller fysioterapeut i 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 ble oppgitt ved tilsynet at det av og til utarbeides treningsopplegg for beboerne på avdelingen, men at gjennomføringen varierte.

Fylkesmannen kan ikke se å ha mottatt vurdering eller annen dokumentasjon som svarer ut dette lovbruddet. *Vi ber derfor om at dette klargjøres.*

Frist for oversendelse av det beskrevne settes til 10.01.2020.

Med hilsen

Hilde Bøgseth (e.f.)
seksjonsleder
Helse- og omsorgsavdelingen

Ida Østhus Eiriksson
revisjonsleder
Helse- og omsorgsavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent

Fylkesmannen i Trøndelag
Postboks 2600
7734 STEINKJER

Deres ref:	Vår ref:	Saksbehandler:	Dato:
	2019/436-8 Bes oppgitt ved henvendelse	Liv Heidi Valla	08.01.2020

Oppfølging av lovbrudd påpekt i tilsyn - Halsen sykeheim - Stjørdal kommune

Avvikene for 2019 ligger vedlagt:

- Vedlegg 1 viser avvik meldt i Profil for hele sykeheimen (pasientrettede avvik). Dette var noe vi startet opp med i oktober 2019.
- Vedlegg 2 viser avvik for hele 2019. Dette er avvik som er meldt inn via Kvalitetssida.

  Etter tilsynet er det jobbet mye med å få på plass gode rutiner i forhold til å melde avvik. Avdelingsledere har hatt dette som tema på personalmøter og følger tett opp på avdelingen i forhold til dette.

  Avviksrapporter er tema på alle HMS- møter der avdelingsledere, virksomhetsleder, verneombud og plasstillitsvalgte sitter.

Medisinskfaglig rådgiver:

- I møte med kommuneoverlege Leif Edvard Muruvik Vonen den 10.12.19 ble det utarbeidet en prosedyre i forhold til kommunelegens og sykeheimslegens ansvarsområde som mediskfaglig rådgiver (vedlegg 3)
- Mal for stillingsbeskrivelse for sykeheimslege ble gjennomgått i samme møte (vedlegg 4). Denne vil nå erstatte tidligere stillingsbeskrivelse for sykeheimslege.

Grunnleggende behov, ernæring og tannstell:

- Det er foretatt en gjennomgang av alle journaler ved Halsen sykeheim med tanke på ernæringskartlegging (MNA) som ligger tilgjengelig i Profil for utfylling og automatisk beregning av BMI. Dersom BMI viser underernæring/fare for feilernæring vil tilsynslegen bli kontaktet. Tilsynslegen gjør en vurdering og tiltak vil da eventuelt bli iverksatt i samarbeid med sykepleier.
  Ut i fra tiltaksplan og registreringer blir det gjort observasjoner og dokumentert i Profil under fanen ernæring:
- Kartlegging/ernæringsstatus hvor det blir laget tiltak med eget tiltaksnummer.
- Observasjon og registrering. Løpende dokumentasjon ut i fra tiltak som er iverksatt. Vedlegg 5

  Det er også foretatt en gjennomgang av alle journaler i forhold til å sikre at beboere får gitt nødvendig assistanse til tann- og munnstell både morgen og kveld.
  Vedlegg 6

Postadresse: Stjørdal kommune Postboks 133 7501 Stjørdal
Besøksadresse: Institusjon og demens
Telefon: 74 83 35 00
postmottak@stjordal.kommune.no
www.stjordal.kommune.no
Bankgiro: 1503.28.98367 (m/KID) 1503.28.98448 (u/KID)
Organisasjonsnr: NO 939 958 851 MVA

Det er utarbeidet eget oppfølgingsskjema med dato for å sikre at evaluering blir gjennomført fortløpende. Ansvarlig for oppfølging av dette er sykepleier på avdelingen (Vedlegg 7)

Rehabilitering og vurdering av fallrisiko:

Brukere som flytter til Halsen sykeheim er ofte tidligere utredet i forhold til for eksempel fallrisiko og behov for rehabiliteringstiltak. Nye brukere blir tatt opp i ukentlig møte med tilsynslege og sykepleier på avdelingen. Dersom det avdekkes behov for rehabiliteringstiltak sendes det henvisning.

Henvisninger til fysio/ergo sendes til forvaltningskontoret, på søknadsskjema «søknad om helse og omsorgstjenester». Det skrives en kort beskrivelse av funksjon og diagnose og hva som er utfordringen. Ved behov henvises det til ytterligere opplysninger i Profil

Oppsummering:

Det er etter tilsynet jobbet mye for å få på plass gode system ved Halsen sykeheim. Det vi ser er imidlertid at implementering av nye system/rutiner tar tid og at dette må følges opp av ledelsen kontinuerlig. Mye av det vi har jobbet med i denne perioden vil også andre virksomheter kunne dra nytte av for å bidra til en kvalitetsforbedring.

Med hilsen

Liv Heidi Valla/sign
virksomhetsleder
951 24 115

Dette brevet er signert elektronisk i Stjørdal kommune og har derfor ingen signatur.

De sentrale momentene for å forstå det kommunale regnskapet

Ann Katharine Gardner

Knut Tanem

PM Revisjon
Midt-Norge

Innhold

- Formål med kommuneregnskapet
- Sentrale prinsipper
- Regnskapsskjemaene
- Egenkapitalen
- Spesielle problemstillinger
- Årsberetningen

PM Revisjon
Midt-Norge

Lover, forskrifter osv.

- Ny kommunelov med forskrifter har trådt i kraft, men
  - Regnskap for 2019 skal avlegges etter gammel kommunelov og forskrift
- Budsjett for 2020 og økonomiplan for perioden 2020-2023 skal vedtas etter ny lov
- Vi har her hovedfokus på det som gjelder ved avleggelse av regnskap for 2019
  - I enkelte tilfeller viser vi til endringer i ny lov, og som vil påvirke regnskap for 2020 som avlegges i 2021

PM Revisjon
Midt-Norge

Gammel kommunelov, forskrifter osv.

- Kommuneloven kapittel 8
  - Forskrift om årsbudsjett
  - Forskrift om årsregnskap og årsberetning
- God kommunal regnskapsskikk (KRS)

- Grunnkrav:
  - Avlegges for hvert kalenderår – innen 15.02
  - Fastsettes av kommunestyret/fylkestinget innen 30.06

PM Revisjon
Midt-Norge

Formål med kommuneregnskapet

- Budsjettet er «hoveddokumentet»
  - Skal vise tilgjengelige midler
  - Kommunestyrets prioritering av bruken (mål om mest mulig tjenester)
- Regnskapet skal vise hvordan det faktisk gikk i forhold til budsjett
- Skal forvalte økonomien slik at den økonomiske handleevnen blir ivaretatt over tid
- Statistiske data
  - Produsere sammenligningstall og statistiske data

PM Revisjon
Midt-Norge

Budsjett vs regnskap

- Budsjett
  - Det skal være <u>årsbudsjett</u> både for drift og investering
  - Budsjettendringer <u>skal</u> vedtas når forhold er kjent og det er nødvendig for å oppfylle krav til realisme og balanse
  - Budsjettmyndighet – kommunestyret/fylkestinget

- Regnskapet skal avlegges på samme nivå som budsjettet er vedtatt
  - Budsjettvedtaket «styrer» hvordan regnskapet presenteres
    - Gjelder skjema 1B og skjema 2B

PM Revisjon
Midt-Norge

Grunnleggende prinsipper

- Formuesbevaringsprinsippet
  - Begrenset låneadgang
  - Skille mellom drift og investering
- Generasjonsprinsippet
  - Dagens brukere skal betale for dagens tjenester
  - Selvkost – øvre prisgrense for kommunale betalingstjenester
- Anordningsprinsippet
  - Periodiseringsprinsipp – når skal det bokføres?
  - «Alle **kjente** inntekter og utgifter som tilhører året skal bokføres, enten de er betalt eller ikke»

PM Revisjon
Midt-Norge

Hovedforskjeller

Offentlig forvaltning

(bevilgningsregnskap)

- Inntekter dekker fellesbehov
- Overskudd er ikke et mål
- Resultatet vanskelig å måle
- Budsjettet bindende vedtak
- Regnskapet viser hvordan midlene er brukt

Forretningsvirksomhet

(privat regnskap)

- Har kostnader for å skape inntekter
- Målsetting å maksimere overskuddet
- Budsjettets betydning omdiskutert
- Regnskapet viser det økonomiske resultatet

PM Revisjon Midt-Norge

Drifts- og investeringsregnskapet

- Driftsregnskapet
  - alle løpende inntekter og utgifter

- Investeringsregnskapet
  - ikke-løpende inntekter og utgifter
    - Investeringsutgifter
    - Utlån og forskotteringer
    - Bruk av lån
  - Investeringsutgifter
    - Vesentlig og varig verdi, ikke-løpende karakter
  - Investeringsinntekter
    - Ikke-løpende inntekter
    - Inntekter fra salg av varige driftsmidler

PM Revisjon
Midt-Norge

Regnskapsskjemaene

- Driftsregnskap,
  - Skjema 1A – overordnet → bevilgningskontroll
  - Skjema 1B – KST/FT bevilgning til tjenester → bevilgningskontroll
  - Økonomisk oversikt drift – summen av 1A og 1B presentert på detaljnivå etter type inntekt og utgift
- Investeringsregnskap
  - Skjema 2A – overordnet → bevilgningskontroll
  - Skjema 2B – spesifikasjon av investeringsutgifter → bevilgningskontroll
  - Økonomisk oversikt investering – summen av 2A og 2B presentert på detaljnviå etter type inntekt og utgift
- Balanseoppstilling

PM Revisjon Midt-Norge

Kommunens årsregnskap

- Hva er så regnskapet?
  - Alle obligatoriske skjema
  - A+B-skjemaene tilsvarer Økonomisk oversikt – presenteres bare på to forskjellige måter!
  - Noter – også del av det obligatoriske regnskapet
  - Andre oppstillinger = tilleggsinformasjon → ikke en del av det obligatoriske regnskapet

PM Revisjon Midt-Norge

1.2. Regnskapsskjema 1A

Tall i tusen kroner	Regnskap 2018	Reg. budsjett 2018	Oppr. budsjett 2018	Regnskap i fjor
Skatt på inntekt og formue	-397 644	-384 989	-373 989	-368 227
Ordinært rammetilskudd	-326 426	-326 930	-332 930	-329 437
Skatt på eiendom	-32 667	-32 200	-32 200	-31 961
Andre direkte eller indirekte skatter	-22	0	0	-22
Andre generelle statstilskudd	-31 738	-31 400	-31 400	-33 493
Sum frie disponible inntekter	**-788 496**	**-775 519**	**-770 519**	**-763 141**
Renteinntekter og utbytte	-18 995	-14 288	-14 288	-13 331
Renteutg.,provisjoner og andre fin.utg.	33 293	33 484	33 497	34 809
Avdrag på lån	37 984	38 200	38 200	31 811
Netto finansinnt./utg.	**52 282**	**57 392**	**57 405**	**53 289**
Til ubundne avsetninger	25 537	25 500	0	40 000
Til bundne avsetninger	5	0	0	0
Bruk av tidligere regnsk.m. mindreforbruk	-33 237	-33 200	0	-41 511
Bruk av ubundne avsetninger	0	0	0	0
Bruk av bundne avsetninger				
Netto avsetninger	**-7 695**	**-7 700**	**0**	**-1 511**
Overført til investeringsregnskapet	4 000	4 000	4 000	588
Til fordeling drift	**-739 909**	**721 823**	**-709 123**	**-710 775**
Sum fordelt til drift (fra skjema 1B)	**719 992**	**721 823**	**709 123**	**677 537**
Regnskapsmessig mer/mindreforbruk	**-19 917**	**0**	**0**	**-33 237**

Skal vise regnskapstall og budsjettall → **Bevilgningskontroll**

Til fordeling drift = disponibelt til tjenestene → spesifiseres i skjema 1B

Faktisk fordelt til drift – kommer fra skjema 1B

Differansen mellom faktisk fordelt og forutsatt fordelt

PwM Revisjon Midt-Norge

1.3. Regnskapsskjema 1B

Tall i tusen kroner	Regnskap 2018	Reg. budsjett 2018	Oppr. budsjett 2018	Regnskap i fjor
Folkevalgte	7 027	7 280	6 657	7 052
Rådmannen og støttefunksjoner	51 451	56 070	63 759	44 795
Eiendomsservice	61 009	63 855	61 470	65 011
Oppvekst og kultur	320 950	317 965	311 086	312 585
Helse og velferd	251 643	246 218	243 000	222 367
Tekniske tjenester	17 092	19 366	18 583	18 706
Kirkelig fellesråd	6 205	6 205	6 205	5 875
Felles	4 621	4 865	-1 635	1 144
Sum fordelt til drift	**719 992**	**721 823**	**709 123**	**677 536**

Det er stor valgfrihet for hvordan skjema1B skal se ut!

Summen skal stemme med skjema 1A – «*sum fordelt til drift*»

PM Revisjon
Midt-Norge

1.1. Hovedoversikt drift

Tall i tusen kroner	Noter	Regnskap 2018	Reg. budsj. 2018	Oppr. Budsj. 2018	Regnskap i fjor
Brukerbetalinger		-37 037	-37 956	-37 956	-36 035
Andre salgs- og leieinntekter		-74 898	-75 560	-75 560	-76 262
Overføringer med krav til motytelse		-138 664	-117 981	-116 061	-138 561
Rammetilskudd		-326 426	-326 930	-332 930	-329 437
Andre statlige overføringer		-37 314	-31 400	-31 400	-35 579
Andre overføringer		-3 929	-288	-288	-3 698
Skatt på inntekt og formue		-397 644	-384 989	-373 989	-368 227
Eiendomsskatt		-32 667	-32 200	-32 200	-31 961
Andre direkte og indirekte skatter		-22	0	0	-22
Sum driftsinntekter		**-1 048 601**	**-1 007 303**	**-1 000 384**	**-1 019 782**
Lønnsutgifter		508 499	487 610	482 770	475 901
Sosiale utgifter		131 953	137 131	132 543	127 581
Kjøp av varer og tj som inngår i tj.produksjon		136 741	128 597	127 365	126 003
Kjøp av tjenester som erstatter tj.produksjon		156 319	151 652	150 622	155 346
Overføringer		53 592	54 912	55 007	51 397
Avskrivninger	5	57 905	57 905	0	54 920
Fordelte utgifter		-15 304	-8 181	-8 211	-11 678
Sum driftsutgifter		**1 029 706**	**1 009 626**	**940 097**	**979 469**
Brutto driftsresultat		**-18 895**	**2 323**	**-60 287**	**-40 312**
Renteinntekter og utbytte		-19 001	-14 290	-14 290	-13 331
Mottatte avdrag på utlån		-23	-40	-40	-41
Sum eksterne finansinntekter		**-19 024**	**-14 330**	**-14 330**	**-13 372**
Renteutgifter og låneomkostninger		33 386	33 497	33 497	34 872
Avdrag på lån	11	37 984	38 200	38 200	31 811
Utlån		201	200	200	38
Sum eksterne finansutgifter		**71 571**	**71 897**	**71 897**	**66 720**
Resultat eksterne finanstransaksjoner		**52 547**	**57 567**	**57 567**	**53 348**
Motpost avskrivninger		57 905	57 905	0	54 920
Netto driftsresultat		**-24 253**	**1 985**	**-2 720**	**-41 884**
Bruk av tidligere års regnsk.m. mindreforbruk	17	-33 237	-33 200	0	-41 511
Bruk av bundne fond	15	-3 800	-1 530	-1 530	-1 327
Sum bruk av avsetninger		**-37 036**	**-34 730**	**-1 530**	**-42 837**
Overført til investeringsregnskapet		4 650	4 650	4 250	588
Avsatt til disposisjonsfond	15	28 132	28 095	0	40 000
Avsatt til bundne fond	15	8 591	0	0	10 897
Sum avsetninger		**41 372**	**32 745**	**4 250**	**51 484**
Regnskapsmessig mer/mindreforbruk		**-19 917**	**0**	**0**	**-33 237**

TBU: Anbefalt
> 1,75% av driftsinntekter (kommune)
> 4% (fylkeskommune)

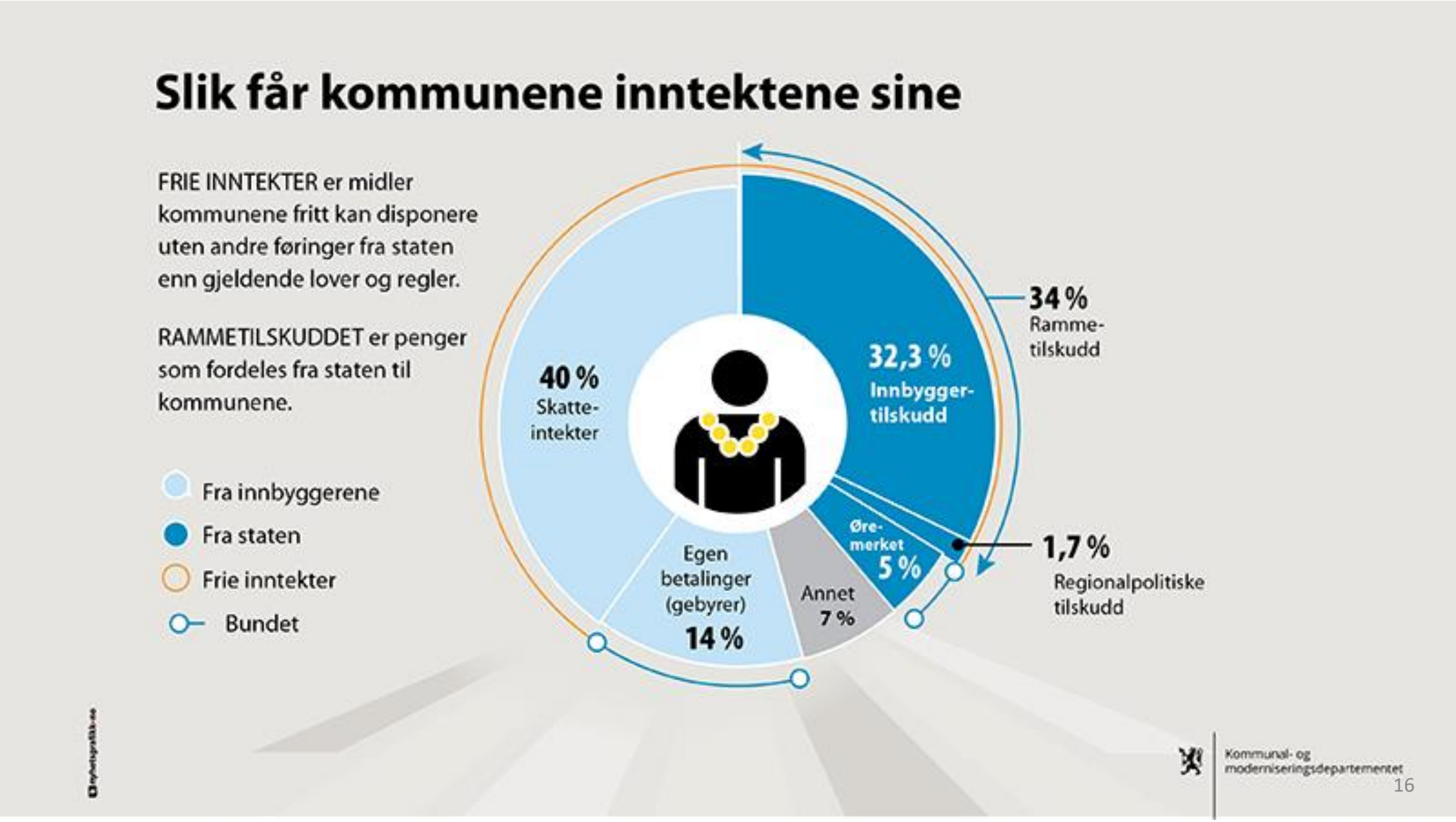
PwM Revisjon
Midt-Norge

Driftsregnskapet - resultatbegrepene

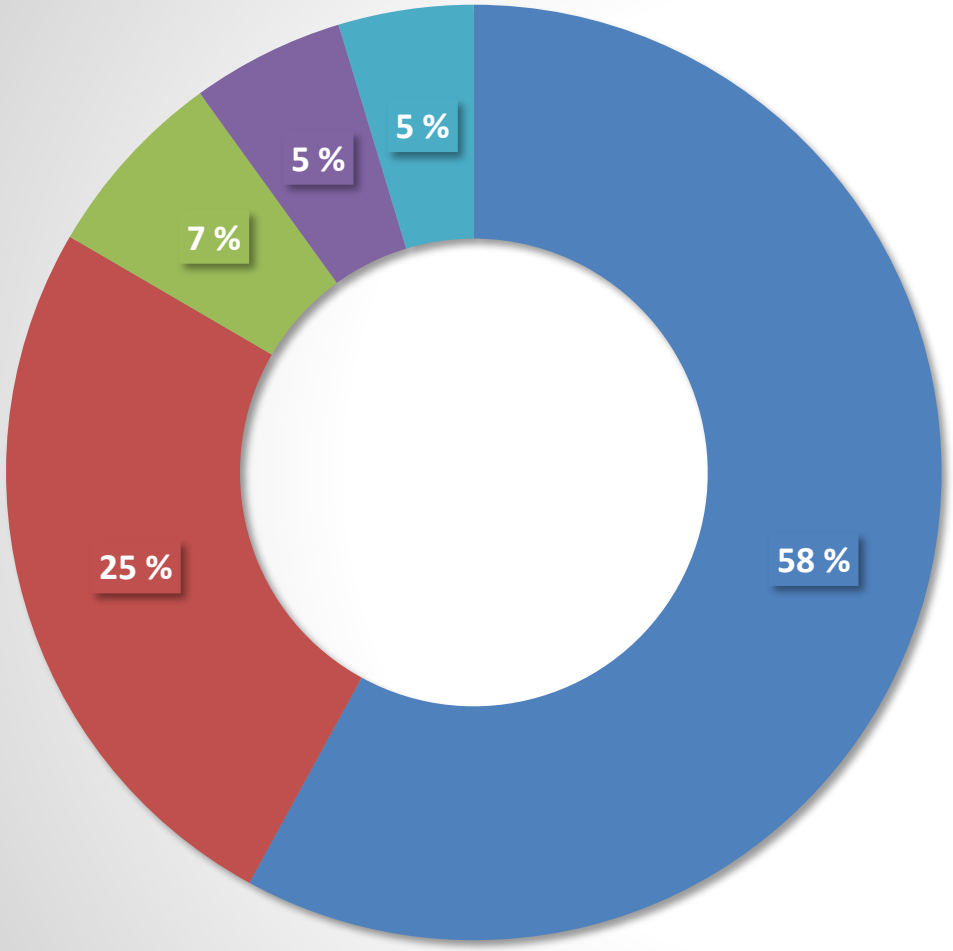
- Brutto driftsresultat (Øk.oversikt)
  - Viser løpende inntekter og utgifter, *før* finanspostene og *før* bruk eller avsetning til fond
- Netto driftsresultat (Øk.oversikt)
  - Viser resultatet av løpende inntekter og utgifter, etter at finansposter er tatt hensyn til, men før bruk og avsetning til fond
    - Viser mer «resultatet» av årets aktivitet?
- Regnskapsmessig mer-/mindreforbruk (Øk.oversikt og 1A)
  - Har kommunen brukt mer eller mindre enn KST har vedtatt?
  - Strykningsbestemmelser ved regnskapsmessig merforbruk
    1. Overføringer fra drift til investering strykes først
    2. Avsetninger til disposisjonsfond
    3. Stryke budsjettert inndekking av tidligere års regnskapsmessig merforbruk

PM Revisjon Midt-Norge

Kommunens inntekter



Utgifter i driftsregnskapet



- Lønn og sosiale utgifter
- Kjøp av varer og tjenester
- Overføringsutgifter
- Finansutgifter (renter, avdrag, utbytte)
- Avskrivninger

2.2. Regnskapsskjema 2A

Tall i tusen kroner	Regnskap 2018	Reg. budsjett 2018	Oppr.budsjett 2018	Regnskap i fjor
Investeringer i anleggsmidler	196 904	183 351	242 442	213 842
Utlån og forskutteringer	58 724	50 000	50 000	67 680
Kjøp av aksjer og andeler	2 545	2 300	2 300	2 240
Avdrag på lån	32 902	19 000	19 000	37 906
Dekning av tidligere års udekket	23 689	23 689	0	49 092
Avsetninger	32	0	0	14 681
Årets finansieringsbehov	**314 796**	**278 341**	**313 742**	**385 441**
Finansiert slik:				
Bruk av lånemidler	-218 411	-219 319	-186 330	-217 092
Inntekter fra salg av anleggsmidler	-13 784	-15 000	-74 000	-37 373
Tilskudd til investeringer	0	0	0	-3 670
Kompensasjon for merverdiavgift	-16 435	-17 072	-26 063	-36 348
Mottatte avdrag på utlån og refusjoner	-59 010	-20 000	-20 800	-50 378
Andre inntekter	-31	0	0	-27
Sum ekstern finansiering	**-307 672**	**-271 391**	**-307 192**	**-344 889**
Overført fra driftsregnskapet	-4 650	-4 650	-4 250	-588
Bruk av avsetninger	-2 474	-2 300	-2 300	-16 275
Sum finansiering	**-314 796**	**-278 341**	**-313 742**	**-361 752**
Udekket/udisponert	**0**	**0**	**0**	**-23 689**

Beløpet skal spesifiseres i 2B

PM Revisjon
Midt-Norge

2.3. Regnskapsskjema 2B

Tall i tusen kroner	Regnskap 2018	Reg. budsjett 2018	Oppr.budsjett 2018	Regnskap i fjor
Sandfjæra barnehage	413	813	813	475
Vikhammer barnehage	71	500	2 500	-
Hommelvik ungdomsskole	45 606	40 000	54 491	127 434
Vikhammer ungdomsskole	1 805	4 000	20 000	1 126
Ombygging Sveberg skole	1 996	2 000	6 875	-
Vegbelysning, oppgradering til LED-lys	2 026	2 500	2 500	1 464
Måleskap gatelys	1 533	2 250	2 250	1 588
Veg Sveberg – Hommelvik, 1 etappe	66	375	1 900	40
Fortau/gangvei Dalabakken og Snurruvegen	22 208	11 725	4 375	10 648
Svebergmarka 3. etappe	21 177	22 500	13 125	33 652
Stav næringspark/Trøa boligfelt-forskuttering	34 913	-	-	15 774
Datautstyr generelt, inkl. digitalisering skole	3 515	3 438	5 313	3 410
Velferdsteknologi	349	600	3 750	6
Kulvert/overgang jernbane	-	-	10 000	-
Mindre investeringer	10 451	13 091	10 491	13 818
Vann og avløpsprosjekter	50 777	79 560	104 060	4 406
Sum investeringer i anleggsmidler	**196 904**	**183 351**	**242 442**	**213 842**

Eksempel på hvordan 2B *kan* se ut

Skal stemme med første linje i 2A

PM Revisjon
Midt-Norge

Investeringsregnskapet

- Avsluttes i balanse eller med udekket eller udisponert beløp
  - Udekket – består av beløp som mangler finansiering i året
    - Strykninger
      - Redusere budsjettert avsetning til fond i regnskapet
      - Bruke budsjettert bruk av ubundet fond i investeringsregnskapet
    - Føres opp til inndekking i budsjettet det år regnskapet legges fram
  - Udisponert – mer inntekter i investeringsregnskapet enn nødvendig for å finansiere årets investeringer - disponeres i budsjettet det år regnskapet legges fram

PM Revisjon Midt-Norge

Balansen

Eiendeler	Gjeld og Egenkapital
Anleggsmidler	Egenkapital • Disposisjonsfond • Bundne driftsfond • Ubundne investeringsfond • Bundne investeringsfond • Mer-/mindreforbruk • Udekket/udisponert • Konto for prinsippendringer • Kapitalkonto
Omløpsmidler • Premieavvik • Kortsiktige fordringer • Bankinnskudd/kasse	Langsiktig gjeld
	Kortsiktig gjeld
Memoriakonto • Ubrukte lånemidler	Memoriakonto

Anleggsmidler
- Langsiktig gjeld
+ Ubrukte lånemidler
= Kapitalkonto

PM Revisjon Midt-Norge

Fond

- Ubundne fond
  - Disposisjonsfond og ubundet investeringsfond
  - Kommunestyret disponerer
- Bundne fond
  - Bundne driftsfond eller bundne investeringsfond
  - Bruk er bestemt av tredjepart, f.eks.
    - Gaver – giver bestemmer hva det skal brukes til
    - Øremerkede tilskudd fra staten
  - Kommunestyret bestemmer ikke over disse midlene
  - Inngår som regel i skjema 1B eller 2B
  - Påvirker «bunnlinja»!

PM Revisjon Midt-Norge

Bundne fond

Netto driftsresultat		**-24 253**	**1 985**	**-2 720**	**-41 884**
Bruk av tidligere års regnsk.m. mindreforbruk	17	-33 237	-33 200	0	-41 511
Bruk av bundne fond	15	-3 800	-1 530	-1 530	-1 327
Sum bruk av avsetninger		**-37 036**	**-34 730**	**-1 530**	**-42 837**
Overført til investeringsregnskapet		4 650	4 650	4 250	588
Avsatt til disposisjonsfond	15	28 132	28 095	0	40 000
Avsatt til bundne fond	15	8 591	0	0	10 897
Sum avsetninger		**41 372**	**32 745**	**4 250**	**51 484**
Regnskapsmessig mer/mindreforbruk		**-19 917**	**0**	**0**	**-33 237**

Bruk og avsetning bundet fond påvirker bunnlinja!

PM Revisjon
Midt-Norge

Memoriakonto

- «Huskekonto»
  - Eks. kommunen tar opp 100 mill. i lån
  - Årets investeringer blir forsinket ifht planlagt → «trenger» kun 80 mill. til å finansiere årets investeringer → 20 mill. står på memoriakonto (= ubrukte lånemidler)

- Består vanligvis av
  - Ubrukte lånemidler
  - Evt. underskudd på selvkostområder der man ikke har selvkostfond

PwM Revisjon Midt-Norge

Konto for prinsippendringer

				Talleksempel
• 1992:	Feriepenger inkl arbeidsgiveravgift –	Debitert	Utgift	10.000’
• 1994:	Feriepenger landbruksvikarer -	Debitert	Utgift	3.000’
• 2001:	Momskompensasjon for 1999 -	Kredit	Inntekt	(1.000’)
• 2001:	Påløpte renter (kan ha blitt tatt før) -	Debet	Utgift	500’
• 2001:	Materiallager -	Debet	Utgift	3.000’
• *2002:*	*Lærlingetilskudd (fylkeskommunene)*	*Debet*	*Utgift*	*0’*
	Sum prinsippendringer :			15.500’

- **”Alle”** kommuner har **negativ egenkapitalpost** på dette i balansen,
- Evt negativ egenkapital på dette **skal ikke dekkes inn**.

PM Revisjon Midt-Norge

Lån

- Lovlig låneformål, kommuneloven § 50
  - Investeringer i bygninger, anlegg og varige driftsmidler
  - Lån til videreutlån, forskotteringer, innfri garantiansvar
- Bruk av lån – kun i investeringsregnskapet
- Minimumsavdrag
  - Beregnet størrelse som kommunen minst må utgiftsføre og betale i året som låneavdrag (drift)
  - Beregnes etter brøk:

$$\frac{\text{Langsiktig gjeld 01.01}}{\text{Anleggsmidler 01.01}} \times \text{Årets avskrivninger}$$

PM Revisjon Midt-Norge

Pensjon - premieavvik

- Pensjonspremie = betalt pensjonspremie til pensjonsleverandøren i året

- Pensjonspremie + premieavvik = pensjonskostnad
  - Utgiftsføres i driftsregnskapet
    - Periodisering av pensjonsutgifter
    - Formål → jevne ut pensjonsutgiftene over år
    - Justisdep → 2003 → «ikke vesentlig inngripende i kommuneøkonomien»
  - Premieavviket skal <u>tilbakeføres</u> over 15/10/7 år
    - Medfører økt pensjonskostnad i den perioden

PM Revisjon Midt-Norge

Disponere mindreforbruk

- Kommuneloven § 48
  - Kommunestyret vedtar selv årsregnskapet
  - Vedtaket må angi disponering av overskuddet eller dekning av underskuddet
  - Selve disponeringen bokføres i årsregnskapet året *etter* regnskapsåret
    - Bruk av tidligere års mindreforbruk

- Disponering av overskudd
  - Avsetning til generelt disposisjonsfond eller
  - Øke driftsrammen for inneværende år på konkrete tiltak

- Evt avsetning til disp.fond med merkelapp ”vedlikehold vei xx”, må vedtas på nytt av kommunestyret før det kan brukes
  - NB ! vedtaket er ikke mer bindende enn til neste kommunestyremøte
  - Ubrukte midler kommer tilbake i form av overskudd.

PM Revisjon Midt-Norge

Inndekking merforbruk

- Kommuneloven § 48
  - Kommunestyret vedtar selv årsregnskapet
  - Vedtaket må angi dekning av regnskapsmessig underskudd
  - Må dekkes inn på budsjettet det år regnskapet legges fram eller påfølgende års budsjett
    - KAN vedta å dekke inn underskuddet over inntil ytterligere to år
    - Dept. kan godkjenne enda senere inndekking – max 10 år

  - Eks. Regnskapsmessig merforbruk (underskudd) i 2017
    - Skal dekkes inn over budsjettet for 2018 eller 2019
    - KST <u>kan</u> vedta at det skal dekkes inn innen 2021

PM Revisjon Midt-Norge

ROBEK

- ROBEK – register over kommuner som er underlagt statlig kontroll (ny kommunelov kapittel 28)
  - I praksis: fylkesmannen skal godkjenne alle låneopptak og langvarige leieavtaler

- ROBEK-registrering dersom minst ett av følgende vilkår er oppfylt:
  - Driftsbudsjett er vedtatt med et merforbruk
  - Driftsdelen i økonomiplanen er vedtatt med et merforbruk
  - Driftsdelen i økonomiplanen, driftsbudsjettet, eller driftsregnskapet viser at et merforbruk skal dekkes inn over flere enn to år etter at det oppsto
  - Balanseregnskapet viser et oppsamlet merforbruk fra driftsregnskapet som er større enn tre prosent av driftsinntektene
  - Økonomiplanen eller årsbudsjettet er ikke vedtatt innen de fristene som er fastsatt i lov eller forskrift
  - Årsregnskapet ikke er vedtatt innen fristene i lov eller forskrift
  - Departementet har fattet et vedtak etter inndelingslova §16 a

PM Revisjon Midt-Norge

Noter

- Noter – obligatorisk del av årsregnskapet
- Hensikt - å gi utdypende informasjon om regnskapet
  - Omfattende krav til hva det skal gis noteinformasjon om – økende
  - Brukes notene?
  - Er det mulig å forstå notene?

PM Revisjon
Midt-Norge

Årsberetningen

- Kun årsberetningen som er lovpålagt
  - Gjennomgås av revisor og omtales i Revisjonsberetningen
- Krav til innhold
  - Kommunedirektørens redegjørelse for kommunens virksomhet gjennom året – på overordnet nivå
  - Skal gi dekkende bilde av kommunens utvikling, resultat og stilling
  - Særskilt uttalelse om
    - Vesentlige forhold f.eks. rettsaker av vesentlig betydning
    - Vesentlige budsjettavvik
    - Tiltak for å sikre høy etisk standard

PM Revisjon Midt-Norge

Hva bør kontrollutvalget ha fokus på når det gjelder regnskap?

- Bevilgningskontroll
  - Store avvik mellom budsjett og regnskap
- Regnskapsmessig mer-/mindreforbruk
  - Hvorfor har det oppstått?
- Effekten av bundne fond på bunnlinja
- Minimumsavdrag vs utgiftsførte avdrag
- Netto driftsresultat ifht driftsinntekter
- Notene – les dem og spør hvis uklart

PM Revisjon
Midt-Norge

Fra: Knut Tanem <knut.tanem@revisjonmidtnorge.no>
Sendt: 16. februar 2020 18:53
Til: Paul Ivar Stenstuen
Emne: Revisjon Stjørdal kommune

Hei!

Sender som avtalt status for revisjon Stjørdal kommune:

Vi er godt i rute, har gjennomført all løpende revisjon som planlagt. Hadde på nyåret et møte med konstituert rådmann Tore Rømo for å få hans vurdering av risiko på oppdraget.
Vi har i år hentet inn årsoppgaver/bankbrev direkte fra bank. Vi har ikke mottatt årsregnskapet enda, men har revidert ferdig overføringsartene og det meste av salgsinntekt. Vi har tatt ut kjøp for forenklet etterlevelseskontroll, men ikke hentet inn bekreftelse enda.
Regner med at det er like før regnskapet kommer, og da skal vi ha avlagt vår revisjonsberetning innen fristen 15. april.

Med vennlig hilsen

Knut Tanem
registrert revisor
oppdragsansvarlig

M +47 958 92 654 | Teams

Revisjon Midt-Norge SA, Brugata 2, 7715 Steinkjer
W www.revisjonmidtnorge.no | M +47 907 30 300

Orientering fra sekretær

Behandles i utvalg	Møtedato	Saknr
Kontrollutvalget i Stjørdal kommune	28.02.2020	02/20

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen
Arkivkode FE - 033
Arkivsaknr 20/117 - 3

Forslag til vedtak
Kontrollutvalget tar den gitte informasjon til orientering.

Saksopplysninger
Kontrollutvalgets sekretær vil gi en orientering om aktuelle saker:

- Habilitetsreglene
- Status mht. henvendelsen fra Stjørdal SV
- Avholdt seminar om kommunalt erstatningsansvar - betydning for kontrollutvalgene

Orienteringen vil bli gitt i møtet.

Oppstart planarbeid

Behandles i utvalg	**Møtedato**	**Saknr**
Kontrollutvalget i Stjørdal kommune	28.02.2020	03/20

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen
Arkivkode FE - 217, TI - &30
Arkivsaknr 20/119 - 1

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalget ber Revisjon Midt-Norge SA utarbeide risiko- og vesentlighetsvurdering for forvaltningsrevisjon.
2. Vurderingen oversendes sekretariatet innen 17.04.2020 og legges fram for kontrollutvalget i møte 05.05.2020.
3. Kontrollutvalget ber sekretariatet iverksette de øvrige tiltakene som er nødvendig for å gjennomføre den skisserte prosessen med plan for forvaltningsrevisjon.

Saksopplysninger

Kontrollutvalget skal ifølge kommuneloven utarbeide en plan for forvaltningsrevisjon i løpet av det første året etter at nytt kommunestyre er konstituert. Planen skal baseres på risiko- og vesentlighetsvurderinger av kommunes virksomhet og virksomheten i kommunens selskaper.

Hensikten med risiko- og vesentlighetsvurderingen er å finne ut hvor det er størst behov for forvaltningsrevisjon. Risiko- og vesentlighetsvurderingene kan gjennomføres av kontrollutvalgets sekretariat, kommunens revisor eller andre. Sekretaritatet legger til grunn at kontrollutvalget ikke vil benytte andre aktører i arbeidet, men benytte revisjonen og sekretariatet.

Vi anbefaler at kontrollutvalget legger opp til en prosess over tre møter.

- Møte 1 [28.02.20]: I dette møtet bestiller utvalget en risiko- og vesentlighetsvurdering fra revisjonen. Dokumentet skal gi en oversikt over risikoområder i kommunen ut fra offentlig tilgjengelig informasjon. I tillegg bidrar oppdragsansvarlig regnskapsrevisor med sin kunnskap om kommunen. Dokumentet er ett av flere bidrag i arbeidet med å kartlegge hvor man bør ha forvaltningsrevisjon.
- Møte 2 [24.04.20]: Kontrollutvalget inviterer sentrale aktører i kommunen for å få ytterligere innspill til risikoområder. Møtedeltakerne kommer gruppevis og har fått revisjonens risiko- og vesentlighetsvurdering tilsendt i forkant av møtet. Etter at kontrollutvalget har fått innspill fra samtlige deltakere kommer utvalget fram til hvor det ønsker å gjennomføre forvaltningsrevisjon. Hensikten med møtet er å supplere revisjonens faglige risikovurderinger med lokalkunnskap, og dermed ha et bredere grunnlag for å lage plan for forvaltningsrevisjon.
- Møte 3 [12.06.20]: Sekretariatet legger fram et utkast til plan for forvaltningsrevisjon. Utkastet er basert på revisjonens risiko- og vesentlighetsvurderinger, innspillene i møte 2. og kontrollutvalgets diskusjon i samme møte. Dersom kontrollutvalget slutter seg til planen, sendes den kommunestyret for endelig vedtak.

Revisjon Midt-Norge har oppgitt at de bruke anslagsvis 60 timer til å utarbeide risiko- og vesentlighetsvurderingen.

Sekretariatets vurdering

Gjennom den skisserte prosessen får kontrollutvalget gjort seg nytte av den samlede kompetansen i revisjon og sekretariat. Prosessen sikrer også et godt grunnlag for kontrollutvalgets prioriteringer med en rimelig ressursbruk. Prosessen bidrar også til at planarbeidet blir politisk forankret og synliggjør samtidig kontrollutvalgets rolle som kommunestyrets kontrollorgan.

Sekretariatet vil derfor anbefale at kontrollutvalget slutter seg til den skisserte prosessen og at det bestilles en risiko- og vesentlighetsvurdering for forvaltningsrevisjon fra Revisjon Midt-Norge SA.

Kontrollutvalgets budsjett for 2020

Behandles i utvalg	Møtedato	Saknr
Kontrollutvalget i Stjørdal kommune	28.02.2020	04/20

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen
Arkivkode FE - 033
Arkivsaknr 20/117 - 1

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalget vedtar følgende detaljbudsjett for kontroll og tilsyn for 2020.

Art	Beskrivelse	2020
1080	Godtgjørelse folkevalgte	100 000
1099	Arbeidsgiveravgift	15 000
1103	Faglitteratur/tidsskrifter	6 000
1116	Bevertning	6 000
1150	Kursavgifter og oppholdsutgifter	32 000
1160	Kjøregodtgjørelse	1 000
1170	Reiseutgifter (inkl. park./bomavgifter)	5 000
1375	Kjøp av tjenester fra KomSek Trøndelag IKS	350 000
1375	Kjøp av tjenester fra KomRev Trøndelag IKS	1 453 000
1375	Kjøp av revisjonstjenester mv.	50 000
	Medlemskap i foreninger mv.	12 000
	Sum ramme - kontroll og tilsyn (funksjon 110)	**2 030 000**

2. Kontrollutvalget ber kommunedirektøren foreta de nødvendige budsjettekniske registreringer

Saksopplysninger

Kontrollutvalget behandlet forslag til budsjettramme for 2019 den 20.09.19 sak 27/19. Kontrollutvalget foreslo en budsjettramme på kr. 2.090.000. Denne omfattet kontrollutvalgets samlede virksomhet, herunder kjøp av revisjonstjenester og kjøp av sekretariatstjenester. Kommunestyrets behandlet budsjett for 2019 den 19.12.19, sak 110/19. Ved behandlingen ble kontrollutvalget bevilget en ramme på kr. 2.030.000,-

Ut fra dette foreslås slik fordeling av den bevilgede rammen:

Art	Beskrivelse	2020
1080	Godtgjørelse folkevalgte	100 000
1099	Arbeidsgiveravgift	15 000
1103	Faglitteratur/tidsskrifter	6 000
1116	Bevertning	6 000
1150	Kursavgifter og oppholdsutgifter	32 000
1160	Kjøregodtgjørelse	1 000
1170	Reiseutgifter (inkl. park./bomavgifter)	5 000
1375	Kjøp av tjenester fra KomSek Trøndelag IKS	350 000
1375	Kjøp av tjenester fra KomRev Trøndelag IKS	1 453 000
1375	Kjøp av revisjonstjenester	50 000
	Medlemskap i foreninger mv.	12 000
	Sum ramme - kontroll og tilsyn (funksjon 110)	**2 030 000**

Vurdering

En tilrår kontrollutvalget å vedta en spesifisering av det samlede budsjett for 2020 for kontroll og tilsyn som fremgår av forslaget til vedtak.

Kontrollutvalgets årsrapport 2019

Behandles i utvalg	Møtedato	Saknr
Kontrollutvalget i Stjørdal kommune	28.02.2020	05/20

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen
Arkivkode FE - 033
Arkivsaknr 20/117 - 2

Forslag til vedtak

1. Det fremlagte forslag til "Kontrollutvalgets årsrapport for 2019" vedtas som kontrollutvalgets årsrapport for 2019.
2. Årsrapporten oversendes kommunestyret.

Saksbehandlers forslag til innstilling til kommunestyret
Kommunestyret tar kontrollutvalgets årsrapport for 2019 til orientering.

Vedlegg
Årsrapport 2019 Stjørdal

Ikke trykte vedlegg
1. Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
2. Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner
3. Forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner

Saksopplysninger
Kontrollutvalget er kommunestyrets organ til å føre det løpende tilsyn og kontroll med forvaltningen. Det er derfor viktig at kommunestyret blir holdt tilstrekkelig orientert om utvalgets arbeid. I merknadene til § 4 i "Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner" heter det at "Utvalget rapporterer til kommunestyret når det er viktig at dette blir holdt orientert og gitt mulighet til å drøfte eventuelle tiltak." Dette er det for enkeltsaker over tid etablert fast praksis på.

For øvrig blir alle møteinnkallinger med saksdokumenter sendt ordføreren da denne har møte- og talerett i kontrollutvalgets møter. Dette fungerer som en informasjon til det politiske miljøet. Møteinnkallinger med saksdokumenter sendes for øvrig også til kommunedirektøren.

I tillegg har utvalget funnet det formålstjenlig å sende møteprotokollene etter hvert møte til både ordfører og kommunedirektøren. Dette i den hensikt å gi løpende orientering om alle saker som har vært til behandling i utvalget.

Ut fra tidligere praksis er det også for 2019 naturlig å avgi en årsrapport om kontrollutvalgets virksomhet til kommunestyret.

Vurdering
Kontrollutvalget anbefales å vedta det fremlagte forslag som kontrollutvalgets årsrapport for 2019.

Konsek
TRØNDELAG IKS Kontrollutvalgenes sekretariat

Kontrollutvalgets årsrapport 2019

Stjørdal kommune

Innholdsfortegnelse

1. Om kontrollutvalget, mandat og sammensetning ... 3
   1.1 Kontrollutvalgets sammensetning i 2019 ... 3
   1.2 Reglement for kontrollutvalget ... 3
   1.3 Rammer for utvalgets arbeid ... 3
   1.4 Kontrollutvalgets ressurser ... 4
2. Lovpålagte oppgaver ... 4
   2.1 Regnskapsrevisjon ... 4
   2.2 Forvaltningsrevisjon ... 4
   2.3 Selskapskontroll ... 5
   2.4 Påseansvar overfor revisor ... 5
3. Annet arbeid i utvalget ... 5
   3.1 Møter ... 5
   3.2 Opplæring og faglig samarbeid ... 5
4. Avslutning ... 6
5. Vedlegg: Saker behandlet i kontrollutvalget i 2019 ... 7

1. Om kontrollutvalget, mandat og sammensetning

Kontrollutvalget er kommunestyrets kontrollorgan. Utvalget velges av kommunestyret og skal utføre det løpende tilsynet med den kommunale forvaltningen. Alle kommuner skal ha et kontrollutvalg[1].

1.1 Kontrollutvalgets sammensetning i 2019

Fram til kommunestyret valgte nytt kontrollutvalg i møte den 03.10.19, bestod kontrollutvalget av følgende 5 faste medlemmer og 5 personlige varamedlemmer.

Faste medlemmer		Personlig varamedlem
Navn	Funksjon	Navn
Einar Østereng	Leder	Gunnhild Birgitte Sætren
Arild Gressetvold	Nestleder	Gunnar Stenli
Marius Haugan Lillegjære	Medlem	Paal William Craig Furunes
Elin Helene Friheim	Medlem	Bodil Prestmo
Inger Vikan Svee	Medlem	Wenche Skjei Helgesplass

Kommunestyret valgte nytt kontrollutvalg for perioden 2019 – 2023 i møte den 03.10.2019. Kontrollutvalget består av 5 faste medlemmer og 8 varamedlemmer. Varamedlemmene er valgt iht. gruppetilhørighet og i prioritert rekkefølge.

Navn		Navn	
Inger Johanne Uthus (AP)	Leder	Thor Erling Knædal	Varamedlem
Morten Harper (SV)	Medlem	Elin Helene Friheim (AP)	Varamedlem
		Aase Lidal	Varamedlem
Erik Bjørgum (SP)	Nestleder	August Arnstad (SP)	Varamedlem
Karen Elverum (SP)	Medlem	Elena Stamnes (H)	Varamedlem
Steinar Rømo (Frp)	Medlem	Eirin Lian Rosvold (Frp)	Varamedlem
		Trine Flekstad Johnsen (MDG)	Varamedlem
		Laffen Jensen (Krf)	Varamedlem

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

1.2 Reglement for kontrollutvalget

Kommunestyret har ikke vedtatt et eget reglement for kontrollutvalget.

1.3 Rammer for utvalgets arbeid

Kontrollutvalgets hovedoppgave er å føre tilsyn og kontroll med den kommunale forvaltningen på vegne av kommunestyret og påse at kommunen har en forsvarlig revisjonsordning. Kommunestyret kan konkret be utvalget utføre særskilte tilsynsoppgaver på sine vegne.

[1] Jf. kommuneloven § 77.1

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

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

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

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

1.4 Kontrollutvalgets ressurser

Kontrollutvalget behandlet forslag til budsjettramme for 2019 den 20.09.19 sak 27/19. Denne omfattet kontrollutvalgets samlede virksomhet, herunder kjøp av revisjonstjenester og kjøp av sekretariatstjenester. Kommunestyrets behandlet budsjett for 2019 den 19.12.19, sak 110/19. Ved behandlingen ble kontrollutvalget bevilget en ramme på kr. 2.030.000,-

1.4.1 Sekretariat

Kontrollutvalget har sekretariatsbistand fra Konsek Trøndelag IKS, selskapet har 36 eiere. Sekretariatet skriver saksframstillinger, bistår kontrollutvalget i praktisk tilrettelegging og oppfølging av møter, utarbeider forslag til plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll, samt følger opp vedtak. I det løpende arbeidet er sekretariatet bindeledd mellom utvalg og revisjonsselskap, og utfører oppgaver på vegne av kontrollutvalget.

1.4.2 Revisjon

Stjørdal kommune er medeier i og har avtale om levering av revisjonstjenester med Revisjon Midt-Norge SA.

2. Lovpålagte oppgaver

2.1 Regnskapsrevisjon

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

Kontrollutvalget skal uttale seg om årsregnskapene for kommunen. Uttalelsene til årsregnskapene for 2018 ble lagt fram kommunestyret, med kopi til formannskapet, jf. sak 12/19.

2.2 Forvaltningsrevisjon

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

2.2.1 Forvaltningsrevisjon – Teknisk drift

Forvaltningsrevisjonsrapporten vedrørende Teknisk drift ble behandlet av kontrollutvalget den 07.06.19, sak 18/19 og av kommunestyret den 20.06.19 sak 41/19.

2.2.2 Forvaltningsrevisjon – annet

Kontrollutvalget har forvaltningsrevisjon vedrørende barnevern under bestilling hos revisor, jf. 5/19.

2.3 Selskapskontroll

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

2.3.1 Selskapskontroll Innherred Renovasjon IKS

Kontrollutvalget har behandlet rapport etter gjennomført selskapskontroll vedrørende Innherred Renovasjon IKS, jf. sak 6/19 og kommunestyrets sak 13/19.

2.4 Påseansvar overfor revisor

Kontrollutvalget skal påse at de formelle kravene til revisor blir overholdt, for eksempel krav til utdanning, vandel, uavhengighet og objektivitet. Disse forholdene hviler det et ansvar på revisor å dokumentere, og det er etablert rutiner for at dette skjer. For å følge opp ansvaret slik det går fram av krav i forskriftene, har kontrollutvalget lagt vekt på en god dialog med revisor og løpende informasjon om det løpende revisjonsarbeidet. For regnskapsrevisjon orienterer oppdragsansvarlig revisor rutinemessig i utvalgets møter. Når det gjelder forvaltningsrevisjon er dialogen knyttet til den enkelte undersøkelse.

3. Annet arbeid i utvalget

3.1 Møter

Kontrollutvalget har i 2019 avholdt 5 møter og behandlet 39 saker.

En stor del av kontrollutvalgets saksbehandling omfatter forhold de er pålagt å arbeide med, gjennom kravene i kommunelovens § 77 og forskrift om kontrollutvalg. En fullstendig oversikt over sakene som er behandlet i kontrollutvalget følger bakerst.

3.2 Opplæring og faglig samarbeid

Alle medlemmer i kontrollutvalget har fått tilbud om å delta i opplæring og faglig samarbeid gjennom Konsek Trøndelag IKS, Norges kommunerevisorforbund og Forum for kontroll og tilsyn. Utvalget har vært representert på disse samlingene i 2019:

- Norges kommunerevisorforbunds samling for kontrollutvalg
- Konsek Trøndelag IKS sin samling for nye kontrollutvalg

4. Avslutning

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

Kontrollutvalgets arbeid skal bidra til å styrke tilliten til lokaldemokratiet. Utvalget håper fjorårets virksomhet har bidratt til dette og vil takke kommunestyret og administrasjonen for samarbeidet.

Stjørdal 28.02.2020

Kontrollutvalget

5. Vedlegg: Saker behandlet i kontrollutvalget i 2019

Møtedato	Sakstittel	Saksnr
08.02.2019	Referatsaker	01/19
08.02.2019	Orientering fra rådmannen vedrørende etat omsorg - Brukerundersøkelser og brukermedvirkning	02/19
08.02.2019	Orientering fra rådmannen vedrørende Forvaltningskontoret	03/19
08.02.2019	Besøk ved Forvaltningskontoret - oppsummerende notat	04/19
08.02.2019	Forslag til prosjektplan for forvaltningsrevisjon - Riktig hjelp til riktig tid, tjenester fra PPT og barnevern i Stjørdal kommune	05/19
08.02.2019	Selskapskontroll i Innherred Renovasjon	06/19
08.02.2019	Kontrollkomiteens budsjett for 2019	07/19
08.02.2019	Kontrollkomiteens årsrapport 2018	08/19
08.02.2019	Eventuelt	09/19
08.02.2019	Godkjenning av møteprotokoll	10/19
03.05.2019	Referatsaker	11/19
03.05.2019	Kontrollkomiteens uttalelse til Stjørdal kommunes årsregnskap for 2018	12/19
03.05.2019	Orientering fra rådmannen vedrørende rådmannens tilbake rapportering til kommunestyret mht. status for kommunestyrets vedtak	13/19
03.05.2019	Orientering fra rådmannen vedrørende kommunens økonomi så langt i år.	14/19
03.05.2019	Orientering fra rådmannen vedrørende Husbymarka barnehage, samt om behovene i kommunen opp mot kapasitet	15/19
03.05.2019	Eventuelt	16/19
03.05.2019	Godkjenning av dagens møteprotokoll	17/19
07.06.2019	Revisors rapport vedrørende forvaltningsrevisjon - Teknisk drift	18/19
07.06.2019	Orientering fra rådmannen - Sykdomsutbruddet ved Halsen sykehjem	19/19
07.06.2019	Referatsaker	20/19
07.06.2019	Eventuelt	21/19
07.06.2019	Godkjenning av møteprotokoll	22/19
20.09.2019	Referatsaker	23/19
20.09.2019	Orientering fra rådmannen vedrørende hvordan det legges til rette for et tillitsfullt samarbeidsklima - oppfølging av KK sak 18/19.	24/19
20.09.2019	Orientering fra kommunelege og etat omsorg vedrørende forbedringsarbeid på systemnivå	25/19
20.09.2019	Oppdragsansvarlig regnskapsrevisor – den årlige uavhengighetserklæring	26/19
20.09.2019	Kontrollkomiteens budsjett for 2020	27/19
20.09.2019	Evaluering av kontrollkomiteens virksomhet i valgperioden	28/19
20.09.2019	Eventuelt	29/19
20.09.2019	Godkjenning av møteprotokoll	30/19
20.09.2019	Henvendelse til kontrollkomiteen vedrørende Bo og miljøtjenesten	31/19
22.11.2019	Referatsaker	32/19
22.11.2019	Orientering fra sekretær	33/19
22.11.2019	Orientering fra revisor vedrørende planleggingen av regnskapsrevisjon for 2019	34/19
22.11.2019	Henvendelse til kontrollutvalget vedrørende Reeallen - revisors rapport	35/19
22.11.2019	Kontrollutvalgets årsplan og møteplan for 2020	36/19
22.11.2019	Eventuelt	37/19
22.11.2019	Godkjenning av møteprotokoll	38/19
22.11.2019	Orientering fra forvaltningsrevisor vedrørende forvaltningsrevisjon og selskapskontroll	39/19

Eventuelt

Behandles i utvalg	Møtedato	Saknr
Kontrollutvalget i Stjørdal kommune	28.02.2020	06/20

Saksbehandler	Paul Ivar Stenstuen
Arkivkode	FE - 033, TI - &17
Arkivsaknr	20/108 - 2

Det fattes ikke vedtak under eventuelt. Dersom utvalget ønsker å treffe et vedtak knyttet til et tema som tas opp i møtet, må egen sak om dette settes på sakslisten.

Godkjenning av møteprotokoll

Behandles i utvalg	Møtedato	Saknr
Kontrollutvalget i Stjørdal kommune	28.02.2020	07/20

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen
Arkivkode FE - 033, TI - &17
Arkivsaknr 20/108 - 3

Forslag til vedtak
Møteprotokollen fra dagens møte i kontrollutvalget godkjennes.