

HAUGESUND KONTROLLUTVALG

MØTEINNKALLING

Dato: tirsdag 8. mai 2018
Tid: kl. 08.00
Sted: Haugesund Rådhus, formannskapssalen

Forfall meldes til: Haugaland kontrollutvalgssekretariat IKS tlf 52 75 73 50, som sms til mobiltlf. 959 86 977 eller på e-post: post@kontrollutvalgene.no

Medlem som må melde forfall eller anser seg inhabil, må gi melding om dette så tidlig som mulig. Varamedlemmer vil bli innkalt særskilt. Saker merket *Unntatt offentlighet i medhold av off.l.*, sendes bare internt. Sakskartet legges ut på kommunens nettside og på www.kontrollutvalgene.no

Rådmannen er invitert.

SAKLISTE:

13/18 Godkjenning av protokoll fra møte 06.03.18

14/18 Referat- og orienteringssaker 08.05.18

15/18 Haugesund kommune - uttale til regnskapet for 2017

16/18 Kultur- og festivalutvikling KF – uttale til regnskapet for 2017

17/18 Rådmannens svar og orientering om ny personvernlov

18/18 Revisjonsrapport – «Legemiddelhåndtering» - 2. gangs behandling

19/18 Prosjektplan – «Vedlikehold av kommunale bygg» - 2. gangs behandling

Eventuelt

Aksdal, 02.05.18

Gudvin Selsås (sign.)
Leder


Odd Gunnar Høie
Utvalgssekretær

Kopi: Ordfører (møte- og talerett)
Revisor (møte- og talerett)
Rådmann (er invitert)
Varamedlemmer (til orientering)

SAKSGANG		
Utvalg	Møtedato	Saksnummer
Kontrollutvalget	08.05.18	13/18
Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Odd Gunnar Høie	033	

GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA MØTE 06.03.18

Saksvedlegg: Protokoll fra kontrollutvalgsmøte 06.03.18

Saksorientering:

Vedlagt følger utkast til protokoll fra kontrollutvalgets møte 06.03.18 til godkjenning. Protokollen er gjennomlest og godkjent av leder i etterkant av møtet og oversendt bystyret til orientering.

SEKRETARIATETS FORSLAG TIL VEDTAK:

Protokoll fra kontrollutvalgsmøte 06.03.18 godkjennes.

Aksdal, 30.04.18



Odd Gunnar Høie
Seniorrådgiver/utvalgssekretær

HAUGESUND KONTROLLUTVALG

PROTOKOLL

Tirsdag 6. mars 2018 ble det avholdt møte i Haugesund kontrollutvalg under ledelse av utvalgets leder Gudvin Selsås.

MØTESTED:	Haugesund Rådhus, formannskapssalen
MØTESTART/MØTESLUTT:	Kl. 08.00 – kl. 10.30
MØTENDE MEDLEMMER:	Gudvin Selsås (H), Lise Haukås (SV), Heidi Kolstø (H), Karin Westerlund (Ap) og Svein Inge Huseby (Frp)
FORFALL:	Thorleif Thormodsen (H) og Svein Skrunes (Krf)
MØTENDE VARAMEDLEMMER:	Christian Rasmussen (H) og Arne Sjursen (PP)
FRA SEKRETARIATET MØTTE:	Rådgiver Odd Gunnar Høie, Haugaland Kontrollutvalgssekretariat IKS
FRA REVISJONEN MØTTE:	Regnskapsrevisor Roald Stakland, forvaltningsrevisor Björg Rabbe Sandven i sak 10 og 11 - KPMG AS
FRA ADMINISTRASJONEN MØTTE:	Rådmann Ole Bernt Thorbjørnsen, kommunal- direktør Tore Haaland, skolesjef Lisbeth Bakkevig og barnehagesjef Elisabeth Nygaard i sak 9
ANDRE SOM MØTTE:	Ingen
MERKNADER TIL INNKALLING:	Ingen
MERKNADER TIL SAKLISTE:	Sakene ble behandlet i denne rekkefølgen: sak 9, 7, 8, 10, 11, 12 og Eventuelt

FØLGENDE SAKER BLE BEHANDLET:

SAK 7/18 GODKJENNING AV PROTOKOLL 30.01.18

Sekretariatets innstilling:

Protokoll fra kontrollutvalgsmøte 30.01.18 godkjennes.

Behandling i kontrollutvalget 06.03.18:

Utvalgsleder orienterte medlemmene om lokalt medias tolkning av siste protokoll. Det kan der forstås slik at kontrollutvalget er ferdig med saken. Vedtaket var at utvalget ikke sender saken til en forvaltningsrevisjon i denne omgang. Utvalget var enig om at leder og ett medlem ber om et møte med ordfører og rådmann om saken.

Utvalget hadde ingen merknader til selve protokollen.

Enstemmig vedtatt i kontrollutvalget 06.03.18:

Protokoll fra kontrollutvalgsmøte 30.01.18 godkjennes.

SAK 08/18 REFERAT- OG ORIENTERINGSSAKER 06.03.18

8. Statusrapport pr. mars 2018
9. Oppsummering NKRF-konferansen v/Haukås
10. Invitasjon til FKT-fagkonferanse 29. – 30. mai
11. Kontrollrapport 2017 vedr. skatteoppkreveren for Haugesund kommune

Behandling i kontrollutvalget 06.03.18:

Leder gikk gjennom sakene. Haukås oppsummerte fra en interessant og lærerik konferanse.

Enstemmig vedtatt i kontrollutvalget 06.03.18:

Referatsakene 8 – 11 blir tatt til orientering.

**SAK 09/18 ORIENTERING FRA ADMINISTRASJONEN OM
«OPPVEKST»**

Sekretariatets innstilling:

Haugesund kontrollutvalg tar rådmannens gjennomgang av «Oppvekst» til orientering.

Behandling i kontrollutvalget 06.03.18:

Kommunaldirektør Haaland orienterte om tjenesteområdet «Oppvekst». Han viste organisasjonskart, og forklarte kort om de ulike enhetene. Driftsbudsjettet er på 793 millioner, der barnehage og skole er størst. Haaland gikk så mer grundig gjennom de ulike enhetene: skole, barnehage, PPT, barnevern, helsestasjon og skolehelsetjeneste og lavterskeltilbudet Basen familiesenter. Han forklarte blant annet om lovgrunnlaget, om antall årsverk, om antall skoler (12 + 3) og barnehager (5 + 31) og budsjettrammer.

Medlemmene hadde spørsmål om blant annet beregning og tilskudd til private barnehager, spesialundervisning og om oppfølging av tilrådninger fra PPT.

Utvalgsleder takket for orienteringen.

Enstemmig vedtatt i kontrollutvalget 06.03.18:

Haugesund kontrollutvalg tar rådmannens gjennomgang av «Oppvekst» til orientering.

SAK 10/18 REVISJONSRAPPORT - «LEGEMIDDELHÅNDTERING»

Sekretariatets forslag til vedtak og innstilling til bystyret:

1. Haugesund bystyre tar den framlagte forvaltningsrevisjonsrapporten om «Legemiddelhåndtering» til orientering.
2. Rapporten oversendes rådmannen for videre oppfølging av rapportens elleve anbefalinger.
3. Rådmannen gir tilbakemelding til bystyret via kontrollutvalget om oppfølging av bystyrets vedtak innen ca. 6 måneder.

Behandling i kontrollutvalget 06.03.18:

Forvaltningsrevisor Sandven presenterte rapporten. Hun gjorde greie for formål, problemstillinger, revisjonskriterier, metode, vurderinger og anbefalinger. Revisor hadde vært på to avdelinger på Sentrum behandlingssenter og en avdeling på Bjørgene sykehjem og gjort forhåndsvarslede observasjoner/samtaler. Revisor gikk gjennom alle problemstillingene og hvilke funn de hadde gjort. Hun gikk så gjennom revisjonene sine anbefalinger.

Medlemmene hadde flere spørsmål blant annet knyttet til utvikling i medikamentbruk. Dette har det vært vanskelig å få full oversikt over ifølge revisor.

Utvalget mente det var viktig å skille anbefalingene på hvilke som gikk på brudd i forhold til forskrifter og anbefalinger til generell forbedring. Revisor ble bedt om å dele opp anbefalingene i to bolker til neste møte.

Enstemmig vedtatt i kontrollutvalget 06.03.18:

Saken utsettes til neste møte.

Haugesund kontrollutvalg ber forvaltningsrevisor gå igjennom anbefalingene og spesifisere hvilke som gjelder brudd på lov/forskrift og hvilke som er forslag til forbedringer til neste møte.

SAK 11/18 PROSJEKTPLAN - FORVALTNINGSREVISJONSPROSJEKT – «VEDLIKEHOLD AV KOMMUNALE BYGG»

Sekretariatets innstilling:

Haugesund kontrollutvalg bestiller forvaltningsrevisjonsprosjektet «Vedlikehold av kommunale bygg» fra KPMG AS i henhold til vedlagte prosjektplan (med eventuelle endringer som kommer frem i møtet). Oppdraget bestilles av KPMG AS innenfor en ramme på totalt 250 timer.

Behandling i kontrollutvalget 06.03.18:

Medlemmene mente at de fleste av problemstillingene var belyst og besvart gjennom tidligere orienteringer fra administrasjonen. Utvalget var enig om å utsette saken til neste møte. Utvalgsleder ville gjerne at medlemmene kommer med forslag til nye og mer spissformulerte problemstillinger i neste møte.

Enstemmig vedtatt i kontrollutvalget 06.03.18:

Saken utsettes til neste møte.

SAK 12/18 NY PERSONVERNLOV FRA 2018 – KONSEKVENSER FOR KOMMUNEN

Sekretariatets innstilling:

1. Haugesund kontrollutvalget ber rådmannen svare skriftlig på spørsmålene om status i arbeidet med tilpasning til ny personvernlov til neste møte.
2. Kontrollutvalget inviterer rådmannen til å gi en muntlig redegjørelse i møtet 08.05.18.

Behandling i kontrollutvalget 06.03.18:

Utvalget mente spørsmålene var relevante og sluttet seg til forslaget.

Enstemmig vedtatt i kontrollutvalget 06.03.18:

1. *Haugesund kontrollutvalget ber rådmannen svare skriftlig på spørsmålene om status i arbeidet med tilpasning til ny personvernlov til neste møte.*
2. *Kontrollutvalget inviterer rådmannen til å gi en muntlig redegjørelse i møtet 08.05.18.*

Eventuelt

Høyesterettsdom – barnevernet

Utvalget ønske i neste møte å få en orientering om barnevernets håndtering av høyesterettsdom og påfølgende ny rettsak i «samme» sak, som nylig har vært omtalt i media.

«Avlasterdommen»

Utvalget ønske i neste møte en orientering om arbeidskontrakter for avlastere i eget hjem, i brukers hjem og besøks- og avlastningshjem med bakgrunn i fjorårets høyesterettsdom.

Neste møte: tirsdag 08.05.18, kl. 08.00

Foreløpige saker: årsregnskap for kommunen og KUF, orientering fra rådmannen om: personvernlov, høyesterettsdom i barnevernssak og arbeidskontrakter.

Haugesund/Aksdal, 06.03.18

Gudvin Selsås
Kontrollutvalgsleder



Odd Gunnar Høie
Utvalgssekretær

SAKSGANG		
Utvalg	Møtedato	Saksnummer
Kontrollutvalget	08.05.18	14/18
Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Odd Gunnar Høie	033	

REFERAT- OG ORIENTERINGSSAKER 08.05.18**Saksvedlegg:**

12. Orientering om «Høyesterettsdom – barnevernet» - v/rådmannen
13. Orientering om «Avlasterdommen» - v/rådmannen
14. Statusrapport pr. mai 2018
15. Vedtak i bystyret 14.03.18, sak 12/18, 15/18 og 16/18
16. Årsberetning 2017 – Haugesund kultureiendom AS (utdrag)
17. Protokoll fra representantskapsmøte 23.04.18 – Haugaland Kontrollutvalgssekretariat
18. Protokoll fra representantskapsmøte 18.04.18 – Interkommunalt Arkiv Rogaland IKS
19. Protokoll fra representantskapsmøte 20.04.18 – Haugaland Vekst IKS
20. Innkalling til representantskapsmøte 23.05.18 – HIM
21. Generalforsamling i Den Norske Filmfestivalen AS 23.05.18
22. Innkalling til møte i havnerådet 26.04.18
23. eINFO 1/18 – Redegjørelse for likestilling mv. i årsberetningen
24. Kommunal Rapport 05.02.18 – Bernt svarer: Teieplikt og lukka møte
25. NKRF- veileder «God skikk og praksis for kontrollutvalgssekretariatene» – (IM)
26. FKT - veileder «Hva kan kontrollutvalgene forvente av oppgaveutførelse og kompetanse fra sekretariatene» er klar – blir presentert på FKT-konferansen (IM)
27. NKRF – framlegget til ny kommunelov bidrar til styrka egenkontroll

Saksorientering:

Sakene blir lagt frem for kontrollutvalget til orientering.

SEKRETARIATETS FORSLAG TIL VEDTAK:

Referatsakene 12– 27 blir tatt til orientering.

Aksdal, 30.04.18



Odd Gunnar Høie
Seniorrådgiver/utvalgssekretær

Haugesund kommune
v/rådmannen
Postboks 2160
5504 HAUGESUND

Sendt pr. e-post 9/3-18

Deres dato

Deres ref.

Vår ref.
18/88/216/ogh

Dato
09.03.18

OVERSENDELSE AV VEDTAK I KONTROLLUTVALGET

Vedlagt følger særutskrift fra møte i Haugesund kontrollutvalg 06.03.18, sak Eventuelt.

Kontrollutvalget gjorde blant annet følgende vedtak i saken:

Høyesterettsdom – barnevernet

Utvalget ønsket i neste møte å få en orientering om barnevernets håndtering av høyesterettsdom og påfølgende ny rettsak i «samme» sak, som nylig har vært omtalt i media.

Neste møte i kontrollutvalget er tirsdag 08.05.18. Dersom det utarbeides skriftlig materiale som skal følge sakene ber sekretariatet om å få dette i god tid, og senest 27.04.18.

Dersom det er spørsmål, ta gjerne kontakt med utvalgssekretær på tlf. 52 75 73 53 eller på e-post: ogh@kontrollutvalgene.no

Med vennlig hilsen
Haugaland Kontrollutvalgssekretariat IKS

Odd Gunnar Høie (sign.)
Utvalgssekretær

Vedlegg: særutskrift sak Eventuelt 06.03.18

Haugesund kommune
v/rådmannen
Postboks 2160
5504 HAUGESUND

Sendt pr. e-post 9/3-18

Deres dato

Deres ref.

Vår ref.
18/89/216/ogh

Dato
09.03.18

OVERSENDELSE AV VEDTAK I KONTROLLUTVALGET

Vedlagt følger særutskrift fra møte i Haugesund kontrollutvalg 06.03.18, sak Eventuelt.

Kontrollutvalget gjorde blant annet følgende vedtak i saken:

«Avlasterdommen»

Utvalget ønske i neste møte en orientering om arbeidskontrakter for avlastere i eget hjem, i brukers hjem og besøks- og avlastningshjem med bakgrunn i fjorårets høyesterettsdom.

Neste møte i kontrollutvalget er tirsdag 08.05.18. Dersom det utarbeides skriftlig materiale som skal følge sakene ber sekretariatet om å få dette i god tid, og senest 27.04.18.

Dersom det er spørsmål, ta gjerne kontakt med utvalgssekretær på tlf. 52 75 73 53 eller på e-post: ogh@kontrollutvalgene.no

Med vennlig hilsen
Haugaland Kontrollutvalgssekretariat IKS

Odd Gunnar Høie (sign.)
Utvalgssekretær

Vedlegg: særutskrift sak Eventuelt 06.03.18



Kontrollutvalget - statusoversikt pr. mai 2018

Saker fra bestilling til behandling i kontrollutvalget

Forvaltningsrevisjoner	Bestilt	Tidsbruk	Status	Ferdig dato	Merknader
Vedlikehold av kommunale bygg	08.05.18	250 timer	Prosjektplan er ferdig	Høsten 2018	
Selskapskontroller					
Karmsund Havn IKS	30.01.18	Ca. 70 timer	Under utarbeidelse	Juni 2018	Invitasjon fra Karmøy

Saker under politisk behandling eller til oppfølging i kontrollutvalget

Forvaltningsrevisjoner	Bestilt	Behandlet i KU	Behandlet i bystyret	Planlagt oppfølg.	Merknader
Legemiddelhåndtering	24.10.17	06.03.18/ 08.05.18			260 timer
Ny personvernlov	06.03.18	08.05.18			
Selskapskontroller					

Avsluttede prosjekter

Forvaltningsrevisjoner	Bestilt	Behandlet i KU	Behandlet i bystyret	Fulgt opp i KU/BST	Merknader
Plan for forvaltningsrevisjon 2016-2020	24.11.15	14.06.16/ 30.08.16	19.10.16		
Plan for selskapskontroll 2016-2020	24.11.15	14.06.16/ 30.08.16	19.10.16		
Internkontroll og byggesaksbehandling	29.11.16	09.05.17	14.06.17	28.11.17/ 31.01.18	Avsluttet
Opplæringstilbud til minoritetsspråklige elever	08.02.16	30.08.16	19.10.16	06.06.17/ 06.09.17	Avsluttet
Samhandling mellom skoler og PPT og ...	27.01.15	29.09.15	02.12.15	25.10.16/ 16.11.16	Avsluttet



Utvalg: Bystyret
 Møtested: Bystyresalen, Haugesund rådhus
 Dato: 14.03.2018
 Tid: 18:00

Faste medlemmer som møtte:

Navn	Funksjon	Representerer
Arne-Christian Mohn	Ordfører	AP
Ingeborg Skjølingstad	MEDL	AP
William Leiro Olsen	MEDL	AP
Kjell Inge Bråtveit	MEDL	AP
Hege Østensjø	MEDL	AP
Tor Inge Fredriksen	MEDL	AP
Nina Westerlund Lie	MEDL	AP
Gudrun Caspersen	MEDL	AP
Anne Engedal	MEDL	AP
Synnøve Marie Lunde	MEDL	AP
Dagfinn Larsen	MEDL	AP
Lars Erik Haugen	MEDL	AP
Tønnes Tønnesen	MEDL	AP
Grete Muller	MEDL	AP
Jarle Utne-Reitan	MEDL	H
Nils Konrad Bua	MEDL	H
Harald Larssen Lønning	MEDL	H
Gudvin Selsås	MEDL	H
Helge Ytterøy L'Orange	MEDL	H
Egil Sundve	MEDL	H
Erling Iveland	MEDL	H
Jostein Helgeland	MEDL	H
Rita Leinan	MEDL	H
Arne Trygve Løvvik	MEDL	FRP
Sverre Rønnevig	MEDL	FRP
Grete Frøystad	MEDL	FRP
Eirik Thorsen Børseth	MEDL	FRP
Georg Hillestad	MEDL	FRP
Bjarte Myklebust	MEDL	KRF
Tom Landås	MEDL	KRF
Marit Rønnevik Brathole	MEDL	KRF
May Britt Vihovde	MEDL	V
Tore Nilsen	MEDL	V
Bjørn-Erik Davidsen	MEDL	MDG
Nini Hæggernes	MEDL	MDG
Gjertrud Kjellesvik	MEDL	SV
Trine Meling Stokland	MEDL	SV
Sofus Rasmussen	MEDL	PP
Alf Walter Edvinson	MEDL	PP
Tor Inge Eidesen	MEDL	SP

Varamedlemmer som møtte:

Navn	Navn	
Anita Bådsvik Samuelsen	Astri Furumo	A
Torunn Ellingsen	Espen Bruntveit Ingebrigtsen	A
Ove Ellefsen	Roald Bø	A
Solbjørg Lillesund	Esraa Akram	A

Nils Olai Heimark
Jan Lothe
Arne Førre
Gunnar Magne Thune
Erling Vikse

Liv Auestad
Elin Frønsdal
Sjur Risanger
Svein Erik Indbjo
Grete Frøystad

A
H
H
FRP
Uavh./FRP

Fra administrasjonen møtte:

Navn	stilling
Ole Bernt Thorbjørnsen	rådmann
Tore Haaland	ass. rådmann
Sissel Hynne	kommunaldirektør
Jo Inge Hagland	kommunaldirektør

FO 18/1 Interpellasjon - Selvkjørende bybuss - bystyret 14.03.2018 Harald Larssen Lønning

Saksprotokoll i Bystyret - 14.03.2018

RS 18/19 Protokoll helse- og omsorgsstyret 21.11.2017

RS 18/20 Protokoll oppvekststyret 14.12.2017

Utvalgsleder Bråtveit (A) orienterte vedr. koding i Haugesunds skolen.

RS 18/21 Protokoll formannskapet 17.01.2018

RS 18/22 Protokoll formannskapet 07.02.2018

RS 18/23 protokoll personalpolitisk utvalg 25.01.18

RS 18/24 Protokoll råd for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne 12.12.2017

RS 18/25 Protokoll fra møte i Haugesund kontrollutvalg 30.01.18

RS 18/26 Folkehelseprofil 2018 Haugesund

RS 18/27 Administrasjonens oppfølging av politiske vedtak - bystyret

Øvrige referatsaker tatt til orientering.

PS 18/9 Protokoll bystyret 31.januar 2018

Forslag til vedtak/innstilling:

Protokollen godkjennes

Saksprotokoll i Bystyret - 14.03.2018

Enstemmig vedtatt

Vedtak i Bystyret – 14.03.2018

Protokollen godkjennes

Skjølingstad (A) foreslår at May Britt Vihovde møter med stemmerett dersom ordfører er forhindret fra å møte og Gjertrud Kjellesvik som representant på eierseminar.

Svein Erik Indbjo (FRP) foreslår Svein Erik Indbjo som representant på eierseminar.

Høyre foreslår representant til eierseminar når saken kommer til bystyret.

Enstemmig vedtatt

Vedtak i formannskapet 07.02.2018

For perioden 2015-2019 foretar bystyret følgende korrigeret valg av representanter:

Bystyret velger følgende representant til Haugaland Kraft as sin generalforsamling:

1. ordfører Arne-Christian Mohn
2. varaordfører May Britt Vihovde møter med stemmerett dersom vedkommende som er valgt med stemmerett er forhindret fra å møte.

I tillegg til ordfører og rådmann velges følgende 3 representanter til Eierseminar:

1. Gjertrud Kjellesvik
2. Svein Erik Indbjo
3.

Saksprotokoll i Bystyret - 14.03.2018

Harald Larssen Lønning (H) foreslår Harald Larssen Lønning (H) som representant til eierseminar

Enstemmig vedtatt

Vedtak i Bystyret – 14.03.2018

For perioden 2015-2019 foretar bystyret følgende korrigeret valg av representanter:

Bystyret velger følgende representant til Haugaland Kraft as sin generalforsamling:

1. ordfører Arne-Christian Mohn
2. varaordfører May Britt Vihovde møter med stemmerett dersom vedkommende som er valgt med stemmerett er forhindret fra å møte.

I tillegg til ordfører og rådmann velges følgende 3 representanter til Eierseminar:

1. Gjertrud Kjellesvik (SV)
2. Svein Erik Indbjo (Frp)
3. Harald Larssen Lønning(H)

PS 18/12 Fritak fra politisk verv Svein Magne Abrahamsen - korrigeret valg som vara til kontrollutvalget

Forslag til vedtak/innstilling:

Svein Magne Abrahamsen er valgt inn som styremedlem i KUF og må da fritas fra sitt verv som vara i kontrollutvalget for resten av valgperioden 2015-2019.

Bystyret velger følgende representanter for resten av valgperioden 2015-2019:

Leder:	Medlemmer:		Varamedlemmer:
	Gudvin Selsaas (H)	1	Lene Svanberg Jakobsen (H)
	Heidi Kolstø (H)	2	Christian Rasmussen (H)
	Thorleif Thormodsen (H)	3	Ingrid Thormodsen Rein (H)
		4	Sigmund Frøiland (H)
		5	Astrid Hagland Gjerde (H)
Nestleder:	Svein Inge Huseby (Frp)	1	Georg Hillestad (Frp)
	Lise Haukås (SV)	1	Knut Steffen Kvala (MDG)
	Karin Westerlund (A)	1	
	Svein Skrunes (Krf)	1	Arne Sjursen (Pp)

Saksprotokoll i Formannskapet - 07.02.2018

Vihovde (V) foreslår Lene Røkke Mathisen som vara for Karin Westerlund

Enstemmig vedtatt

Vedtak i formannskapet 07.02.2018

Bystyret velger følgende representanter for resten av valgperioden 2015-2019:

Leder:	Medlemmer:		Varamedlemmer:
	Gudvin Selsaas (H)	1	Lene Svanberg Jakobsen (H)
	Heidi Kolstø (H)	2	Christian Rasmussen (H)
	Thorleif Thormodsen (H)	3	Ingrid Thormodsen Rein (H)
		4	Sigmund Frøiland (H)
		5	Astrid Hagland Gjerde (H)
Nestleder:	Svein Inge Huseby (Frp)	1	Georg Hillestad (Frp)
	Lise Haukås (SV)	1	Knut Steffen Kvala (MDG)
	Karin Westerlund (A)	1	Lene Røkke Mathisen
	Svein Skrunes (Krf)	1	Arne Sjursen (Pp)

Saksprotokoll i Bystyret - 14.03.2018

Enstemmig vedtatt

Vedtak i Bystyret – 14.03.2018

Bystyret velger følgende representanter for resten av valgperioden 2015-2019:

Leder:	Medlemmer:		Varamedlemmer:
	Gudvin Selsaas (H)	1	Lene Svanberg Jakobsen (H)
	Heidi Kolstø (H)	2	Christian Rasmussen (H)

Thorleif Thormodsen (H)

3 Ingrid Thormodsen Rein (H)

4 Sigmund Frøiland (H)

5 Astrid Hagland Gjerde (H)

Nestleder: Svein Inge Huseby (Frp)

1 Georg Hillestad (Frp)

Lise Haukås (SV)

1 Knut Steffen Kvala (MDG)

Karin Westerlund (A)

1 Lene Røkke Mathisen (V)

Svein Skrunes (Krf)

1 Arne Sjursen (Pp)

PS 18/13 Søknad permisjon politiske verv - Elin Frønsdal

Forslag til vedtak/innstilling:

Søknad fra Elin Frønsdal om permisjon fra sine politiske verv i perioden mars- til og med juli 2018 innvilges.

Jan Lothe trer inn som nytt fast medlem i bystyret i fritaksperioden.

Som erstatning for Elin Frønsdal i fritaksperioden velger bystyret:

----- som medlem formannskapet

----- som vara til styringsgruppe SLT

Saksprotokoll i Formannskapet – 14.03.2018

Saken er trukket

Saksprotokoll i Bystyret - 14.03.2018

Saken er trukket

PS 18/14 Søknad, permisjon fra politisk verv - Grethe Frøystad

Forslag til vedtak/innstilling:

Søknad fra Grethe Frøystad om permisjon fra sine politiske verv i perioden februar- juli 2018 innvilges.

Gunnar Magne Thune trer inn som nytt fast medlem i bystyret i fritaksperioden.

Som erstatning for Grete Frøystad i fritaksperioden velger bystyret:

----- som medlem i personalpolitisk utvalg.

----- som 1. vara i formannskapet

----- som 1. vara i valgstyret

----- som vara til Kommunens sentralforbund - fylkeskretsen

----- som vara i styringsgruppe SLT

Saksprotokoll i Formannskapet - 28.02.2018

Indbjo (Frp) foreslo følgende kandidater:

Som erstatning for Grete Frøystad i fritaksperioden velger bystyret:

Gunnar Magne Thune som medlem i personalpolitisk utvalg.

Arne Løvvik som 1. vara i formannskapet
Arne Løvvik som 1. vara i valgstyret
Sverre Rønnevig som vara til Kommunens sentralforbund - fylkeskretsen
Sverre Rønnevig som vara i styringsgruppe SLT

Enstemmig vedtatt

Vedtak i formannskapet 28.02.2018

Søknad fra Grethe Frøystad om permisjon fra sine politiske verv i perioden februar- juli 2018 innvilges.

Gunnar Magne Thune trer inn som nytt fast medlem i bystyret i fritaksperioden.

Som erstatning for Grete Frøystad i fritaksperioden velger bystyret:

Gunnar Magne Thune som medlem i personalpolitisk utvalg.

Arne Løvvik som 1. vara i formannskapet

Arne Løvvik som 1. vara i valgstyret

Sverre Rønnevig som vara til Kommunens sentralforbund - fylkeskretsen

Sverre Rønnevig som vara i styringsgruppe SLT

Saksprotokoll i Bystyret - 14.03.2018

Saken er trukket

PS 18/15 Oppfølging av forvaltningsrapport - Internkontroll og byggesaksbehandling

Forslag til vedtak/innstilling:

Bystyret tar rådmannens tilbakemelding om oppfølging av KPMG AS sin rapport «Internkontroll og byggesaksbehandling» til orientering.

Saksprotokoll i Bystyret - 14.03.2018

Enstemmig vedtatt

Vedtak i Bystyret – 14.03.2018

Bystyret tar rådmannens tilbakemelding om oppfølging av KPMG AS sin rapport «Internkontroll og byggesaksbehandling» til orientering.

PS 18/16 Årsmelding 2017 - Kontrollutvalget

Forslag til vedtak/innstilling:

Bystyret tar kontrollutvalgets årsmelding for 2017 til orientering.

Saksprotokoll i Bystyret - 14.03.2018

Enstemmig vedtatt

Vedtak i Bystyret – 14.03.2018

Bystyret tar kontrollutvalgets årsmelding for 2017 til orientering.

HAUGESUND KULTUREIENDOM AS

Årsberetning for 2017

Virksomhetens art

Selskapets formål er i samarbeid med Haugesund kommune å drive virksomhet til fremme av kulturlivet og kulturtilbudet i kommunen herunder ved å eie og disponere fast eiendom som primært tar sikte på å fremme nevnte virksomhet, samt direkte å delta i virksomhet som andre driver til fremme for kulturelle formål.

Selskapets virksomhet skal ikke ta sikte på økonomisk overskudd for utdeling av utbytte. Eventuelt overskudd skal benyttes til fremme av selskapets formål.

Haugesund Kultureiendom AS (HKE AS) eies 100 % av Haugesund Kultur og Festivalutvikling KF (KUF KF).

Selskapet har ingen fast ansatte, men får tjenester fra KUF KF sin administrasjon.

Styret

Styret er politisk valgt og hadde i 2017 følgende sammensetning:

- Tønnes B. Tønnesen (Ap) - leder
- Marianne Eidesvik (H)
- Marius Wenneck Rønnevik (V)/Svein Abrahamsen fra oktober 2017
- Therese Landås (Krf)
- Arne Trygve Løvvik (Frp)

Gudrun Caspersen (Ap) har møtt fast som varamedlem.

I tillegg har daglig leder/kultursjefen i KUF KF møte- tale- og forslagsrett i styremøtene.

Det har vært fem styremøter samt ordinær generalforsamling.

Årets drift

Haugesund Kultureiendom AS har ansvaret for vedlikehold og drift av Festiviteten, Billedgalleriet, Edda kino, Kirkegata 179, Sørhauggata 177 og Sørhauggata 181. I tillegg til å legge til rette for ordinær drift av Festiviteten teater og konserthus leier HKE AS lokaler ut til administrasjonen i Kultur og festivalutvikling KF og Haugesund Teater.

Selskapet hadde en omsetning på i overkant av 4,5 mill. i 2017. Interne inntekter fra Kultur og festivalutvikling KF var på 3,1 mill. og 1,4 mill. i eksterne inntekter og tilskudd.

I påvente av salg av Kirkegata 179 hadde styre lagt opp til en forsiktig satsning for 2017.

Følgende utbedringer og planer er gjennomført i 2017

Festiviteten

- Det er gjennomført en endring av branncellene i sceneområdet. Dette for å etablere en sikker rømning for aktører på scenen, samt gjøre arbeidsforholdene for scene teknikerne enklere. Det er også gjort en prosjektering av et nytt anlegg for nød- og lede lys, samt gjort en vurdering å øke det sprinklede arealet til å gjelde sidescenene.
- Festiviteten har fått etablert en ny rømningsvei fra Blåsalen.
- Nye motoriserte brannspjeld mellom rømningsvei og Intimscenen.

Edda kinosenter

Det er tegnet opp to nye kinosaler iht. til bestilling fra bystyret budsjettbehandling desember 2016, hvor HKE ble bedt om å se på mulighetene for å utvide kapasiteten på Edda kino. En plan for finansiering ble lagt fram i budsjettet til Haugesund kommune for 2018, men nådde ikke opp i budsjettbehandlingen.

Det har vært noen lekkasjer fra avløpsrørene innvending i bygget. Disse er nå sanert og kledd med glassfiber innvendig. Det øvrige røropplegget må også vurderes.

Haugesund Billedgalleri

I samarbeid med Haugesund billedgalleri og kunstneren Thomas Kipler er hele gulvet grafikk salen gjort om til et kunstverk. Resten av rommet er også pusset opp. Prosjektet mottok ekstern finansiering fra statlige midler.

Andre bygg

Kirkegata 179 er solgt på en opsjonsavtale. Det er innbetalt kr. 500.000,- som forskuddsbetaling. Kjøper hadde frist ut mars 2018 til å bestemme om selskapet skal gjennomføre kjøpet, eller tre ut av avtalen. Partene har ingen videre forpliktelser ovenfor hverandre dersom kjøper velger å tre ut av avtalen.

Økonomi

Selskapet har hatt en omsetning på kr. 4.412.000,- og årets resultat viser et underskudd på kr. 563.475,85. Resultatet er litt forbedret i forhold til 2016 som viste et underskudd på kr 634.645,28. Årets underskudd gir en negativ resultatgrad på 12,43 %. Selskapet har en egenkapitalandel på 49,03 %. Dette anses for å være tilfredsstillende.

En stor andel av kostnadene er avskrivninger og finanskostnader. En av eiendommene ligger for salg en avklaring er ventet snarlig. Dette vil styrke likviditeten i selskapet. Det er allikevel en utfordring at en så stor andel av kostnadene medgår til finanskostnader på grunn av en relativt stor lånegjeld i forhold til omsetning. Det er håndterlig på kort sikt, men ikke akseptabelt i et lengre perspektiv dersom HKE AS skal gjennomføre de oppgavene selskapet er satt til å ivareta.

Dette gjelder både midler til løpende drift og til større investeringer som er planlagt. Det legges ikke opp til noen nye større investeringer før tilstrekkelige budsjett-rammer/finansiering er på plass.

Utvikling

Alle byggene har et løpende vedlikeholdsbehov. Det er laget en plan for å utbedre de forholdene både på kort og litt lenger sikt. Planene for å utvide Edda kino vil bli tatt opp igjen.

Fortsatt drift

Årsregnskapet er satt opp under forutsetning om at fortsatt drift er til stede, og det bekreftes med dette at denne forutsetningen er til stede.

Arbeidsmiljø/likestilling

HKE AS har ingen faste ansatte. Administrasjon- og vaktmestertjenester utføres av ansatte i Kultur og Festivalutvikling KF. Selskapet forurensrer ikke miljøet ut over det som er normalt for bransjen.

Styret har fem medlemmer, og en fast møtende vara. Herav er tre kvinner. Styret har ikke funnet det nødvendig og igangsette spesielle tiltak for likestilling.

Haugesund 22.3.2018

Tønnes B. Tønnesen
Styreleder

Marianne Eidesvik
Styremedlem

Therese Landås
Styremedlem

Svein Magne Abrahamsen
Styremedlem

Arne Trygve Løvvik
Styremedlem

Haugesund Kultureiendom as

Resultatregnskap

Driftsinntekter og driftskostnader	Note	2017	2016
Salgsinntekt		0	21 270
Offentlige tilskudd		120 000	0
Annen driftsinntekt		4 412 000	3 692 340
Sum driftsinntekter		4 532 000	3 713 610
Lønnskostnad	2	79 870	68 460
Avskrivning på driftsmidler	4	1 196 438	1 207 337
Nedskrivning av driftsmidler og immaterielle eiendeler	4	500 000	0
Annen driftskostnad		1 994 798	1 503 799
Sum driftskostnader		3 771 106	2 779 596
Driftsresultat		760 894	934 015
Finansinntekter og finanskostnader			
Annen finansinntekt		9 338	11 252
Annen finanskostnad		1 333 708	1 579 912
Resultat av finansposter		-1 324 370	-1 568 660
Ordinært resultat		-563 476	-634 645
Årsresultat		-563 476	-634 645
Overføringer			
Overført fra annen egenkapital		563 476	634 645
Sum overføringer	6	-563 476	-634 645

Haugesund Kultureiendom as

Balanse

Eiendeler	Note	2017	2016
Anleggsmidler			
Varige driftsmidler			
Tomter, bygninger	4	89 621 532	90 646 965
Driftsløsøre, inventar og utstyr	4	821 580	912 870
Sum varige driftsmidler		90 443 112	91 559 835
Sum anleggsmidler		90 443 112	91 559 835
Omløpsmidler			
Fordringer			
Kundefordringer		372 500	176 000
Andre kortsiktige fordringer	7	0	6 238
Sum fordringer		372 500	182 238
Bankinnskudd		2 759 537	2 445 926
Sum omløpsmidler		3 132 037	2 628 164
Sum eiendeler		93 575 149	94 187 999

Haugesund Kultureiendom as

Balanse

Egenkapital og gjeld	Note	2017	2016
Egenkapital			
Innskutt egenkapital			
Aksjekapital	3	206 400	206 400
Overkurs	6	24 559 564	24 559 564
Sum innskutt egenkapital		24 765 964	24 765 964
Opptjent egenkapital			
Annen egenkapital		21 112 600	21 676 076
Sum opptjent egenkapital		21 112 600	21 676 076
Sum egenkapital	6	45 878 564	46 442 040
Gjeld			
Annen langsiktig gjeld			
Gjeld til kredittinstitusjoner	5	47 030 354	47 281 915
Sum annen langsiktig gjeld		47 030 354	47 281 915
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld	7	458 951	354 713
Skattetrekk og andre trekk		207 280	109 331
Sum kortsiktig gjeld		666 231	464 044
Sum gjeld		47 696 585	47 745 959
Sum gjeld og egenkapital		93 575 149	94 187 999

Haugesund
Styret i Haugesund Kultureiendom as

Tønnes Bernhard Tønnesen
styreleder

Arne Trygve Løvvik
styremedlem

Marianne Eidesvik
styremedlem

Svein Magne Abrahamsen
styremedlem

Therese Landås
styremedlem

PROTOKOLL

Måndag 23. april 2018 blei det halde møte i representantskapet for **Haugaland Kontrollutvalgssekretariat IKS**. Møtet blei leia av representantskapsleiar Olav Haugen.

MØTESTART / MØTESLUTT	kl. 17.00 – kl. 18.15
MØTESTAD:	Tysvær rådhus, kantinen
REPRESENTANTAR SOM MØTTE:	Alf Harald Aronsen , Karmøy kommune Svein Inge Huseby , Haugesund kommune Olav Haugen , Sveio kommune Daghild Grønnestad Alvestad , Bokn kommune Marte Eide Klovning , Utsira kommune
MØTANDE VARAREPRESENTANT:	Arnfinn Øverland , Vindafjord kommune Erik Daniel Fatnes , Sauda kommune Ragni Synniva Fett , Etne kommune Tormod Skeie , Suldal kommune (frå sak 4/18)
FORFALL:	Øyvind Haraldseid , Vindafjord kommune Solfrid Seim Nilsen , Sauda kommune Ståle Tungesvik , Etne kommune Vanja Ignjatic , Suldal kommune Gunn Marit Lygre , Tysvær kommune og vararepr
ANDRE SOM MØTTE:	Siv Bente Stople Østbø , styremedlem Toril Hallsjø , dagleg leiar

FØLGENDE SAKER BLEI HANDSAMA:

SAK 1/18 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKSLISTE

Handsaming i møte 23.04.18:

Fem representantar og ein vararepresentant hadde meldt forfall. Ved møtestart var åtte av ti kommunar representert og organet var såleis vedtaksføre. Etter sak 3/18 var ni eigarkommunar representert. Det var ingen merknader til innkalling og saksliste.

SAMRØYSTES VEDTAK:

Innkalling og saksliste til representantskapsmøtet 23.04.18 blir godkjent.

SAK 2/18 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRÅ REPRESENTANTSKAPSMØTET 24.04.17 OG SÆRUTSKRIFT I SAK 8/17

Handsaming i møte 23.04.18:

Representantane hadde ingen merknader.

SAMRØYSTES VEDTAK:

Protokoll frå representantskapsmøtet 24.04.17 blir godkjent og særutskrift i sak 8/17 blir godkjent..

SAK 3/18 GODKJENNING AV STYRET SI MELDING OG ÅRS-MELDING 2017

STYRET SITT FRAMLEGG:

Styret si melding og årsmelding 2017 for Haugaland Kontrollutvalgssekretariat IKS vert godkjent.

Handsaming i møte 23.04.18:

Representantane hadde ingen merknader.

SAMRØYSTES VEDTAK:

Styret si melding og årsmelding 2017 for Haugaland Kontrollutvalgssekretariat IKS vert godkjent.

Årsmeldinga vert oversendt samarbeidskommunane til orientering.

SAK 4/18 GODKJENNING AV ÅRSREKNESKAPEN FOR 2017

STYRET SITT FRAMLEGG:

Årsrekneskapen for 2017 for Haugaland Kontrollutvalgssekretariat IKS vert godkjent slik det ligg føre med eit overskot på kr 31.198. Årets overskot vert lagt til eigenkapital.

Handsaming i møte 23.04.18:

Representantane var samde i at det var greitt at selskapet har opparbeida seg med ein buffer slik at selskapet var rigga for framtida, anten til planlagde eller uventa utgifter. Dagleg leiar nemnde investering av elektronisk sak/arkivssystem og skifte av personell som utgifter som ikkje er lagt inn pr. i dag. Elles var det ingen merknader.

SAMRØYSTES VEDTAK:

Årsrekneskapen for 2017 for Haugaland Kontrollutvalgssekretariat IKS vert godkjent slik det ligg føre med eit overskot på kr 31.198. Årets overskot vert lagt til opptent eigenkapital.

SAK 5/18 BUDSJETT 2019 – FØRESETNADER OG RAMMER

Handsaming i møte 23.04.18:

Representantane hadde ingen merknader.

SAMRØYSTES VEDTAK:

Representantskapet i Haugaland Kontrollutvalgssekretariat IKS godkjenner budsjett for 2019 slik det er lagt fram av styret:

Inntekter 2019		Utgifter 2019	
<i>Tilskudd</i>	2 077 000	<i>Lønn- og sosiale utgifter</i>	1 777 000
<i>Andre inntekter</i>	-	<i>Driftsutgifter</i>	300 000
<i>Inntekter totalt</i>	2 077 000	<i>Utgifter totalt</i>	2 077 000
<i>Resultat</i>	0		0

Eigartilskot frå eigarkommunane vert i 2019 følgjande:

<i>Karmøy kommune</i>	376 000
<i>Haugesund kommune</i>	376 000
<i>Tysvær kommune</i>	198 000
<i>Vindafjord kommune</i>	198 000
<i>Sveio kommune</i>	177 000
<i>Sauda kommune</i>	177 000
<i>Etne kommune</i>	177 000
<i>Suldal kommune</i>	177 000
<i>Bokn kommune</i>	115 000
<i>Utsira kommune</i>	106 000

Styret får fullmakt til å gjennomføra budsjettendringar, her under å disponera meirinntekter eller mindreutgifter, under føresetnad av at budsjettet går ut i balanse og kontingent for deltakarkommunane ikkje blir auka utover representantskapet sitt vedtak.

SAK 6/18 ØKONOMIPLAN 2019-2022

Handsaming i møte 23.04.18:

Representantane hadde ingen spesielle merknader.

SAMRØYSTES VEDTAK:

Representantskapet for Haugaland Kontrollutvalgssekretariat IKS godkjenner økonomiplan for perioden 2019-2022:

	2019	2020	2021	2022
<i>Inntekter:</i>				
<i>Tilskudd</i>	2 077 000	2 139 000	2 203 000	2 269 000
<i>Andre inntekter</i>	0	0	0	0
<i>Totalt</i>	2 077 000	2 139 000	2 203 000	2 269 000
<i>Utgifter:</i>				
<i>Lønn og sos. utg.</i>	1 777 000	1 830 000	1 885 000	1 942 000
<i>Driftsutgifter</i>	300 000	309 000	318 000	327 000
<i>Totalt</i>	2 077 000	2 139 000	2 203 000	2 269 000
<i>Resultat</i>	0	0	0	0

SAK 7/18 REFERAT- OG ORIENTERINGSSAKER

1. Representantskapsmøte 18.04.18 – Interkommunalt Arkiv i Rogaland IKS
2. Representantskapsmøte 19.04.18 – KS Bedrift
3. NKRF med rettleiar «God skikk og praksis for kontrollutvalgssekretariatene»
4. FKT med rettleiar «Hva kan kontrollutvalgene forvente av oppgaveutførelse og kompetanse fra sekretariatene»
5. KS Bedrift - Ny kommunelov er på trappene – Prop. 46 L (2017-18) Kommuneloven
6. NKRF – framlegget til ny kommunelov bidrar til styrka eigenkontroll
7. Sekretariatet si møteplan 2018
8. Oversikt over valde representantar og vararepresentantar for 2015-2019

Handsaming i møte 23.04.18:

Dagleg leiar gjekk igjennom punkta, med særleg vekt på rettleiarane og på endringane i framlegg til ny kommunelov. Representantane kom med kommentarar til lova.

SAMRØYSTES VEDTAK:

Referatsakene 1- 8 blir tatt til orientering

EVENTUELT

Ingen saker var meldt i forkant.

Representantskapet drøfta igjen dette med lang reisetid og bruk av fjernmøte. Alle kommunane har i dag skaffa tekniske hjelpemidlar slik at det skulle vere mogeleg å sjå, høyre og kommunisere med kvarandre, sjølv om alle ikkje er i same lokale. Nokre representantar meinte at det var viktig med personleg frammøte, men at dette kunne vere aktuelt for dei med lang veg. Det var usikkert om dette kunne nyttast for denne type møte. Dagleg leiar undersøker saka.

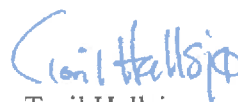
Representantskapet etterlyste fjorårets ønske om tema/føredrag i tilknytning til møtet. For møtet i år hadde dagleg leiar meint at dei nye rettleiarane og framlegg til ny kommunelov var årets tema. Utvalsleiar gjorde framlegg om at representantane kunne komme med framlegg til tema, innan utgangen av 2018, på aktuelle tema til neste års møte.

Møtedato neste år: måndag 29.04.19.

Aksdal, 23. april 2018



Olav Haugen (sign.)
representantskapsleiar



Toril Hallsjø
dagleg leiar

PROTOKOLL

18. april 2018 ble det avholdt møte i representantskapet ved Interkommunalt Arkiv i Rogaland IKS i Richard Johnsens gate 12, Stavanger.

SAKSLISTE:

01/18	Godkjenning av møteinnkalling og saksliste
02/18	Valg av leder og nestleder av representantskapet
03/18	Valg av referent og to representanter til å underskrive protokollen
04/18	Godkjenning av regnskap og styrets årsberetning for 2017
05/18	Godkjenning av årsmelding for 2017
06/18	Godkjenning av budsjett og tilskudd for 2019
07/18	Godkjenning av økonomiplan for perioden 2019-2022
08/18	Valg av styre for 2018/2019
09/18	Valg av valgkomite for 2018/2019
10/18	Innkomne saker

MØTET SATT:

Kl. 10:00

Daglig leder Tor Ingve Johannessen orienterte om programmet for dagen.
Representantskapets leder Ole Tom Guse ønsket velkommen.

DELTAKERLISTE:

Deltakere IKAs representantskapsmøte 18. april 2018

	Eier	Representant
1	Eigersund kommune	Leif Erik Egaas
2	Finnøy kommune	Tone Rørheim
3	Forsand kommune	Ole Tom Guse
4	Gjesdal kommune	Linn Kristin Haga
5	Haugaland kontrollutvalgsekretariat IKS	Toril Hallsjø
6	Haugesund kommune	Tom Landås
7	Hjelmeland kommune	Kirsten Hansson
8	Hå kommune	Reidar Håland
9	IVAR IKS	Jostein Karlsen
10	Karmøy kommune	May Britt Berg
11	Klepp kommune	Siri-Mona Damsgård
12	Kvitsøy kommune	Gro A Steine
13	Lund Kommune	Olav Hafstad
14	Randaberg kommune	Per Arne Nyvoll
15	Rennesøy kommune	Eva Finnesand Hodnefjell

16	Rogaland fylkeskommune	Odd Bård Risvoll
17	Sandnes kommune	Ernst Lapin
18	Sauda kommune	Tone Storesund
19	Sola kommune	Jørund Ubø Soma
20	Sokndal kommune	Arild Urdal
21	Strand kommune	Marie Stokka
22	Suldal kommune	Øyvind Valen
23	Time kommune	Egil Sølvberg
24	Vindafjord kommune	Magne Inge Vårvik

Styret: Jon Ola Syrstad (leder)
Beate Aase Bøe (ansattes representant)

IKA: Tor Ingve Johannessen (daglig leder)
Monica Hodnefjell Tungland

Andre: Odd Gunnar Høie (observatør fra Haugaland kontrollutvalgssekretariat IKS)

MØTEBEHANDLING:

Sak 01/18 Godkjenning av møteinnkalling og saksliste
Møteinnkalling og saksliste ble godkjent.

Sak 02/18 Valg av leder og nestleder av representantskapet
Daglig leder foreslo Ole Tom Guse, Forsand kommune som leder, og Gro A. Steine, Kvitsøy kommune som nestleder. Ingen motkandidater ble lansert, og de foreslåtte representantene ble enstemmig valgt.

Sak 03/18 Valg av referent og to representanter til å underskrive protokollen
Monica Hodnefjell Tungland ble valgt til referent. Ernst Lapin, Sandnes kommune og Arild Urdal, Sokndal kommune ble valgt til å undertegne protokollen.

Sak 04/18 Godkjenning av regnskap og styrets årsberetning for 2017
Regnskapet og årsberetningen ble godkjent uten merknader.

Sak 05/18 Godkjenning av årsmelding for 2017
Årsmelding ble godkjent uten merknader.

Sak 06/18 Godkjenning av budsjett og tilskudd for 2019
Budsjett og tilskudd for 2019 ble godkjent uten merknader.

Sak 07/18 Godkjenning av økonomiplan for perioden 2019-2022
Økonomiplanen for perioden 2019-2022 ble godkjent uten merknader.

Sak 08/18 Valg av styre for 2018/2019
Valgkomiteens innstilling var som følger:
Leder Jon Ola Syrstad, Strand kommune
Nestleder Elin Wetås de Jara, Time kommune

Styremedlem Tone M. Haugen, Randaberg kommune

Styremedlem Jarle Nilsen, Karmøy kommune

1. Varamedlem Lisa Reime Helgeland, Hå kommune

2. Varamedlem Ole Bernt Torbjørnsen, Haugesund kommune

3. Varamedlem Annette Bokneberg, Bokn kommune

4. Varamedlem Ørjan Daltveit, Bjerkreim kommune

Beate Aasen Bøe er valgt som de ansattes representant i styret.

Valgkomiteens innstilling til styre for 2018/2019 ble godkjent uten merknader.

Sak 09/18

Valg av valgkomité for 2018/2019

Styrets innstilling til valgkomité:

Lin Øiesvold, Rogaland fylkeskommune (leder)

May Britt Berg, Karmøy kommune

Reidar Håland, Hå kommune

Styrets innstilling til valgkomité for 2018/2019 ble godkjent uten merknader

Sak 10/18

Innkomne saker

Ingen innkomne saker.

MØTE HEVET:

Kl. 10.35

Stavanger 18. april 2018



Ole Tom Guse

Representantskapets leder



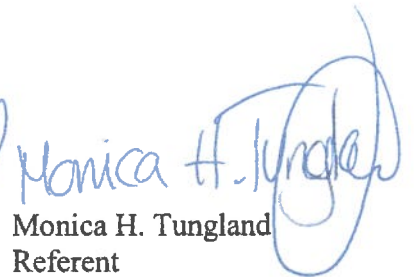
Ernst Lapin

Medundertegner



Arild Urdal

Medundertegner



Monica H. Tungland

Referent

Representantskapsmøteprotokoll for Haugaland Vekst IKS

Haugaland
Kontrollutvalgssekretariat IK
Mottatt dato: 27.04.18
Journalført:
Arkivkode: 217

Den 20. april 2018 ble det avholdt representantskapsmøte i Haugaland Vekst IKS, i Hemmingstad Kultursenter, Haugesund. Møtet startet 8:30

Tilstede:

Haugesund kommune v/	Arne-Christian Mohn (May Britt Vihovde fra kl 10:00)
Tysvær kommune v/	Sigmund Lier
Bokn kommune v/	Tormod Våga
Karmøy kommune v/	Jarle Nilsen
Vindafjord kommune v/	Ole Johan Vierdal
Etne kommune v/	Siri Klokkestuen
Sauda kommune v/	Rune Kloster Tvedt (e.f)
Suldal kommune v/	Gerd Helen Bø
Sveio kommune v/	Jorunn Skåden
Rogaland Fylkeskommune v/	Astrid Furumo
Administrasjonen	Tormod Karlsen
	Inger Kallevik Haavik
	Arvid Nesse
Forfall	Marte Eide Klovning

I tillegg møtte følgende:

- Styret ved styreleder Ole Bernt Thorbjørnsen, styremedlemmene Linda Christine Olsen, Kristin Marie Dahle og Peter O. Lura samt ansattes tillitsvalgt Ronny Sætre.
- Rådmennene Sigurd Eike, Jan Erik Nygård, Kristian Birkeland, Pål Nygård, Øyvind Valen og Jostein Førre.
- Toril Hallsjø fra Haugaland Kontrollutvalgssekretariat.

Til behandling forelå:

Sak 1/17 Valg av møteleder

Til møteleder ble Jarle Nilsen enstemmig valgt.

Sak 2/17 Godkjenner av innkalling og dagsorden

Innkalling og dagsorden ble godkjent.

Sak 3/17 Behandling av årsregnskap 2017

Representantskapet godkjenner styrets framlagte årsregnskap for 2017.

Sak 4/17 Framtidig organisering av Haugaland Vekst

Representantskapet fattet følgende vedtak:

1. "Nye Haugaland Vekst" etableres som en slagkraftig aktør for regional utvikling på Haugalandet med virkning fra avtalt dato i løpet av 2018.
2. Ambisjonsnivået til organisasjonen skal til enhver tid bygges på uttalte målsettinger om utvidet regionalt samarbeid og samhandling samt gjennomføring av vedtatt regional utviklingsplan.
3. Selskapet finansieres med et årlig bidrag fra eierkommunene på 6,1 millioner kroner. Årlig sats settes til kr 50.000 per år per kommune samt kr 45 per innbygger per år. I tillegg legges det inn følgende faktorer ved beregning av årlig innbetaling:

Haugesund kommune	1,4
Karmøy kommune	1,0
Tysvær kommune	1,0
Bokn kommune	1,0
Sveio kommune	1,0
Vindafjord kommune	0,6
Etne kommune	0,6
Sauda kommune	0,6
Suldal kommune	0,6
Utsira kommune	0,5

Det forutsettes at satsene skal indeks-justeres. Rogaland og Hordaland fylkeskommuner søkes om med-finansiering.

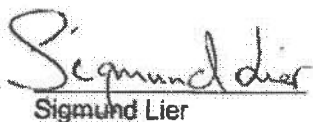
4. Selskapet fortsetter eksisterende organisering som Interkommunalt selskap. Nåværende avtaler mellom eierne og selskapet oppdateres i henhold til endret mandat.
5. Styret bes utarbeide reviderte avtaler og forslag til felles saksutredning som kan benyttes ved beslutninger i kommunestyrene.
6. Nye Haugaland Vekst og ambisjonsnivå evalueres innen våren 2020.

Det forelå ingen flere saker til behandling. Møtet hevet kl 10:15.

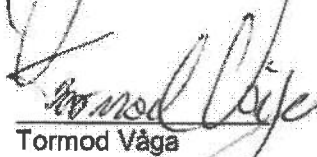
Haugesund den 20.04.2018

Representantskapet for Haugaland Vekst IKS

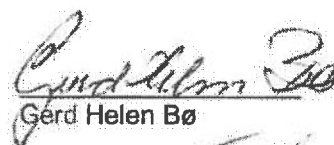

Jarle Nilsen


Sigmund Lier


May Britt Vihovde


Tormod Våga


for Jorunn Skåden


Gerd Helen Bø


Ole Johan Vierdal


Siri Klokkestuen


for Asbjørn Birkeland


Astrid Furumo

HIM
Telefon 52 76 50 50
Telefax 52 76 50 51
e-post: him@him.as



Haugaland
Kontrollutvalgsssekretariat IKS
Mottatt dato: 20.04.18
Journalført: 18/127/ogk
Arkivkode: 217

Representantskapet

Skjold 19.04.18

INNKALLING TIL MØTE 23.05.18 I REPRESENTANTSKAPET HAUGALAND INTERKOMMUNALE MILJØVERK

Det innkalles til møte i representantskapet for Haugaland Interkommunale Miljøverk, jf. §8 i loven og §10 i vedtekten. **Møtet holdes onsdag 23.05.18 kl 15.00-17.00 på Toraneset Miljøpark.**

Saksdokumentene blir sendt ut i uke 19. Dersom noen ikke kan møte, ber vi om å bli varslet snarest over tlf 52 76 50 50 eller e-post: gro.staveland@him.as

Følgende representanter innkalles:

Bokn	Kari Christensen
Bokn	Kjetil Vatnaland
Etne	Ordfører Siri Klokkestuen
Etne	Varaordfører Ingemund Berge
Haugesund	Gudrun Caspersen
Haugesund	Nini Hæggernes
Haugesund	Synnøve Lunde
Haugesund	Arne Trygve Løvvik
Tysvær	Ordfører Sigmund Lier (meldt forfall)
Tysvær	Varaordfører Ola S. Apeland
Vindafjord	Ordfører Ole Johan Vierdal
Vindafjord	Varaordfører Steinar Skartland

Innkallingen sendes også til:
Haugaland kontrollutvalgsssekretariat
Styreleder i HIM, Arild Karlsen

Varamedlemmer som varsles og kan bli innkalt ved forfall:

Bokn	Jørgen Thuestad
Etne	Mette Heidi Bergsvåg Ekrheim
Haugesund	Tor Inge Eidesen
Tysvær	Anita Halsnes (innkalles til møtet)
Vindafjord	Wenche Sandbekken Lilleland

Følgende deltakerkommuner er varslet:

Bokn kommune, ordføreren
Etne kommune, ordføreren
Haugesund kommune, ordføreren
Tysvær kommune, ordføreren
Vindafjord kommune, ordføreren

Innkalling

Evt. merknader til innkallingen

Valg av protokollfører

Valg av 2 representanter til å signere protokollen

Godkjenning av saksliste

Referat- og orienteringssaker

18.01 Protokoll fra møte i Representantskapet 29.11.17

18.02 Orientering om drift i HIM IKS og HIM Transport AS samt Strategisk plan for HIM IKS
v/adm.dir. Gro Staveland

18.03 Orientering om regnskap 2017 samt andre nøkkeltall ved økonomileder Knut Arvid
Hagenberg

Vedtakssaker:

18.04 Årsmelding og regnskap 2017

18.05 Valg av styre i HIM for perioden 2018-2020

Sigmund Lier
Leder i representantskapet



Gro Staveland
Adm direktør

THE NORWEGIAN INTERNATIONAL FILM FESTIVAL HAUGESUND

21

Film & Kino
Haugesund kommune v/Haugesund Kultur- og festivalutvikling KF
Rogaland Fylkeskommune

GENERALFORSAMLING I DEN NORSKE FILMFESTIVALEN AS

Det innkalles til generalforsamling i Den norske filmfestivalen AS, onsdag 23. mai kl. 10.00 i Film & Kinos møterom, 5. etg. på Filmens Hus, Dronningens gate 16, Oslo.

Dagsorden:

1. Valg av møteleder
2. Fortegnelse over fremmøtte aksjeeiere
3. Generalforsamlingens godkjenning av innkallingen
4. Valg av representanter til å underskrive protokollen
5. Godkjenning av styrets årsmelding for 2017
6. Godkjenning av årsregnskap for 2017
7. Revisjonsberetningen for 2017
8. Fastsettelse av honorar for styrets medlemmer.
9. Valg

Vennlig hilsen,
DEN NORSKE FILMFESTIVALEN AS, Haugesund/Oslo, 24. april 2018

Guttorm Petterson (sign.)
Styrets leder

Tonje Hardersen

Tonje Hardersen
Festivaldirektør

Vedlegg:

Styrets årsmelding for 2017

Kopi:

Styrets medlemmer i Den norske filmfestivalen AS
Kontrollutvalget i Haugesund kommune
Rådmann i Haugesund kommune
Revisor

KARMSUND HAVN IKS
Postboks 186
5501 Haugesund
Tlf.: 52703750

Innkalling til møte i havnerådet

Det innkalles med dette til møte i havnerådet, med fremmøte på **Killingøy**

Torsdag 26.04.2018 kl. 14.00

Til behandling foreligger:

- Sak 3/18 Referatsaker (s.2)**
- Sak 4/18 Heving av låneramme** *(unntatt offentlighet jmf. Off.lov §13(2))* **(s.10)**
- Sak 5/18 Opprettelse av Karmsund Havn Eiendom (s.17)**
(unntatt offentlighet jmf. Off.lov §13(2))
- Sak 6/18 Husøyvegen 250 AS** *(unntatt offentlighet jmf. Off.lov §13(2))* **(s.22)**
- Sak 7/18 Avhending av et mindre areal i Kopervik (s.48)**
- Sak 8/18 Årsoppgjør 2017 (s.57)**
- Sak 9/18 Investering i Havnekran på Husøy (s.77)**
- Sak 10/18 Ringvirkningsanalyse (s.85)**

Forfall bes meddelt KH ved havnedirektøren på telefon 52 70 37 50.

Haugesund, 19.04.18



Tore Gautesen
Havnedirektør

Gjenpart til:

- Varamedlemmer
- Ordførere og Rådmenn i Haugesund, Karmøy, Bokn, Bømlo, Sveio og Tysvær
- Havnestyrets leder (Kristine Skeie)

Emne **eINFO 18/1 Redegjørelse for likestilling mv. i årsberetningen**
Avsender Norges Kommunerevisorforbund (NKRF) <post@nkrf.no>
Avsender Bjørn Bråthen <bjorn.brathen@nkrf.no>
Mottaker Norges Kommunerevisorforbund (NKRF) <post@nkrf.no>
Dato 08.01.2018 11:34

roundcube 
Haugaland
Kontrollutvalgssekretariat IKS
Mottatt dato: 08.01.18
Journalført: 18/004/094
Arkivkode: 152

eINFO



Til NKRFs bedriftsmedlemmer

Ny eINFO er tilgjengelig på NKRFs lukkede medlemssider ➔ (www.nkrf.no/medlemssider).

eINFO 18/1 Redegjørelse for likestilling mv. i årsberetningen

Kommuner og fylkeskommuner har fortsatt plikt til å redegjøre for likestilling og diskriminering i årsberetningen. Dette ble resultatet etter at Stortinget i desember sluttet seg til et representantforslag.

Plikten til å redegjøre for likestilling og diskriminering i årsberetningen ble opprinnelig vedtatt opphevet som følge av ny likestillings- og diskrimineringslov, som trådte i kraft 1. januar 2018. Dette ble tolket å få betydning allerede fra årsberetningene for 2017, og Foreningen og god kommunal regnskapsskikk (GKRS) fulgte opp med å oppheve punkt 3.2.1 nr. 4 og 5 i KRS nr. 6 Noter og årsberetning.

På bakgrunn av et representantforslag, som ble vedtatt i Stortinget i desember, ble redegjørelsesplikten likevel videreført.

GKRS har reversert opphevelsen av de aktuelle punktene KRS nr. 6 Noter og årsberetning og justert dem i samsvar med kommuneloven.

Revisor må som tidligere påse at de pliktige redegjørelsene er gitt i årsberetningen, men vil ikke ha noe ansvar for å vurdere innholdet i redegjørelsene (utover en vurdering av konsistensen med regnskapet).

Les hele eINFO 18/1 [her >>](#) ➔

Ha en god dag!

Vennlig hilsen
Norges Kommunerevisorforbund
Telefon 23 23 97 00
Postboks 1417 Vika, 0115 Oslo
Org.nr.: 975 450 694 MVA
www.nkrf.no



Ta miljøhensyn – vurder om du virkelig må skrive ut denne e-posten!

Politikere står fritt til å fortelle fra møter bak lukkede dører

Kommunal Rapport - publisert 05.02.18

BERNT SVARER. Ordfører kan ikke pålegge politikere taushet om hva som er diskutert i et lukket politisk møte, utover det som følger av lov, slår jusprofessor Jan Fridthjof Bernt fast.

I et kommunestyremøte fikk representantene seg forelagt et krav om å undertegne en taushetserklæring før behandlingen startet. Møtet gjaldt oppsigelse av rådmann. Det har i etterkant også kommet fram at det under møtet ble foretatt en «prøveavstemning», som viste at flere var imot en slik oppsigelse. Etter at disse ble gjort gjenstand for belæring, ble det tilslutt fattet et enstemmig vedtak.

Spørsmål 1

Kan en ordfører pålegge kommunestyrerepresentantene å undertegne en erklæring om taushetsplikt i et møte, ut over den generelle taushetsplikt de allerede har som folkevalgte? Er en slik underskrevet taushetsplikt bindende for representantene under enhver omstendighet?

Bernt svarer

Vervet som folkevalgt er et personlig tillitsverv, og det er en sak mellom den folkevalgte og dem som har valgt ham eller henne, hvordan vervet utføres. Det betyr at en folkevalgt ikke kan instrueres, heller ikke om hva han eller hun forteller eller uttaler til media eller andre, verken av ordfører, administrasjonen eller av kommunestyret eller annet folkevalgt organ. Dette gjelder også der et møte i et folkevalgt organ holdes for lukkede dører.

Folkevalgte vil bare ha taushetsplikt så langt dette følger av bestemmelsen i forvaltningsloven § 13. Dette gjelder da konkrete opplysninger som kommer frem i saksdokumenter eller i møtet; om forretningshemmeligheter for private som andre vil kunne utnytte i konkurranse med vedkommende, eller om «personlige forhold» av privat karakter, **altså ikke om hvordan kommunale saksbehandlere og tjenesteytere utfører sine arbeidsoppgaver.**

Det er ordførers og rådmannens ansvar å gjøre de folkevalgte oppmerksom på om det fremkommer opplysninger som er omfattet av denne taushetsplikten. Pålegg om taushetsplikt som går ut over dette, er derimot klart ulovlig. Dette gjelder også pålegg om å skrive under taushetsløfte i mer generell form om alt som har kommet frem ved behandlingen av en sak. Slike erklæringer har ingen bindende kraft for den enkelte folkevalgte.

Det kan være gode grunner for å være tilbakeholden med å gå ut i det offentlige rom med opplysninger og synspunkter som kommer frem i et lukket møte om en slik sensitiv sak, men så lenge det ikke er tale om opplysninger av direkte personlig karakter, i praksis om helseforhold eller andre private problemer, er det i siste instans **opp til den enkelte folkevalgte å avgjøre – ut fra politiske og etiske vurderinger – hva han eller hun vil fortelle sine velgere** om det som har fremkommet og skjedd.

Spørsmål 2

Er en slik «prøveavstemning» innenfor det som loven anser som forsvarlig saksbehandling i et møte, som verken er innkalt på lovlig måte, eller hvor representantene har fått anledning til å sette seg inn i saken på forhånd?

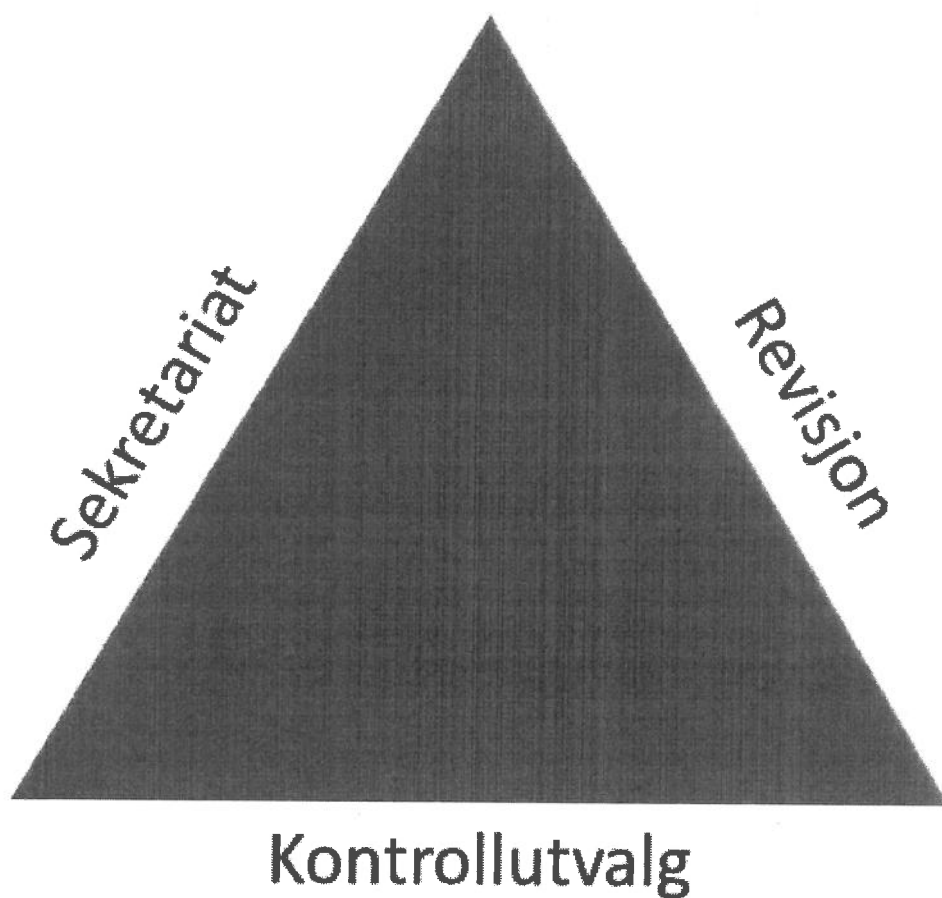
Bernt svarer

«Prøveavstemninger» er en ganske vanlig fremgangsmåte i kollegiale organer. Noen ganger brukes det for å avklare hvor mye støtte ulike alternative forslag til vedtak har blant medlemmene, slik at det er mulig for disse å vurdere om de vil samle seg om færre forslag. I andre situasjoner – slik som denne – kan begrunnelsen være at man ikke ønsker at et vedtak i en vanskelig sak skal treffes med knapt flertall, og at man ønsker å vise at i siste omgang står alle medlemmer bak det vedtaket som det viste seg hadde størst tilslutning. Prøveavstemningen kan også være utgangspunkt for en fortsatt debatt, med sikte på å få medlemmer som har stemt mot et bestemt forslag, til å endre standpunkt.

Dette er en helt legitim fremgangsmåte. Rent teknisk er en slik «prøveavstemning» ikke en votering i kommunelovens forstand, men en form for meningsytring fra medlemmene som ledd i saksbehandlingen i organet. I møteboken bør det angis at man har holdt prøveavstemning og hva som var temaet, men utfallet av denne skal ikke protokolleres.

Når man velger denne fremgangsmåten, er det ofte en underforstått forventning om at man ikke i ettertid skal fortelle om utfallet av denne, eller om egen eller andres stemmegiving. Men de folkevalgte kan heller ikke pålegges taushetsplikt om dette.

Veileder for god skikk og praksis for
kontrollutvalgssekretariatene



Innhold

Veileder for god skikk og praksis for kontrollutvalgssekretariatene	1
0) Forord	3
1) Innledning	4
2) God skikk og praksis for kontrollutvalgssekretariatene	5
3) Kort om kontrollutvalgssekretariat og deres mandat	5
4) Bestiller-utførermodellen	7
5) Arbeidsdeling i bestiller- utførermodellen - Sekretariatets arbeidsoppgaver	7
5.1 Administrasjon	8
5.2 Saksbehandling	9
5.3 Utredning	10
5.4 Rådgivning	13
5.5 Koordinere	14
6) Overordnede anbefalinger	14

Veileder

Hva kan kontrollutvalget forvente
av oppgaveutførelse og kompetanse
fra sekretariatet



FORUM FOR KONTROLL OG TILSYN



Innholdsfortegnelse:

1.	Arbeidsgruppens sammensetning og mandat	2
2.	Bakgrunn	2
3.	Innledning	3
3.1.	Lovkrav	3
3.2.	Kontrollutvalgsboken	3
3.3.	Lovutvalget (NOU 2016:4) om sekretariatene	5
4.	Oppgaveutførelse	5
4.1.	Tilgjengelighet og bemanning	5
4.2.	Kontrollutvalget som oppdragsgiver	6
4.3.	Analyse og plan for forvaltningsrevisjon og selskapskontroll	6
4.4.	Bestiller/utfører modell	8
4.5.	Forberedelse av møte i kontrollutvalget	10
4.6.	Saksbehandling	12
4.7.	Utsending av møteinnkalling	14
4.8.	Avvikling av møte i kontrollutvalget	15
4.9.	Etterarbeid etter møte i kontrollutvalget	15
4.10.	Henvendelser til kontrollutvalget	16
4.11.	Valg av revisjonsordning	16
4.12.	Valg av revisor	17
4.13.	Valg av sekretariatsordning	18
4.14.	Valg av sekretær	19
4.15.	Årsmelding for kontrollutvalget	19
4.16.	Folkevalgtopplæring for kontrollutvalget	19
4.17.	Målform	21
5.	Aktuelle lenker	21

Forslaget til ny kommunelov bidrar til styrket egenkontroll | Norges Kommunerevisorforbund

NKRF er i all hovedsak fornøyd med regjeringens forslag, som støtter opp om mange av forbundets synspunkter.

Forslaget til ny kommunelov bidrar til styrket egenkontroll

19.03.2018

NKRF er i all hovedsak fornøyd med regjeringens forslag, som støtter opp om mange av forbundets synspunkter.



Kommunal- og
moderniseringsminister
Monica Mæland (H)
Foto: KMD/Flickr

Kommunal- og moderniseringsminister Monica Mæland (H) presenterte forslaget til ny kommunelov fredag 16. mars. Hun framhevet at forslaget legger opp til å lovfeste det kommunale selvstyret. Forslaget framstår som modernisert med klart språk og lettere tilgjengelig enn dagens lov, som etter hvert bærer preg av å være «flikket» en del på siden den trådte i kraft i 1993.

Styreleder Per Olav Nilsen i NKRF er i all hovedsak fornøyd med forslaget. NKRF vil imidlertid følge opp en del forhold i forbindelse med Stortingets behandling av lovforslaget, og ikke minst i det påfølgende forskriftsarbeidet.

Økonomiforvaltning mv.

Av viktige forslag knyttet til bestemmelser om økonomiforvaltning mv. kan nevnes at regjeringen foreslår å utvide låneadgangen, ved at det åpnes for å lånefinansiere investeringstilskudd til andre kommuner og kommunalt eide selskaper på områder hvor kommunene har et lovpålagt ansvar. Det foreslås imidlertid en beløpsmessig begrensning i kommunens låneadgang ut fra eierandel.

NKRF er tilfreds med at regjeringen følger opp lovutvalgets forslag til en klarere beregningsmodell for minste tillatte låneavdrag. NKRF har ved flere anledninger tatt opp med departementet at dagens regulering gir grunnlag for flere ulike beregningsmodeller, og at en modell lik den regjeringen nå foreslår gir en mer forsvarlig avdragsprofil på kommunens lånegjeld.

Vi noterer også at regjeringen, i tråd med vår høringsuttalelse, foreslår å begrense låneadgangen ved innfrielse av garantiansvar til kausjoner.

Regnskapsrevisjon

Lovforslaget er i all hovedsak i samsvar med NOU-en. I høringsuttalelsen viste NKRF til pågående arbeid med ny revisorlov og viktigheten av at det ikke blir unødvendige forskjeller i reglene om revisjon i kommuneloven og revisorloven. NKRF ser derfor positivt på at departementet signaliserer at det kan bli aktuelt med en nærmere vurdering av disse bestemmelsene i forbindelse med endringene i revisorloven.



Styreleder Per Olav Nilsen, NKRF

NKRF er også tilfreds med den foreslåtte utvidelsen av regnskapsrevisors oppgaver når det gjelder bevilgningskontroll og forenklet etterlevelseskontroll. Vi støtter regjeringen i at disse oppgavene må utvikles nærmere gjennom god kommunal revisjonsskikk.

Forvaltningsrevisjon

Regjeringen foreslår, i strid med NKRFs høringsuttalelse, å oppheve dagens krav om årlig forvaltningsrevisjon. Dette begrunnes med at det må være rom for at omfanget av forvaltningsrevisjon kan tilpasses til den enkelte kommunen, ut i fra kommunens størrelse, kompleksitet og risikoforhold. Det presiseres imidlertid viktigheten av at kommunene gjennomfører forvaltningsrevisjon regelmessig. Det presiseres også at kravet om en plan for forvaltningsrevisjon må forstås som et krav om å gjennomføre forvaltningsrevisjoner.

Sertifisering av revisor. Nasjonal kvalitetskontroll

Lovforslaget slutter seg i hovedsak til lovutvalgets vurderinger om ikke å innføre lovbestemt sertifisering av kommunale revisorer og en statlig tilsynsordning. Videre sies det at det er behov for mer utredning dersom en nasjonal kvalitetskontrollordning skal innføres. Dette er temaer som NKRF vil ha til vurdering i det videre arbeidet med lov og forskrift.

Kontrollutvalget og kontrollutvalgssekretariatet

Regjeringen foreslår å øke minste antall medlemmer i kontrollutvalget fra tre til fem. Dessuten foreslås det en ny bestemmelse om at lederen av kontrollutvalget ikke kan være medlem av samme parti som ordføreren. Valgbarhetsreglene foreslås utvidet i tråd med lovutvalgets forslag. Dvs. at personer som har en ledende stilling eller som er medlem eller varamedlem av styret eller bedriftsforsamlingen, i et selskap som kommunen har eierinteresser i, ikke vil være valgbare til kontrollutvalget.

Regjeringen foreslår ingen endringer i kontrollutvalgssekretariatets oppgaver eller hvem som kan være sekretariat for kontrollutvalget. Det foreslås heller ingen formelle krav til sekretariatets kompetanse eller krav til størrelsen på sekretariatet.

Flere høringsinstanser hadde innvendinger mot lovforslagets omtale av grensegangen mellom sekretariatets og revisjonens oppgaver. NKRF er tilfreds med at dette klargjøres i lovproposisjonen, hvor det bl.a. sies *at lovforslaget, som er en videreføring av gjeldende rett, ikke forbyr sekretariatet å innhente informasjon og vurdere denne opp mot et regelverk, vedtak og liknende. Det vil tvert imot kunne være saker eller sakstyper hvor dette er en naturlig arbeidsoppgave for sekretariatet.*

Kommunenes styring og kontroll med ekstern virksomhet

Regjeringen foreslår å lovfeste krav om eierskapsmelding. Meldingen skal inneholde en oversikt over alle kommunens aksjeselskaper, interkommunale samarbeid etter IKS-loven, samvirkeforetak, kommunale oppgavefelleskap, vertskommunesamarbeid og kommunale foretak (men ikke stiftelser). Eierskapsmeldingen bør inneholde kommunens overordnede prinsipper for eierstyring og prinsippene for eierstyringen av den enkelte enhet, formålet med den enkelte enhet samt en omtale av virksomheten i hver enhet.

NKRF støtter regjeringen i at det er behov for å styrke kommunens kontroll med ekstern virksomhet som utfører kommunale oppgaver. Sammenliknet med gjeldende rett foreslås innsynsretten til også å omfatte andre virksomheter som utfører oppgaver på vegne av kommunen eller fylkeskommunen.

Innsynsretten skal omfatte all informasjon som er nødvendig for at kommunen skal kunne kontrollere at selskapets forpliktelser etter kontrakten blir oppfylt. Dette vil omfatte selskapets overholdelse av både kommuneplikter og aktørplikter. Den lovfestede innsynsretten bør imidlertid begrenses til det som er nødvendig for å undersøke om kontrakten er oppfylt. Dersom det er ønskelig eller behov for innsyn i andre forhold, må det derfor spesifiseres i avtalen. Innsynsretten må også begrenses til kun å omfatte de delene av virksomheten som utfører et oppdrag for kommunen. Retten åpner opp for inspeksjoner som er nødvendige for å kontrollere at kontrakten blir oppfylt og at kommuneplikter og aktørplikter i lovverket blir oppfylt.

Regjeringen foreslår at kravet om god kommunal revisjonsskikk også vil gjelde for eierskapskontrollen. Dette innebærer at det kun vil være revisor som kan utføre eierskapskontroll på vegne av kontrollutvalget. Kontrollutvalget og kontrollutvalgssekretariatet vil imidlertid på sin side ha som oppgave å planlegge og bestille eierskapskontroller, slik arbeidsdelingen etter gjeldende rett er for forvaltningsrevisjoner. Forslaget begrunnes med at det vil bidra til å styrke kvaliteten på eierskapskontrollen samtidig som den gir en klarere rollefordeling.

Internkontroll

Den foreslåtte internkontrollbestemmelsen er mer omfattende og detaljert enn dagens bestemmelse. Intensjonen med den nye bestemmelsen er at denne i hovedsak skal erstatte internkontrollbestemmelser i særlovgivningen. I lovproposisjonen sies det at forslaget *må inkludere en oppheving av de fleste internkontrollbestemmelser med kommuneplikter i særlovgivningen.*

Kommunedirektøren, som er lovforslagets betegnelse på administrasjonssjefen (rådmannen), er ansvarlig for internkontrollen, og skal minst én gang i året rapportere til kommunestyret om internkontroll og om resultater fra statlig tilsyn.

Statlig tilsyn

Det foreslås at kommunene får partsrettigheter i alle faser av et tilsyn. Fylkesmannen får en tydeligere rolle i å følge opp og ha dialog med kommunene. Det legges også opp til en sterkere samordning mellom det statlige tilsynet og kommunenes egenkontroll. NKRF er tilfreds med at statlige tilsynsmyndigheter gis en plikt til å ta hensyn til det samlede statlige tilsyn med den enkelte kommune og fylkeskommune, og til relevante forvaltningsrevisjonsrapporter i sin planlegging, prioritering og gjennomføring av tilsyn. Videre skal tilsynsmyndighetene ikke prioritere et tilsyn med samme tema som er planlagt eller nylig gjennomført forvaltningsrevisjon, med mindre det foreligger særlige grunner.

Relaterte artikler:

- En ny og moderne kommunelov (KMD)
- Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) (KMD)
- NOU 2016: 4 Ny kommunelov
- NKRFs høringsuttalelse til NOU 2016: 4 Ny kommunelov

SAKSGANG		
Utvalg	Møtedato	Saksnummer
Kontrollutvalget	08.05.18	15/18
Formannskapet	02.06.18	
Bystyret	13.06.18	

Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Odd Gunnar Høie	212	

HAUGESUND KOMMUNE - UTTALE TIL REGNSKAPET FOR 2017

Saksvedlegg:

1. Forslag til uttalelse til årsregnskapet 2017 fra kontrollutvalget
2. Revisjonsberetning for 2017, datert 30.04.18 – fra KPMG AS
3. Hovedoversiktene i regnskapet for 2017
4. Regnskap m/noter for Haugesund kommune 2017 (eget hefte)
5. Årsmelding for Haugesund kommune 2017 (eget hefte)

Bakgrunn:

I Forskrift om kontrollutvalg § 7 heter det at kontrollutvalget skal gi en uttalelse om årsregnskapet før det blir vedtatt av bystyret. Uttalelsen blir gitt til bystyret, men formannskapet skal ha mottatt en kopi av uttalelsen tidnok til at det kan tas hensyn til den før dette organet gir innstilling om årsregnskapet til bystyret. Regnskapet må derfor først legges frem for kontrollutvalget.

Kontrollutvalgsforskriften § 8 sier at kontrollutvalget skal se til at revisor sine merknader i forhold til regnskapet (revisjonsrapport) blir fulgt opp.

Grunnlaget for kontrollutvalgets uttalelse

Grunnlaget for kontrollutvalgets behandling av årsregnskapet er Haugesund kommunes årsregnskap for 2017 m/noter, revisjonsberetning, revisors årsoppgjørsbrev/rapport og rådmannens årsmelding.

Regnskapet

Årsregnskap viser et positivt **brutto driftsresultat** (forholdet mellom driftsutgifter inkl. avskrivninger og driftsinntekter inkl. skatteinntekter og rammeoverføringer) på 123,1 mill. mot revidert budsjett som var anslått til et resultat på 31,7 mill.

Netto driftsresultat er det samme som brutto driftsresultat justert for finansinntekter og finanskostnader. Netto driftsresultat i 2017 ble 142,6 mill. mot justert budsjett som var 45,2 mill. Det utgjør 5 %, som er godt over anbefalte nivået på 1,75 %.

Sum utgifter i investeringsregnskapet var i 2017 på 263,5 mill. Justert for finansieringstransaksjoner og inntekter var finansieringsbehovet på 293,5 mill. Investeringsregnskapet er gjort opp i balanse.

Totalt sett er regnskapet gjort opp med et regnskapsmessig mindreforbruk/overskudd på kr 110,2 millioner.

Noter

For at regnskapet skal gi leserne så god informasjon som mulig, er det viktig at tallene i regnskapet blir supplert med noter som gir tydelig henvisning til hvilke element i årsregnskapet de knytter seg til.

Årsmelding

Etter loven skal det legges fram en årsmelding som skal gi opplysninger om forhold som ikke går fram av regnskapet og som er viktige i vurderingen av kommunens økonomiske situasjon og resultatet av virksomheten, samt om andre forhold av vesentlig betydning for kommunen.

Årsmeldingen skal ifølge årsregnskap- og årsberetningsforskrifta være klar innen 31. mars.

Det er krav om at rådmannen skriver noe om hva som er gjort eller om de planer som er laget innenfor arbeidet med **internkontroll** og arbeidet med å heve **etikken** i kommunen. Det skal også skrives noe om faktiske tilstand når det gjelder **likestilling** i kommunen. Årsrapporten gir utfyllende opplysninger til det talmateriale som går fram av regnskapet.

I forordet til årsmeldingen skriver rådmannen blant annet følgende om økonomien:

Driftsregnskap 2017 viser at kommunen hadde et nettodriftsresultat på 143 millioner kroner i 2017. Netto driftsresultat i prosent av driftsinntekter ble 5 prosent. Dette er et resultat som er betydelig bedre enn vedtatt budsjett la opp til. Budsjettert resultat var 45 millioner kroner. I tillegg hadde kommunen et regnskapsmessig mindreforbruk på 110 millioner kroner som skyldes god kostnadskontroll, økt rammetilskudd, booppgjøret knyttet til Terrasaken og lavere finansutgifter og at det det akkumulerte underskuddet ble dekket inn i 2016.

Regnskap viser at tjenesteområdene samlet hadde 35 millioner kroner i mindreforbruk. Størst var mindreforbruket i Helse og omsorg 18 millioner kroner og kan forklares med god kostnadskontroll, lavere sosialstønad og høyere tilskudd. Samlet hadde Oppvekst et mindreforbruk 9,5 millioner kroner. Mindreforbruket kan i hovedsak forklares med lavere utgifter innen barnehagesektoren. Teknisk tjenesteområde oppnådde balanse. Tjenesteområdet Administrasjon og service (inkludert rådmannen) hadde et samlet mindreforbruk på 7,5 millioner kroner.

Det er mange lyspunkter i driftsregnskapet. Summen av resultatet viser at den omstillingen som er gjennomført de siste årene har gitt resultater.

Medarbeidere, ledere og tillitsvalgte i kommunen gjør en formidabel innsats og bidrar til at kommunen levere gode tjenester og et solid resultat i 2017. Rådmannen mener at godt samarbeid mellom politisk og administrativ ledelse har gjort dette mulig. Jeg benytter også anledningen til å takke hver enkelt medarbeider for innsatsen i 2017. Uten dere hadde denne årsmeldingen vært uten innhold.

Investeringer og satsninger

Brutto investeringer i 2017 var 263 millioner kroner, det er en økning på 162 millioner kroner fra året før. Investeringene er finansiert ved bruk av lån, tilskudd, fond og salg av eiendom.

Generelt om innholdet i en revisorberetning

Forbehold brukes når revisor ønsker å gjøre kommunestyret oppmerksom på forhold som påvirker revisor sin konklusjon av regnskapet. Presiseringer brukes når revisor ønsker å gjøre kommunestyret oppmerksom på forhold som ikke påvirker revisor sin konklusjon om regnskapet totalt sett.

Revisors revisjonsberetning og årsoppgjørsbrev

Revisor har avlagt såkalt ren melding, dvs. uten forbehold eller presiseringer. Revisor konkluderer med at:

«Etter vår mening er medfølgende årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir en dekkende fremstilling av den finansielle stillingen til Haugesund kommune per 31. desember 2017, og av resultatet for regnskapåret avsluttet per denne dato i samsvar med lov, forskrift og god kommunal regnskapsskikk i Norge.»

Dersom utvalget mener det er vesentlige forhold som er av en slik betydning at det gir grunnlag for merknader eller kommentarer, kan dette tas inn i uttalelsen eller at utvalget vedtar en frist (for eksempel innen 01.09.18) for tilbakemelding om at påpekte forhold er rettet opp av administrasjonen.

Kontrollutvalgets uttalelse

På bakgrunn av tilsendte dokumenter har sekretariatet utarbeidet et forslag til uttalelse til regnskapet for 2017 (vedlegg 1). Det vil bli gitt utfyllende opplysninger fra rådmann og revisor til dokumentene i møtet.

Kontrollutvalget må vurdere om det er forhold i regnskapet de vil kommentere i sin uttalelse til bystyret, basert på dokumentene og orienteringen gitt i møtet.

SEKRETARIATETS FORSLAG TIL VEDTAK:

Kontrollutvalget vedtar vedlagte uttalelse til Haugesund kommunes årsregnskap for 2017 slik den foreligger/ med disse endringene/ med disse tilleggene....

Aksdal, 30.04.18



Odd Gunnar Høie
Seniorrådgiver/utvalgssekretær

Til Haugesund bystyre

Kontrollutvalgets uttalelse til Haugesund kommunes årsregnskap for 2017

Innledning

Kontrollutvalget har i møte 08.05.18, sak 15/18 behandlet Haugesund kommunes årsregnskap for 2017.

Årsregnskapet består av driftsregnskap, investeringsregnskap, balanseregnskap, økonomiske oversikter, noteopplysninger og pliktige budsjettopplysninger.

Grunnlaget for uttalelsen

Grunnlaget for kontrollutvalgets behandling av kommunens årsregnskap er det avlagte årsregnskapet med noter, revisjonsberetning og rådmannens årsberetning.

I tillegg har økonomisjef og oppdragsansvarlig revisor supplert kontrollutvalget med muntlig informasjon om aktuelle problemstillinger under behandlingen av årsregnskapet i kontrollutvalget.

Kontrollutvalgets uttalelse:

Haugesund kommunes årsregnskap for 2017 er gjort opp med et regnskapsmessig overskudd på kr 110,2 millioner.

Kontrollutvalget har merket seg at årsregnskapet viser netto driftsresultat på 142,6 millioner. Dette gir et resultat på 5 % som er godt over et anbefalt nivå på 1,75 %.

Under henvisning til utvalgets egen gjennomgang av regnskapsdokumentene og revisjonsberetningen, mener kontrollutvalget at årsregnskapet totalt sett gir et forsvarlig uttrykk for resultatet av kommunens virksomhet i 2017 og for kommunens økonomiske stilling pr. 31.12.17.

Ut over ovennevnte har kontrollutvalget ingen merknader til Haugesund kommunes årsregnskap for 2017.

Haugesund, 8. mai 2018

Gudvin Selsås
Kontrollutvalgsleder

Kopi: Formannskapet



KPMG AS
Karmsundgata 72
5529 Haugesund

Telephone +47 04063
Fax +47 52 70 37 70
Internet www.kpmg.no
Enterprise 935 174 627 MVA

2

Til kommunestyret i Haugesund kommune

Haugaland
Kontrollutvalgssekretariat IKS

Mottatt dato: 02.05.18
Journalført: 18/138/096
Arkivkode: 212

Uavhengig revisors beretning

Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

Konklusjon

Vi har revidert Haugesund kommunes årsregnskap som viser kr 1 827 155 446 til fordeling drift og et regnskapsmessig mindreforbruk på kr 110 213 995. Årsregnskapet består av balanse per 31. desember 2017, driftsregnskap og investeringsregnskap og økonomiske oversikter for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter til årsregnskapet, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening er det medfølgende årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir en dekkende fremstilling av den finansielle stillingen til Haugesund kommune per 31. desember 2017, og av resultatet for regnskapsåret avsluttet per denne datoen i samsvar med lov, forskrift og god kommunal regnskapsskikk i Norge.

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder de internasjonale revisjonsstandardene International Standards on Auditing (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet i Revisors oppgaver og plikter ved revisjon av årsregnskapet. Vi er uavhengige av kommunen slik det kreves i lov og forskrift, og har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Øvrig informasjon

Administrasjonssjefen er ansvarlig for øvrig informasjon. Øvrig informasjon består av informasjon i kommunens årsrapport, men inkluderer ikke årsregnskapet og revisjonsberetningen.

Vår uttalelse om revisjonen av årsregnskapet dekker ikke øvrig informasjon, og vi attesterer ikke den øvrige informasjonen.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese øvrig informasjon med det formål å vurdere hvorvidt det foreligger vesentlig inkonsistens mellom øvrig informasjon og årsregnskapet, kunnskap vi har opparbeidet oss under revisjonen, eller hvorvidt den tilsynelatende inneholder vesentlig feilinformasjon.

Dersom vi hadde konkludert med at den øvrige informasjonen inneholder vesentlig feilinformasjon, er vi pålagt å rapportere om det. Vi har ingenting å rapportere i så henseende.

Administrasjonssjefens ansvar for årsregnskapet

Administrasjonssjefen er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet i samsvar med lov og forskrifter, herunder for at det gir en dekkende fremstilling i samsvar med lov, forskrift og god kommunal regnskapsskikk i Norge. Administrasjonssjefen er også ansvarlig for slik intern kontroll som den finner nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller feil.

Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Vårt mål med revisjonen er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betryggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at

Offices in:

KPMG AS, a Norwegian limited liability company and member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity.

Statsautoriserte revisorer - medlemmer av Den norske Revisorforening

Oslo	Finnnes	Molde	Straume
Alta	Hamar	Skien	Tromsø
Arendal	Haugesund	Sandefjord	Trondheim
Bergen	Klarvik	Sandnessjøen	Tynset
Bodø	Kristiansund	Stavanger	Ålesund
Elverum	Mol i Rana	Stord	

en revisjon utført i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir vurdert som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke økonomiske beslutninger som brukerne foretar basert på årsregnskapet.

Som del av en revisjon i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, utøver vi profesjonelt skjønn og utviser profesjonell skepsis gjennom hele revisjonen. I tillegg:

- identifiserer og anslår vi risikoen for vesentlig feilinformasjon i regnskapet, enten det skyldes misligheter eller utilsiktede feil. Vi utformer og gjennomfører revisjonshandlinger for å håndtere slike risikoer, og innhenter revisjonsbevis som er tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon. Risikoen for at vesentlig feilinformasjon som følge av misligheter ikke blir avdekket, er høyere enn for feilinformasjon som skyldes utilsiktede feil, siden misligheter kan innebære samarbeid, forfalskning, bevisste utelatelser, uriktige fremstillinger eller overstyring av intern kontroll.
- opparbeider vi oss en forståelse av den interne kontroll som er relevant for revisjonen, for å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige etter omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av kommunens interne kontroll.
- evaluerer vi om de anvendte regnskapsprinsippene er hensiktsmessige og om regnskapsestimatene og tilhørende noteopplysninger utarbeidet av administrasjonssjefen er rimelige.
- evaluerer vi den samlede presentasjonen, strukturen og innholdet, inkludert tilleggsopplysningene, og hvorvidt årsregnskapet representerer de underliggende transaksjonene og hendelsene på en måte som gir en dekkende fremstilling.

Vi kommuniserer med kontrollutvalget og administrasjonssjefen blant annet om det planlagte omfanget av revisjonen og til hvilken tid revisjonsarbeidet skal utføres. Vi utveksler også informasjon om forhold av betydning som vi har avdekket i løpet av revisjonen, herunder om eventuelle svakheter av betydning i den interne kontrollen.

Uttalelse om øvrige lovmessige krav

Konklusjon om budsjett

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, mener vi at de disposisjoner som ligger til grunn for årsregnskapet i det alt vesentlige er i samsvar med budsjettvedtak, og at budsjettbeløpene i årsregnskapet stemmer med regulert budsjett.

Konklusjon om årsberetningen

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, mener vi at opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet er konsistente med årsregnskapet og i samsvar med lov og forskrifter.

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av kommunens regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringsskikk i Norge.

Haugesund 30. april 2018
KPMG AS



Roald Stakland
Statsautorisert revisor

HAUGESUND KOMMUNE **REGNSKAP 2017**

*

**HOVEDOVERSIKTER
BALANSEREGNKSAP
NOTER**

*

LEGATER, STIFTELSE, GAVEFOND

*

IUA HAUGESUND REGION

*

HAUGESUND KULTUR OG FESTIVALUTVIKLING KF

Innhold

1. HOVEDOVERSIKTER

	Side
Haugesund kommune – Driftsregnskapet (regnskapsskjema 1 A)	1
Haugesund kommune – Sammendrag driftsregnskapet (regnskapsskjema 1 B)	2
Haugesund kommune – Investeringsregnskapet (regnskapsskjema 2 A)	4
Haugesund kommune – Sammendrag investeringsregnskapet (regnskapsskjema 2 B)	5
Haugesund kommune – Hovedoversikt drift	8
Haugesund kommune – Hovedoversikt investering	9
Haugesund kommune – Hovedoversikt balanse	10

2. BALANSEREGNSKAP

Haugesund kommune – Detaljert balanseregnskap	11
Haugesund kommune – Oversikt ubrukte lånemidler pr 31.12.16	24
Haugesund kommune - Revisjonsberetning	25

3. NOTER

Noter – forskriftsbestemte:

Note nr. 1 – Spesifikasjon av endring i arbeidskapital	27
Note nr. 2 – Pensjon – regnskapsføring av premieavvik – pålagte pensjonsforpliktelser (HKP, KLP, SPK)	28
Note nr. 3 – Kommunale garantier	36
Note nr. 4 – Fordringer og gjeld til KF og IKS	37
Note nr. 5 – Finansielle anleggsmidler – aksjer og andeler	38
Note nr. 6 – Samlede avsetninger og bruk av fond	40
Note nr. 7 – Kapitalkonto	41

Noter – GKRS-bestemte (God kommunal regnskapsskikk):

Note nr. 8 – Ytelser til ledende personer og revisorhonorar	42
Note nr. 9 – Regnskapsprinsipper og vurderingsregler	43
Note nr. 10 – Organisering av kommunens virksomhet	45
Note nr. 11 – Anleggsmidler	47
Note nr. 12 – Beregning av minimumsavdrag 2017 – vekting avdragstid	48
Note nr. 13 – Lånegjeld	49
Note nr. 14 – Gjeldsforpliktelse fordelt på selvkostområdet og øvrig virksomhet	50
Note nr. 15 – Vesentlige forpliktelser (leasing- og leieavtaler)	51
Note nr. 16 – Beregning av selvkosttjenester	52
Note nr. 17 – Rentesikringsavtaler	54

4. LEGATER, STIFTELSE OG GAVEFOND

Vedlegg 1

5. IUA HAUGESUND REGION

(Interkommunalt utvalg mot akutt forurensing)

Vedlegg 2

6. HAUGESUND KULTUR OG FESTIVALUTVIKLING KF (KUF)

Vedlegg 3

REGNSKAPSSKJEMA 1 A				
Regnskapsskjema 1 A - Drift	Regnskap 2017	Justert budsjett 2017	Opprinnelig budsjett 2017	Regnskap 2016
Skatt på inntekt og formue	-1 015 625 705,94	-1 053 893 000,00	-1 053 893 000,00	-980 578 405,94
Ordinært rammetilskudd	-881 484 552,11	-841 579 000,00	-841 579 000,00	-839 050 044,00
Skatt på eiendom	-112 780 397,54	-112 000 000,00	-112 000 000,00	-99 353 457,46
Andre generelle statstilskudd	-7 450 253,07	-11 000 000,00	-11 000 000,00	-9 053 478,00
Sum frie disponible inntekter	-2 017 340 908,66	-2 018 472 000,00	-2 018 472 000,00	-1 928 035 385,40
Renteinntekter og utbytte	-44 759 079,73	-51 000 000,00	-51 000 000,00	-53 010 250,62
Renteutgifter og lånekostnader	57 624 600,00	70 072 000,00	70 072 000,00	70 385 626,80
Avdrag på lån	69 370 713,96	69 000 000,00	69 000 000,00	69 285 466,00
Netto finansinntekter/-utgifter	82 236 234,23	88 072 000,00	88 072 000,00	86 660 842,18
Til dekn. av tidligere års merfor	55 350 886,81	55 351 000,00	47 000 000,00	58 508 000,00
Til ubundne avsetninger	132 600,00	0,00	0,00	0,00
Til bundne avsetninger	12 354,00	0,00	0,00	13 593,00
Bruk av tidligere års mindrefor	-55 350 886,81	-8 351 000,00	0,00	-479 601,00
Netto avsetninger	144 954,00	47 000 000,00	47 000 000,00	58 041 992,00
Overført til investeringsregnskapet	2 625 000,00	2 625 000,00	2 625 000,00	
Til fordeling drift	-1 827 155 445,99	-1 860 812 000,00	-1 827 825 000,00	-1 733 464 273,38
Merforbruk/mindreforbruk	110 213 995,41	0,00	0,00	42 247 905,16

REGNSKAPSSKJEMA 1 B				
Regnskapsskjema 1 B - Drift	Regnskap 2017	Justert budsjett 2017	Opprinnelig budsjett 2017	Regnskap 2016
Rådmann	33 443 458,22	36 727 000,00	35 896 000,00	33 650 335,05
IKT	19 615 557,31	19 268 000,00	19 215 000,00	17 963 656,81
Servicesenteret	22 011 913,15	22 609 888,00	23 836 000,00	21 518 319,99
Personal og organisasjon	23 758 734,39	25 258 112,00	23 444 000,00	21 109 444,85
Økonomienheten	19 250 701,94	20 940 000,00	20 464 000,00	19 597 320,08
PPT	9 731 299,99	10 482 000,00	10 261 000,00	9 602 711,24
Adm og ledelse	1 331 121,13	2 094 000,00	2 075 000,00	6 857,40
Oppvekst	1 352 293,23	1 396 000,00	1 298 000,00	1 252 005,24
Helse-omsorg	1 633 964,64	7 984 000,00	9 633 000,00	1 246 457,11
Tekniske tjenester	2 432 419,89	2 759 000,00	2 727 000,00	1 443 462,17
Helse-barn og unge	16 647 144,75	17 302 000,00	16 974 000,00	14 765 846,77
Felles Institusjonsdrift	1 749 008,97	10 460 000,00	11 029 000,00	799 011,45
Fellestjenester	5 030 674,13	6 121 000,00	5 592 000,00	4 770 787,51
Felles skole	23 772 495,22	21 369 000,00	31 312 000,00	24 732 208,34
Felles barnehage	246 702 007,24	253 596 000,00	253 636 000,00	242 042 063,40
Pedagogisk støtteenhet for barnehage	34 962 647,31	36 438 000,00	35 631 000,00	35 509 423,24
Hemmingstad barnehage	6 614 568,00	6 817 000,00	6 611 000,00	6 322 014,06
Sagatun barnehage	4 698 427,16	4 816 000,00	4 696 000,00	4 749 668,28
Bleikmyr barnehage	6 523 867,91	6 640 000,00	6 487 000,00	6 494 671,47
Solandsbakken barnehage	8 991 433,84	9 007 000,00	8 849 000,00	8 707 708,98
St. Olavs barnehage	5 270 381,78	5 579 000,00	4 642 000,00	4 721 848,79
Lillesund skole	41 541 931,33	40 743 000,00	38 092 000,00	39 250 178,21
Rossabø skole	25 300 228,49	25 425 000,00	24 835 000,00	24 874 375,53
Gard skole	27 276 395,91	27 389 000,00	24 883 000,00	25 284 847,46
Solvang skole	26 569 245,97	26 281 000,00	24 564 000,00	25 314 063,98
Saltveit skole	8 509 645,02	9 187 000,00	8 523 000,00	7 755 391,65
Austrheim skole	30 039 140,54	30 177 000,00	28 080 000,00	29 800 337,10
Brakahaug skole	12 451 667,85	12 385 000,00	12 047 000,00	11 685 589,55
Haraldsvang skole og Fagerheim	36 229 273,25	36 984 000,00	36 650 000,00	35 938 573,77
Håvåsen skole	35 608 936,52	35 188 000,00	33 759 000,00	35 675 660,91
Hauge skole	30 574 067,46	29 302 000,00	28 195 000,00	27 691 791,51
Røvær skole	3 564 074,15	3 594 000,00	4 302 000,00	4 613 537,47
Skåredalen skole	33 842 726,93	33 639 000,00	31 856 000,00	33 212 568,53
Breidablik læringscenter	21 029 757,79	23 926 000,00	23 102 000,00	18 938 625,72
Kulturskolen	7 127 117,83	7 127 000,00	6 972 000,00	6 668 747,37
Helse og forebygging	51 276 286,32	48 524 000,00	48 010 000,00	49 986 390,07
NAV kommune	64 316 053,56	87 807 000,00	87 190 000,00	68 835 473,47
Barnevernet	71 642 079,46	71 281 000,00	70 739 000,00	69 888 053,75
Felles helse-omsorg 30014-90500	235 013,00	0,00	0,00	-4 170 824,71
Vedtakskontoret	108 164 020,29	107 860 000,00	103 881 000,00	102 701 125,61
Tiltak og Bolig	199 812 359,28	194 225 000,00	189 707 000,00	
Tiltaksenheten	0,00	0,00	0,00	67 972 755,02
Boligenheten	0,00	0,00	0,00	115 430 647,40
Bjergene omsorgssenter	78 739 729,64	73 529 000,00	71 473 000,00	73 342 790,15
Sentrum Behandlingssenter SBS	65 457 344,14	65 022 000,00	63 910 000,00	65 497 110,74
Haraldsvang omsorgssenter	64 038 085,98	61 451 000,00	59 109 000,00	59 901 720,28
Udland omsorgssenter	81 587 028,54	83 784 000,00	81 690 000,00	77 335 131,40
Kjøkkendrft	13 780 467,60	13 722 000,00	12 625 000,00	12 774 448,12
Hjemmetjenesten	19 628 072,48	18 960 000,00	17 599 000,00	22 420 237,06
Psykisk helse og rus	54 572 570,38	53 357 000,00	53 249 000,00	45 815 031,57
Undervisningssykehjem	267 357,51	565 000,00	512 000,00	524 270,80
Enhet for byutvikling	15 724 884,16	14 407 000,00	13 832 000,00	15 126 991,75
Brann og redning	31 831 090,44	30 833 000,00	30 336 000,00	28 953 659,91
Teknisk driftsavgd ekskl. VAR	32 402 138,26	36 432 000,00	35 957 000,00	31 683 189,87

Regnskapsskjema 1 B - Drift	Regnskap 2017	Justert budsjett 2017	Opprinnelig budsjett 2017	Regnskap 2016
Teknisk driftsavg. VAR	-49 340 706,36	-45 635 000,00	-45 721 000,00	-46 426 240,69
Bygg og vedlikeholdsenheten	127 683 742,34	121 930 000,00	120 861 000,00	110 962 236,29
Kultur og festivalutvikling KF	46 387 259,45	45 618 000,00	44 865 000,00	44 874 326,14
Kirkelig fellesråd	19 500 000,00	19 280 000,00	18 983 000,00	19 221 000,00
Ressurskrevende tjenester	-54 323 000,00	-62 500 000,00	-62 500 000,00	-56 181 000,00
Brukerbetaling PRO	-51 414 759,72	-48 650 000,00	-48 650 000,00	-50 714 361,61
Sum fordelt drift	1 827 155 445,99	1 860 812 000,00	1 827 825 000,00	1 733 464 273,38

REGNSKAPSSKJEMA 2 A				
Regnskapsskjema 2 A - Investering	Regnskap 2017	Justert budsjett 2017	Opprinnelig budsjett 2017	Regnskap 2016
Investeringer i anleggsmidler	263 501 799,84	199 250 000,00	357 095 000,00	101 695 258,14
Utlån og forskutteringer	37 961 554,00	0,00	0,00	6 771 000,00
Kjøp av aksjer og andeler	13 199 875,00	0,00	0,00	10 386 955,00
Avdrag på lån	22 580 622,00	0,00	0,00	21 567 050,00
Avsetninger	21 764 571,60	0,00	0,00	45 431 405,14
Årets finansieringsbehov	359 008 422,44	199 250 000,00	357 095 000,00	185 851 668,28
Bruk av lånemidler	-231 307 643,56	-143 075 000,00	-275 677 000,00	-6 771 000,00
Inntekter fra salg av anleggsmid.	-14 421 893,00	-21 200 000,00	-21 200 000,00	-43 571 335,62
Tilskudd til investeringer	-13 048 024,54	0,00	-5 114 000,00	-82 435 125,00
Kompensasjon merverdiavgift	-37 336 505,00	-32 350 000,00	-52 479 000,00	-13 340 244,57
Mottatte avdrag på utlån og ref.	-23 254 915,25	0,00	0,00	-25 441 552,69
Andre inntekter	-710 317,40	0,00	0,00	-284 415,40
Overført fra driftsregnskapet	-3 382 199,00	-2 625 000,00	-2 625 000,00	0,00
Bruk av avsetninger	-35 546 924,69	0,00	0,00	-14 007 995,00
Sum finansiering	-359 008 422,44	-199 250 000,00	-357 095 000,00	-185 851 668,28
Udekket/udisponert	0,00	0,00	0,00	0,00

HOVEDOVERSIKT DRIFT					
	NOTER	Regnskap 2017	Just budsjett 2017	Budsjett vedtatt 2017	Regnskap 2016
Driftsinntekter					
Brukerbetalinger		-83 920 455,87	-79 560 000,00	-79 516 000,00	-82 049 068,39
Andre salgs- og leieinntekter		-206 476 889,08	-202 959 000,00	-202 948 000,00	-198 649 367,24
Overføringer med krav til motytelser		-343 558 327,67	-278 325 000,00	-247 809 000,00	-332 368 055,61
Rammetilskudd fra staten		-881 484 552,11	-841 579 000,00	-841 579 000,00	-839 050 044,00
Andre statlige overføringer		-151 149 901,07	-120 483 000,00	-90 730 000,00	-128 081 465,35
Andre overføringer		-7 180 312,89	-1 680 000,00	-1 680 000,00	-5 089 997,03
Skatt på inntekt og formue		-1 015 625 705,94	-1 053 893 000,00	-1 053 893 000,00	-980 578 405,94
Eiendomsskatt		-112 780 397,54	-112 000 000,00	-112 000 000,00	-99 353 457,46
Sum driftsinntekter		-2 802 176 542,17	-2 690 479 000,00	-2 630 155 000,00	-2 665 219 861,02
Lønnsutgifter		1 319 503 995,83	1 287 771 000,00	1 196 757 000,00	1 257 787 684,34
Sosiale utgifter		336 775 065,64	344 113 000,00	321 052 000,00	325 102 018,90
Kjøp av varer og tj. som inngår i tj.p.		470 173 690,49	472 011 000,00	444 103 000,00	468 733 753,59
Kjøp av tj. som erstatter tjenestep.		406 805 556,93	397 409 000,00	393 932 000,00	388 166 582,25
Overføringer		240 426 467,83	249 648 000,00	330 804 000,00	228 135 875,34
Avskrivninger	11	101 220 436,96	100 832 000,00	96 355 000,00	100 374 323,00
Fordelte utgifter		-195 804 722,80	-192 973 000,00	-189 116 000,00	-191 878 552,99
Sum driftsutgifter		2 679 100 490,88	2 658 811 000,00	2 593 887 000,00	2 576 421 684,43
Brutto driftsresultat		-123 076 051,29	-31 668 000,00	-36 268 000,00	-88 798 176,59
Finansinntekter					
Renteinntekter, utbytte og eieruttak		-45 452 643,89	-51 762 000,00	-51 700 000,00	-53 849 572,44
Mottatte avdrag på lån		-61 131,12	-80 000,00	-80 000,00	-76 279,57
Sum eksterne finansinntekter		-45 513 775,01	-51 842 000,00	-51 780 000,00	-53 925 852,01
Renteutgifter og låneomkostninger	13	57 650 340,02	70 072 000,00	70 072 000,00	70 392 060,04
Avdragsutgifter	12	69 370 713,96	69 000 000,00	69 000 000,00	69 285 466,00
Utlån		167 115,62	50 000,00	50 000,00	169 483,56
Sum eksterne finansutgifter		127 188 169,60	139 122 000,00	139 122 000,00	139 847 009,60
Resultat eksterne finansieringstrans.		81 674 394,59	87 280 000,00	87 342 000,00	85 921 157,59
Motpost avskrivninger		-101 220 436,96	-100 832 000,00	-96 355 000,00	-100 374 323,00
Netto driftsresultat		-142 622 093,66	-45 220 000,00	-45 281 000,00	-103 251 342,00
Bruk av tidl. års mindre forbruk		-55 350 886,81	-8 351 000,00	0,00	-479 601,00
Bruk av bundne fond	6	-10 740 698,93	-9 749 000,00	-4 991 000,00	-12 210 860,29
Sum bruk av avsetninger		-66 091 585,74	-18 100 000,00	-4 991 000,00	-12 690 461,29
Overført til investeringsregnskapet		3 382 199,00	2 625 000,00	2 625 000,00	0,00
Dekning av tidl. års merforbruk		55 350 886,81	55 351 000,00	47 000 000,00	58 508 000,00
Avsetninger til disposisjonsfond		801 490,00	0,00	0,00	
Avsetninger til budne fond	6	38 965 108,18	5 344 000,00	647 000,00	15 185 898,13
Sum avsetninger		98 499 683,99	63 320 000,00	50 272 000,00	73 693 898,13
Regn. merforbruk/mindre forbruk		-110 213 995,41	0,00	0,00	-42 247 905,16

HOVEDOVERSIKT INVESTERING					
	NOTER	Regnskap 2017	Just budsjett 2017	Budsjett vedtatt 2017	Regnskap 2016
Inntekter					
Salg av driftsmidler og fast eiendom		-14 421 893,00	-21 200 000,00	-21 200 000,00	-43 571 335,62
Andre salgsinntekter		-661 673,40	0,00	0,00	-284 322,40
Overføringer med krav til motytelse		-7 639 024,54	-5 114 000,00	0,00	-2 079 119,00
Statlige overføringer		-5 409 000,00	0,00	0,00	-80 356 006,00
Kompensasjon merverdiavgift		-37 336 505,00	-52 479 000,00	-32 350 000,00	-13 340 244,57
Renteinntekter, utbytte og eieruttak		-8 644,00	0,00	0,00	-93,00
Sum inntekter		-65 476 739,94	-78 793 000,00	-53 550 000,00	-139 631 120,59
Utgifter					
Lønnsutgifter		9 979,18	0,00	0,00	
Varer og tj. i kom. egenproduksjon		224 055 315,66	301 250 000,00	164 480 000,00	86 054 873,97
Kjøp av tj.som erstatter egenprod.		0,00	0,00	0,00	139,60
Overføringer		39 436 505,00	55 845 000,00	34 770 000,00	15 640 244,57
Sum utgifter		263 501 799,84	357 095 000,00	199 250 000,00	101 695 258,14
Finanstransaksjoner					
Avdragsutgifter	13	22 580 622,00	0,00	0,00	21 567 050,00
Utlån		37 961 554,00	0,00	0,00	6 771 000,00
Kjøp av aksjer og andeler	5	13 199 875,00	0,00	0,00	10 386 955,00
Avsatt til ubundne investeringsfond	6	0,00	0,00	0,00	26 147 897,84
Avsetninger til bundne fond	6	21 764 571,60	0,00	0,00	19 283 507,30
Sum finansieringstransaksjoner		95 506 622,60	0,00	0,00	84 156 410,14
Finansieringsbehov		293 531 682,50	278 302 000,00	145 700 000,00	46 220 547,69
Dekket slik:					
Bruk av lån		-231 307 643,56	-275 677 000,00	-143 075 000,00	-6 771 000,00
Mottatte avdrag på utlån		-23 254 915,25	0,00	0,00	-25 441 552,69
Salg av aksjer og andeler	5	-40 000,00	0,00	0,00	0,00
Overføring fra driftsregnskapet		-3 382 199,00	-2 625 000,00	-2 625 000,00	0,00
Bruk av ubundne investeringsfond	6	-14 263 298,00	0,00	0,00	0,00
Bruk av bundne fond	6	-21 283 626,69	0,00	0,00	-14 007 995,00
Sum finansiering		-293 531 682,50	-278 302 000,00	-145 700 000,00	-46 220 547,69
Udekket/udisponert		0,00	0,00	0,00	0,00

HOVEDOVERSIKT BALANSE			
Økonomiske oversikter	NOTER	Regnskap 2017	Regnskap 2016
(A) Anleggsmidler			
Faste eiendommer og anlegg	10	2 365 312 855,00	2 221 321 565,00
Utstyr, maskiner og transportmidler	10	85 972 485,04	85 921 401,00
Utlån		327 132 873,79	311 679 974,94
Aksjer og andeler	5	214 443 658,00	201 303 783,00
Pensjonsmidler	2	2 839 757 076,00	2 617 513 696,00
Sum anleggsmidler		5 832 618 947,83	5 437 740 419,94
(B) Omløpsmidler			
Kortsiktige fordringer		215 046 367,45	179 948 631,87
Premieavvik	2	236 908 607,00	224 269 509,00
Kasse, bankinnskudd		454 403 511,99	272 534 226,15
Sum omløpsmidler		906 358 486,44	676 752 367,02
SUM EIENDELER (A+B)		6 738 977 434,27	6 114 492 786,96
(C) Egenkapital			
Disposisjonsfond	6	-801 490,00	0,00
Bundne driftsfond	6	-85 403 701,66	-57 179 292,41
Ubundne investeringsfond	6	-11 884 599,84	-26 147 897,84
Bundne investeringsfond	6	-21 718 459,11	-21 237 514,20
Regnskapsmessig mindreforbruk		-131 723 765,21	-76 860 656,61
Regnskapsmessig merforbruk		0,00	55 350 886,81
Prinsippendringer		-4 369 435,75	-4 369 435,75
Kapitalkonto	7	-506 906 126,93	-418 688 031,61
SUM EGENKAPITAL (C)		-762 807 578,50	-549 131 941,61
(D) Gjeld			
Pensjonsforpliktelse	2	-3 283 391 550,00	-3 116 921 831,00
Ihendehaverobligasjonslån	13	-225 214 000,00	-69 507 000,00
Sertifikatlån	13	0,00	-76 000 000,00
Andre lån	13	-1 941 110 085,04	-1 939 693 421,00
Sum langsiktig gjeld		-5 449 715 635,04	-5 202 122 252,00
Kassekredittlån		-172 712 587,20	-62 748 267,00
Annen kortsiktig gjeld		-353 741 633,53	-300 490 326,35
Sum kortsiktig gjeld		-526 454 220,73	-363 238 593,35
SUM GJELD (D)		-5 976 169 855,77	-5 565 360 845,35
SUM EGENKAPITAL OG GJELD (C+D)		-6 738 977 434,27	-6 114 492 786,96
MEMORIAKONTI			
Ubrukte lånemidler		122 402 873,83	180 635 517,39
Andre memoriakonti		-14 489 383,85	-8 000 279,08
Motkonto for memoriakontiene		-107 913 489,98	-172 635 238,31

SAKSGANG		
Utval	Møtedato	Saksnummer
Kontrollutvalget	08.05.18	16/18
Formannskapet	02.06.18	
Bystyret	13.06.18	

Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Odd Gunnar Høie	212	

KULTUR- OG FESTIVALUTVIKLING KF – UTTALE TIL REGNSKAPET FOR 2017

Saksvedlegg:

1. Forslag til uttalelse til KUF regnskapet 2017 fra kontrollutvalget
2. Revisjonsberetning for 2017 fra KPMG AS - usignert
3. Hovedoversikt regnskapet KUF 2017
4. Årsmelding for Kultur og Festivalutvikling KF 2017 (eget vedlegg)

Saksorientering:

Styret for Kultur og Festivalutvikling KF skal behandle regnskapet og årsmeldingen i møtet den 30.05.18. Det framgår av årsregnskapet at selskapet i 2017 har hatt brutto driftsutgifter på 92 mill. og brutto driftsinntekter på 94,8 mill. som gir et netto positivt driftsresultat på kr 3,5 mill. Det regnskapsmessige **overskuddet er på 3,2 mill.** etter finanstransaksjoner. Det er foreslått at overskuddet settes av til fond.

Innholdet i revisors beretning:

Revisors beretning er avlagt uten merknader til regnskapet og revisor konkluderer med følgende:

"Etter vår mening er det medfølgende særregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir en dekkende fremstilling av den finansielle stillingen til Haugesund kultur- og festivalutvikling KF per 31. desember 2017, og av resultatet for regnskapåret avsluttet per denne dato i samsvar med lov, forskrift og god kommunal regnskapsskikk i Norge."

Revisjonsberetningen vil bli endelig godkjent og signert etter styrets behandling.

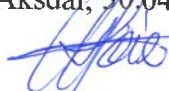
Konklusjon:

På bakgrunn av tilsendte dokumenter har sekretariatet utarbeidet et forslag til uttalelse til særregnskapet for 2017.

SEKRETARIATETS FORSLAG TIL VEDTAK:

Kontrollutvalget vedtar vedlagte uttalelse til KUF sitt årsregnskap 2017 slik den foreligger/ med disse endringene/med disse tilleggene.....

Aksdal, 30.04.18



Odd Gunnar Høie
Seniorrådgiver/utvalgssekretær

Til Haugesund bystyre

Kontrollutvalgets uttalelse til Haugesund Kultur- og festivalutvikling KFs årsregnskap for 2017

Innledning

Kontrollutvalget har i møte 08.05.18, sak 16/18 behandlet Haugesund Kultur- og festivalutvikling KFs årsregnskap for 2017.

Årsregnskapet består av driftsregnskap, investeringsregnskap, balanse-regnskap, noteopplysninger og pliktige budsjettopplysninger.

Grunnlaget for uttalelsen

Grunnlaget for kontrollutvalgets behandling av det avlagte særregnskap er revisjonsberetning og årsmelding med styrets beretning.

I tillegg har økonomisjef fra KUF og oppdragsansvarlig revisor supplert kontrollutvalget med muntlig informasjon om aktuelle problemstillinger under behandlingen av særregnskapet i kontrollutvalget.

Kontrollutvalgets uttalelse:

Haugesund Kultur- og festivalutvikling KF sitt årsregnskap for 2017 er gjort opp med et regnskapsmessig mindreforbruk på kr 3,2 mill.

Under henvisning til utvalgets egen gjennomgang av regnskapsdokumentene og revisjonsberetningen, mener kontrollutvalget at årsregnskapet totalt sett gir et forsvarlig uttrykk for resultatet av foretakets virksomhet i 2017 og for foretakets økonomiske stilling pr. 31.12.17.

Haugesund, 8. mai 2018

Gudvin Selsås
Kontrollutvalgsleder

Kopi: Formannskapet



KPMG AS
Karmsundgata 72
5529 Haugesund

Telephone +47 04063
Fax
Internet www.kpmg.no
Enterprise 925 174 627 MVA

2

Til kommunestyret i Haugesund kommune

Haugaland
Kontrollutvalgsekretariat IKS

Mottatt dato: 02.05.18
Journalført: 18/139/oglu
Arkivkode: 212

Uavhengig revisors beretning

Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

Konklusjon

Vi har revidert særregnskapet for Haugesund Kultur og Festivalutvikling KF som viser et netto driftsresultat på kr 3 456 680 og et regnskapsmessig mindreforbruk på kr 3 208 239. Særregnskapet består av balanse per 31. desember 2017, driftsregnskap og investeringsregnskap for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter til årsregnskapet, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening er det medfølgende særregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir en dekkende fremstilling av den finansielle stillingen til Haugesund Kultur og Festivalutvikling KF per 31. desember 2017, og av resultatet for regnskapsåret avsluttet per denne datoen i samsvar med lov, forskrift og god kommunal regnskapsskikk i Norge.

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk i Norge, herunder de internasjonale revisjonsstandardene International Standards on Auditing (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet i *Revisors oppgaver og plikter ved revisjon av særregnskapet*. Vi er uavhengige av foretaket slik det kreves i lov og forskrift, og har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Øvrig informasjon

Ledelsen er ansvarlig for øvrig informasjon. Øvrig informasjon består av informasjon i foretakets årsberetning, men inkluderer ikke særregnskapet og revisjonsberetningen.

Vår uttalelse om revisjonen av særregnskapet dekker ikke øvrig informasjon, og vi attesterer ikke den øvrige informasjonen.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese øvrig informasjon med det formål å vurdere hvorvidt det foreligger vesentlig inkonsistens mellom øvrig informasjon og særregnskapet, kunnskap vi har opparbeidet oss under revisjonen, eller hvorvidt den tilsynelatende inneholder vesentlig feilinformasjon.

Dersom vi hadde konkludert med at den øvrige informasjonen inneholder vesentlig feilinformasjon, er vi pålagt å uttale oss om dette. Vi har ingenting å rapportere i så henseende.

Styrets og daglig leders ansvar for særregnskapet

Styret og daglig leder (ledelsen) er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet i samsvar med lov og forskrifter, herunder for at det gir en dekkende fremstilling i samsvar med lov, forskrift og god kommunal regnskapsskikk i Norge. Ledelsen er også ansvarlig for slik intern kontroll som den finner nødvendig for å kunne utarbeide et særregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller feil.

Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Vårt mål med revisjonen er å oppnå betryggende sikkerhet for at særregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betryggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene,

KPMG AS, a Norwegian limited liability company and member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity.

Statustilsynsberetning - medlemmer av Den norske Revisjonsforening

Offisielt

Oslo
Ålesund
Bergen
Bodø
Eidsvoll

Finnmark
Haugesund
Kauøy
Kvaløysund
Molde

Mo i Rana
Molde
Sandnessjøen
Stavanger
Steinkjer

Strømme
Tromsø
Tvedestrand
Ålesund

alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir vurdert som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke økonomiske beslutninger som brukerne foretar basert på særregnskapet.

Som del av en revisjon i samsvar med lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, utøver vi profesjonelt skjønn og utviser profesjonell skepsis gjennom hele revisjonen. I tillegg:

- identifiserer og anslår vi risikoen for vesentlig feilinformasjon i regnskapet, enten det skyldes misligheter eller utilsiktede feil. Vi utformer og gjennomfører revisjonshandlinger for å håndtere slike risikoer, og innhenter revisjonsbevis som er tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon. Risikoen for at vesentlig feilinformasjon som følge av misligheter ikke blir avdekket, er høyere enn for feilinformasjon som skyldes utilsiktede feil, siden misligheter kan innebære samarbeid, forfalskning, bevisste utelatelser, uriktige fremstillinger eller overstyring av intern kontroll.
- opparbeider vi oss en forståelse av den interne kontroll som er relevant for revisjonen, for å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige etter omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av foretakets interne kontroll.
- evaluerer vi om de anvendte regnskapsprinsippene er hensiktsmessige og om regnskapsestimatene og tilhørende noteopplysninger utarbeidet av ledelsen er rimelige.
- evaluerer vi den samlede presentasjonen, strukturen og innholdet, inkludert tilleggsopplysningene, og hvorvidt årsregnskapet representerer de underliggende transaksjonene og hendelsene på en måte som gir en dekkende fremstilling.

Vi kommuniserer med kontrollutvalget og styret blant annet om det planlagte omfanget av revisjonen og til hvilken tid revisjonsarbeidet skal utføres. Vi utveksler også informasjon om forhold av betydning som vi har avdekket i løpet av revisjonen, herunder om eventuelle svakheter av betydning i den interne kontrollen.

Uttalelse om øvrige lovmessige krav

Konklusjon om budsjett

Basert på vår revisjon av særregnskapet som beskrevet ovenfor, mener vi at de disposisjoner som ligger til grunn for særregnskapet i det alt vesentlige er i samsvar med budsjettvedtak, og at budsjettbeløpene i særregnskapet stemmer med regulert særbudsjett.

Konklusjon om årsberetningen

Basert på vår revisjon av særregnskapet som beskrevet ovenfor, mener vi at opplysningene i årsberetningen om særregnskapet er konsistente med særregnskapet og i samsvar med lov og forskrifter.

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av særregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foretakets regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringsskikk i Norge.

Haugesund ____ / ____ 2018
KPMG AS

Roald Stakland
Statsautorisert revisor

**HAUGESUND KULTUR OG FESTIVALUTVIKLING KF
(KUF KF)**

REGNSKAP 2017

Haugesund Kultur og festivalutvikling KF - Hovedoversikt driftsregnskapet pr. 31.12.

Kosthd01	Kosthd01 (T)	Regnskap 2017	Budsjett 2017	Regnskap 2016
LN04	Andre salgs- og leieinntekter	(37 113 923,02)	(30 002 000,00)	(36 347 159,20)
LN05	Overføringer med krav til motytelser	(7 892 590,16)	(4 534 000,00)	(7 239 266,38)
LN07	Andre Statlige overføringer	(1 614 543,00)	(357 000,00)	(3 314 461,00)
LN08	Andre overføringer	(48 206 203,66)	(46 132 000,00)	(46 467 930,00)
LN12	Sum driftsinntekter	(94 827 259,84)	(81 025 000,00)	(93 368 816,58)
LN14	Lønnsutgifter	36 632 794,95	33 896 000,00	35 066 253,04
LN15	Sosiale utgifter	10 240 402,13	9 969 000,00	9 896 143,48
LN16	Kjøp av varer og tjenester som inngår i kommunal tjeneste	29 707 535,22	23 285 000,00	30 628 774,39
LN17	Kjøp av tjenester som erstatter kommunal tjeneste	3 725 443,34	3 734 000,00	3 355 544,14
LN18	Overføringer	11 584 749,22	11 680 000,00	12 388 603,26
LN19	Avskrivninger	325 295,05	220 000,00	240 638,68
LN20	Fordelte utgifter	(166 000,00)	(1 264 000,00)	(16 000,00)
LN21	Sum driftsutgifter	92 050 219,91	81 520 000,00	91 559 956,99
LN23	Brutto driftsresultat	(2 777 039,93)	495 000,00	(1 808 859,59)
LN25	Renteinntekter, utbytte og eieruttak	(354 553,77)	(275 000,00)	(165 322,00)
LN27	Sum eksterne finansinntekter	(354 553,77)	(275 000,00)	(165 322,00)
LN29	Renteutgifter, provisjon og andre finansutgifter	208,97	-	-
LN32	Sum eksterne finansutgifter	208,97	-	-
LN34	Resultat eksterne finansieringstransaksjoner	(354 344,80)	(275 000,00)	(165 322,00)
LN35	Motpost avskrivninger	(325 295,05)	(220 000,00)	(240 638,68)
LN36	Netto driftsresultat	(3 456 679,78)	-	(2 214 820,27)
LN38	Bruk av tidligere års regnskapsmessig mindreforbruk	(663 017,29)		(926 290,76)
LN39	Bruk av disposisjonsfond	-		
LN40	Bruk av bundne fond	(240 887,00)	-	(277 418,00)
LN42	Sum bruk av avsetninger	(903 904,29)	-	(1 203 708,76)
LN44	Overført til investeringsregnskapet	-		224 124,00
LN45	Dekning av tidligere års regnskapsmessige merforbr	-	-	-
LN46	Avsetninger disposisjonsfond	1 150 494,99		2 378 969,76
LN47	Avsetninger til bundne fond	1 850,00	-	152 418,00
LN49	Sum avsetninger	1 152 344,99		2 755 511,76
LN51	Regnskapsmessig merforbruk/mindreforbruk	(3 208 239,08)	-	(663 017,27)

Kultur og festivalutvikling KF - Hovedoversikt investering 2017

Kosthi01	Kosthi01 (T)	Regnskap 2017	Regnskap 2016
LN03	Salg av driftsmidler og fast eiendom		
LN05	Overføringer med krav til motytelse	(360 970,50)	(584 089,81)
LN06	Statlige overføringer	(580 000,00)	(1 460 000,00)
LN07	Andre overføringer	(1 274 671,75)	(1 150 000,00)
LN09	Sum inntekter	(2 215 642,25)	(3 194 089,81)
LN13	Varer og tjenester i kommunal egenproduksjon	1 949 036,53	1 728 971,75
LN14	Kjøp av tjenester som erstatter egenproduksjon	3 225,60	
LN15	Overføringer	360 970,50	139 873,10
LN18	Sum utgifter	2 313 232,63	1 868 844,85
LN22	Kjøp av aksjer og andeler	242 393,00	224 124,00
LN24	Avsatt til ubundne investeringsfond	227 343,97	1 477 662,96
LN27	Sum finansieringstransaksjoner	469 736,97	1 701 786,96
LN28	Finansieringsbehov	567 327,35	376 542,00
LN34	Overføringer fra driftsregnskapet	-	(224 124,00)
LN35	Bruk av disposisjonsfond	-	-
LN36	Bruk av ubundne investeringsfond	(565 477,35)	-
LN37	Bruk av bundne fond	(1 850,00)	(152 418,00)
LN39	Sum finansiering	(567 327,35)	(376 542,00)
LN40	Udekket/udisponert	0,00	0,00

SAKSGANG		
Utvalg	Møtedato	Saksnummer
Kontrollutvalget	06.03.18	12/18
Kontrollutvalget	08.05.18	17/18

Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Odd Gunnar Høie	216	

RÅDMANNENS SVAR OG ORIENTERING OM NY PERSONVERN-LOV

Saksvedlegg: «Svar til kontrollutvalget vedrørende spørsmål om ny personvernlov av 2018» - fra rådmannen 24.04.18

Bakgrunn

Haugesund kontrollutvalg gjorde i møtet 06.03.18, sak 12/18 følgende vedtak:

1. *Haugesund kontrollutvalget ber rådmannen svare skriftlig på spørsmålene om status i arbeidet med tilpasning til ny personvernlov til neste møte.*
2. *Kontrollutvalget inviterer rådmannen til å gi en muntlig redegjørelse i møtet 08.05.18.*

Rådmannen sitt svar følger som vedlegg til saken. Han vil også delta i møtet for å orientere/utdype svarene.

Saksorientering:

EU sin personvernforordning, General Data Protection Regulation (GDPR), vil tre i kraft for alle medlemsstater i EU, også for Norge i fra 25. mai 2018. Dette vil medføre flere endringer i norsk personvernlovgeving. Vi har funnet på Datatilsynet sine nettsider en punktliste som viser hva de nye personvernreglene kan bety: «Nye personvernregler fra 2018. Hva betyr det for din virksomhet». Listen er vedlagt saken.

Mer informasjon finnes på denne lenken: <https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-skjema/nye-personvernregler/>

Sekretariatet har deltatt eller skal delta på konferanser der den nye personvernloven blir omtalt. I den sammenheng har vi registrert noen problemstillinger som det kan være fornuftig at kontrollutvalget tar opp med rådmannen, for å forsikre seg om at kommunen er i gang med nødvendige tilpasninger.

I brev av 09.03.18 bad sekretariatet rådmannen svare skriftlig på en del spørsmål som gjaldt status for arbeidet med tilpassing av ny personvernlov. Det gjaldt følgende spørsmål:

1. Er det utpekt noen som jobber med ny personvernlov?
2. Er det laget protokoll som viser hva som er samlet inn av personopplysninger?
3. Er det inngått databehandleravtaler, og er disse oppdatert?

4. Er det opprettet personvernombud/rådgiver?
5. Er personvernerklæringen oppdatert?
6. Er det innebygd personvern i kommunen sine datasystem?
7. Er det vurdert å få vennligsinnede hackere til å teste datasystemene?

SEKRETARIATET SITT FORSLAG TIL VEDTAK:

Haugesund kontrollutvalget tar rådmannens tilbakemelding om kommunen sitt arbeid med innføring av ny personvernlov til orientering.

Aksdal, 30.04.18



Odd Gunnar Høie
Seniorrådgiver/utvalgssekretær



Vår ref.
Saksnr 2018/2935
Løpenr. 23355/2018
Arkivkode

Saksbehandler
Helge Sverre Sørli
Tlf. 52743201

Vår dato
24.04.2018

Haugaland
Kontrollutvalgssekretariat IKS
Mottatt dato: 26.04.18
Journalført: 18/137/ogk
Arkivkode: 216

SVAR TIL KONTROLLUTVALGET VEDRØRENDE SPØRSMÅL OM NY PERSONVERNLOV AV 2018

Kontrollutvalget har i møte den 06.03.18 bedt rådmannen gi en orientering om arbeidet med innføring av nye personvernregler og hvordan Haugesund kommune tilpasser seg nytt lovverk.

Under følger spørsmål fra kontrollutvalget, og svar fra rådmannen:

1. Er det utpekt noen som jobber med ny personvernlov?

Det er satt ned en arbeidsgruppe som arbeider med innføringen av personvernforordningen og ny personopplysningslov, slik at Haugesund kommune følger ny og eksisterende lovgiving på området. Gruppen består av 1 representant fra hvert av de 4 tjenesteområdene. Gruppen er i tillegg representert med sentrale funksjoner som IKT, arkiv, advokat og overordnet administrativ ledelse i kommunen.

2. Er det laget protokoll som viser hva som er samlet inn av personopplysninger?

Det er utarbeidet protokoller for alle behandlinger av personopplysninger i Haugesund kommune. Av protokollene fremkommer det blant annet hvilket formål personopplysningene benyttes til, hvilke type personopplysninger som er registrert, hvilket hjemmelsgrunnlag det er for behandlingen eller om det foreligger samtykke/avtale om behandling av personopplysninger med den registrerte.

3. Er det inngått databehandleravtaler, og er disse oppdatert?

Haugesund kommune er i gang med en kartlegging av alle systemer. Noen av disse krever databehandleravtale, mens andre krever det ikke. Eldre databehandleravtaler må oppdateres slik at de er i henhold til personvernregler. For Haugesund kommune sin del så er det ønskelig at man i størst mulig grad følger anbefalt mal fra datatilsynet. Den har enda ikke kommet i oppdatert versjon. Avtaler som må endres vil bli oppdatert når ny mal foreligger. Databehandleravtalene blir samlet på et eget område i saks- og arkivsystemet.

4. Er det opprettet personvernombud/rådgiver?

Det er utpekt personvernombud/rådgiver for Haugesund kommune. Personvernombudet er advokat i juridisk enhet. Personvernombudet/rådgiveren er i ferd med å bygge kompetanse på området, ved deltakelse på ulike kurs og informasjon fra arbeidsgruppen for informasjonssikkerhet og personvern. Rollen er aktiv fra samme dato som ny personopplysningslov innføres. Personvernombudet er registrert hos datatilsynet med rolle og virkningstidspunkt.

5. Er personvernerklæringen oppdatert?

Personvernerklæringen er oppdatert, og denne sammen med informasjon om personvern i Haugesund kommune blir gjort tilgjengelig på kommunens hjemmesider samme dato som ny personopplysningslov innføres.

6. Er det innebygd personvern i kommunen sine datasystem?

Begrepet «Innebygd personvern» omfavner veldig mye. Dette kan være alt fra tilgangskontroll med brukernavn og passord til for eksempel begrensing i hvilke data det skal være mulig å legge inn i et datafelt på en nettside. Ikke alle datasystemene har personvern som tilfredsstiller de kravene vi i dag stiller til dette. I alle innkjøp av nye system stilles dette som krav. Eldre systemer vil oppdateres eller byttes ut over tid.

7. Er det vurdert å få vennligsinnede hackere til å teste datasystemene?

Det er vurdert å få vennligsinnede hackere (ethical hackers) til å teste datasystemene. Disse testene er dyre og ut fra en økonomisk vurdering har slike tester ikke blitt gjennomført. Haugesund kommune følger anbefalinger fra Nasjonal sikkerhetsmyndighet, Datatilsynet og andre aktører for å sikre datasystemene. Kommunen er videre med i Nasjonalt beskyttelsesprogram for helse- og omsorgssektoren. Gjennom dette blir deler av systemene monitorert og eventuelle sårbarheter avdekket. Det er uansett ønskelig å få utført en penetrasjonstest. Rådmannen ser nytten og behovet for å gjennomføre en slik test. Rådmannen vil i løpet av 2018 se på muligheten for å få utført en slik test.

Ole Bernt Thorbjørnsen
Rådmann

SAKSGANG		
Utvalg	Møtedato	Saksnummer
Kontrollutvalget	06.03.18	10/18
Kontrollutvalget	08.05.18	18/18
Bystyret	23.05.18	

Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Odd Gunnar Høie	216	

REVISJONSRAPPORT - «LEGEMIDDELHÅNDTERING» - 2. GANGS BEHANDLING

Vedlegg: «Legemiddelhåndtering» – rapport utarbeidet av KPMG AS – versjon 2

Saksorientering

Bystyret vedtok i 2016 ny Plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2016-2020. I denne planen var «Legemiddelhåndtering» et prioritert prosjekt.

Kontrollutvalget startet, med utgangspunkt i planen, prosessen med å få gjennomført en slik revisjon høsten 2017. Med utgangspunkt i en prosjektplan utarbeidet av KPMG AS ble følgende vedtatt i møtet 24.10.17, sak 30/17:

*Haugesund kontrollutvalg bestiller forvaltningsrevisjonsprosjektet «Medisin-
håndtering» i henhold til vedlagte prosjektplan og med innspill fremsatt i møtet.
Oppdraget bestilles av KPMG AS innenfor en ramme på totalt 260 timer.*

Formål:

Formålet med forvaltningsrevisjonen vil være å vurdere kommunens praksis, styring og kontroll med legemiddelhåndtering. Det vektlegges at forvaltningsrevisjonen skal være forbedringsorientert. Dette innebærer å gi anbefalinger om tiltak dersom det avdekkes avvik og/eller mulige forbedringsområder.

Problemstillinger:

- 1. Ivaretar virksomhetsledere de formelle kompetansekrav for å inneha ansvaret for legemiddelhåndtering?*
- 2. I hvilken grad blir kompetansekravene til helsepersonell som håndterer legemidler systematisk sørget for?*
 - a. Individuell vurdering av krav og kompetanse; formelle og reelle*
- 3. I hvilken grad etterleves krav til legemiddelgjennomgang i sykehjem?*
 - a. Lege som utfører gjennomgang*
 - b. Hyppighet av gjennomgang*

4. *I hvilken grad er det etablert relevant internkontroll for å etterleve krav til istandgjøring og utdeling av legemidler?*
 - a. *Prosedyrer*
 - i. *Roller og ansvar*
 - ii. *Utarbeidelse*
 - iii. *Merking av legemidler*
 - iv. *Byttbare legemidler*
5. *I hvilken grad er det etablert relevant internkontroll for å etterleve krav til tilbereding av legemidler?*
 - a. *Prosedyrer*
 - i. *Faglig forsvarlighet*
 - ii. *Utforming av lokaler*
 - iii. *Risiko for sammenblanding og/eller forurensning av produkter*
6. *I hvilken grad blir kravene rundt dokumentasjon og kontroll av legemidler for reseptgruppe A og B etterlevd?*
 - a. *Mottak, uttak og faktisk bruk av legemidler*
 - b. *Utlevering av legemiddel til pasienter*
 - c. *Oppdatert dokumentasjon*
 - d. *d. Krav til oppbevaring av dokumentasjon*
7. *Avvikshåndtering*
 - a. *I hvilken grad er rutiner for avvikshåndtering etablert?*
 - b. *Hvordan er rutinene gjort kjent?*
 - c. *Hvordan blir rutinene oppdatert?*
 - d. *I hvilken grad er avdekket avvik innarbeidet i rutinene?*
 - e. *Hva var omfanget av avvik knyttet til legemiddelhåndtering for 2015 og 2016?*
 - i. *Hvordan ble avvikene fulgt opp og lukket?*

Rapporten

KPMG AS har med dette som utgangspunkt gjennomført prosjektet høsten/vinteren 2017/18. Rapporten ble mottatt av sekretariatet 23.02.18. Den er verifisert og har vært på høring hos rådmannen.

Basert på revisjonens observasjoner og vurderinger i forbindelse med forvaltningsrevisjonen, anbefaler revisjonen at kommunen iverksetter følgende tiltak:

1. *Enhetslederne utpeker en faglig rådgiver med lege eller provisorfarmasøyt utdanning, og at denne rådgivende rollen formaliseres.*
2. *Det bør arbeides mer systematisk med kompetanseutvikling for sykepleiere/vernepleiere innenfor legemiddelhåndtering.*
3. *SBS lindrende avdeling bør unngå praksisen hvor de tillater at pasienter selv får bestemme om når de ønsker å ta legemidler, uten at legemiddelet blir påsett tatt.*

4. *Bjørgene og SBS merker dosettene med både pasientens navn og fødselsdato.*
5. *Bjørgene og SBS iverksetter tiltak for å sikre at det er mulig å identifisere pasienter som mangler samtykkekompetanse. Eksempel på slike tiltak kan være å ha bilde av pasienten lett tilgjengelig eller bruk av navnebånd.*
6. *Bjørgene og SBS bør bli flinkere til å dokumentere effekten av eventuell-medisin i medisinkardexen.*
7. *Bjørgene og SBS bør gi opplæring til sine ansatte i bruk og håndtering av byttbare legemidler.*
8. *Bjørgene og SBS bør få på plass en hygieneinstruks på medisinerrommet slik at risikoen for krysskontaminasjon under tilberedning av legemidler reduseres.*
9. *SBS bør oppbevare istandgjorte A-preparater adskilt fra andre medikamenter innelåst på medisinerrommet.*
10. *Haugesund kommune bør endre retningslinjene for legemiddelhåndtering slik at det er utvetydelig at dokumentasjon av mottak og uttak av A- og B-preparater skal oppbevares i fem år.*
11. *Alle avdelingene bør gjennomgår avviksrutinene for sine ansatte slik at alle ansatte blant annet er innforstått med hva et avvik er.*

Sekretariatet viser til sammendraget i innledningen og revisors vurderinger underveis i rapporten. Ut i fra disse vurderingene har revisor i kapittel 10 oppsummert sine vurderinger og i kapittel 11 gjort rede for sine anbefalinger, som er gjengitt ovenfor. For mer detaljer vises det til selve rapporten.

I følge revisjonsforskriften § 8 skal administrasjonssjefen gis anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som kommer fram i rapporten og hans syn skal også framgå av rapporten.

Rådmannen har hatt rapporten til verifisering og høring, og kommer med følgende uttalelse:

Til høringens del 2, uttalelse til rapporten, vil rådmannen umiddelbart følge opp de anbefalinger som er gitt. Konkret betyr dette å korrigere de feil som er påpekt, samt å vurdere den praktiske håndteringen av legemidlene i enhetene slik at den forbedres.

Videre sammenholde forvaltningsrevisjonsrapporten med overordnet rutine for legemiddelhåndtering som for tiden er under revisjon, i tillegg til lokale rutiner ved enhetene. Noen tiltak er allerede iverksatt, samt andre tiltak vil bli fulgt opp systematisk i hele organisasjonen.

Behandling i kontrollutvalgsrådet 06.03.18

Haugesund kontrollutvalg gjorde følgende vedtak i møtet 06.03.18, sak 10/18:

Saken utsettes til neste møte.

Haugesund kontrollutvalg ber forvaltningsrevisor gå igjennom anbefalingene og spesifisere hvilke som gjelder brudd på lov/forskrift og hvilke som er forslag til forbedringer til neste møte.

Det også protokollert følgende etter samme møte:

Utvalget mente det var viktig å skille anbefalingene på hvilke som gikk på brudd i forhold til forskrifter og anbefalinger til generell forbedring. Revisor ble bedt om å dele opp anbefalingene i to bolker til neste møte.

Revisor har i vedlagt versjon 2 av rapporten om «Legemiddelhåndtering» endret anbefalingene i kapittel 11. Slik at revisor sine anbefalinger nå er delt opp som følger:

For å etterleve gjeldende rett må kommunen:

- 1. Sørge for at enhetslederne ved institusjonene utpeker en faglig rådgiver med lege eller provisorfarmasøyt utdanning, og denne rådgivende rollen må formaliseres i samsvar med forskriften.*
- 2. Sørge for at SBS lindrende avdeling unngår praksisen hvor de tillater at pasienter selv får bestemme når de ønsker å ta legemidler, uten at legemiddelet blir påsett tatt.*
- 3. Sørge for at Bjørgene og SBS merker dosettene med både pasientens navn og fødselsdato.*
- 4. Sørge for at Bjørgene og SBS får på plass hygieneinstruks på medisinerrommene slik at risikoen for krysskontaminasjon under tilberedning av legemidler reduseres.*
- 5. Sørge for at SBS oppbevarer istandgjorte A-preparater adskilt fra andre medikamenter innelåst på medisinerrommet.*
- 6. Endre retningslinjene for legemiddelhåndtering slik at det er utvetydelig at dokumentasjon av mottak og uttak av A- og B- preparater skal oppbevares i fem år.*
- 7. Sørge for at avdelingene gjennomgår avviksrutinene for sine ansatte slik at alle ansatte er gjort kjent med rutinene, blant annet at de er innforstått med hva et avvik er.*

Videre anbefales det at kommunen bør:

- 8. Arbeide mer systematisk med kompetanseutvikling også for sykepleiere/vernepleiere innenfor legemiddelhåndtering.*
- 9. Sørge for at Bjørgene og SBS iverksetter tiltak for å sikre at det er mulig å identifisere pasienter som mangler samtykkekompetanse. Eksempel på slike tiltak kan være å ha bilde av pasienten lett tilgjengelig eller bruk av navnebånd.*
- 10. Sørge for at Bjørgene og SBS blir flinkere til å dokumentere effekten av eventuell-medisin i medisinkardexen.*
- 11. Sørge for at Bjørgene og SBS gir tilstrekkelig opplæring til sine ansatte i bruk og håndtering av byttbare legemidler.*

Konklusjon

Resultatet etter forvaltningsrevisjonen viser at kommunen har noen forbedringspotensialer, i og med at revisjonen avdekker noen svakheter og forbedringsområder. Sekretariatet vil på den bakgrunn anbefale at kontrollutvalget ber bystyret vedta at revisjonens anbefalinger blir fulgt opp av administrasjonen.

Sekretariatet vil videre anbefale at det settes en frist der bystyret får tilbakemelding på status for oppfølging av rapporten via kontrollutvalget.

En forvaltningsrevisjonsrapport skal systematisk følges opp for å sikre at administrasjonen setter i verk tiltak for å rette opp påviste avvik/svakheter og kontrollutvalget bør sørge for at bystyrets vedtatte merknader til rapporten følges opp. Det anbefales at slik oppfølging skjer fra 6 til 12 måneder etter at rapporten er vedtatt av bystyret.

I følge rundskriv H-02/06 skal kontrollutvalget innstille direkte til bystyret i forbindelse med behandling av forvaltningsrevisjonsrapport og selskapskontroller.

SEKRETARIATETS FORSLAG TIL VEDTAK OG INNSTILLING TIL BYSTYRET:

1. Haugesund bystyre tar den framlagte forvaltningsrevisjonsrapporten om «Legemiddelhåndtering» til orientering.
2. Rapporten oversendes rådmannen for videre oppfølging av rapportens elleve anbefalinger.
3. Rådmannen gir tilbakemelding til bystyret via kontrollutvalget om oppfølging av bystyrets vedtak innen ca. 6 måneder.

Aksdal, 30.04.18



Odd Gunnar Høie

Seniorrådgiver/utvalgssekretær



Haugaland
Kontrollutvalgssekretariat IKS

Mottatt dato: 23.02.18

Journalført: 18/72/096

Arkivkode: 216

Legemiddel- håndtering

Forvaltningsrevisjonsrapport
Haugesund kommune

Mars 2018

www.kpmg.no

Forord

Etter vedtak i kontrollutvalget i Haugesund kommune 24.10.2017 har KPMG gjennomført en forvaltningsrevisjon rettet mot legemiddelhåndtering i kommunen. Denne rapporten er svar på kontrollutvalgets bestilling.

Oppbygging av rapporten

Våre konklusjoner og anbefalinger fremgår av rapportens sammendrag. Kapittel 1 har en innledning til rapporten. Her blir formål, problemstillinger, revisjonskriterier og metode presentert. I kapittel 2 følger en kort beskrivelse av legemiddelhåndteringen i Haugesund kommune. I kapittel 3-9 blir revisjonskriterier konkretisert, samt at fakta og vurderinger presentert for den enkelte problemstilling. I kapittel 10 følger en oppsummerende vurdering, mens våre anbefalinger går frem av kapittel 11. I kapittel 12 vil rådmannens uttalelse til rapporten bli tatt inn.

Vi vil takke Haugesund kommune, og da spesielt Bjørgene omsorgssenter og Sentrum behandlingssenter for god hjelp i arbeidet vårt med forvaltningsrevisjonen.

Sammendrag

Formål med forvaltningsrevisjonen er å vurdere kommunens praksis, styring og kontroll med legemiddelhåndtering. For å svare på dette er det oppstilt syv hovedproblemstillinger i forvaltningsrevisjonen.

Under er våre konklusjoner og anbefalinger.

Problemstilling 1/kompetansekrav til virksomhetsleder

Virksomhetslederne på Bjørgene eller SBS er ikke utdannet lege eller provisorfarmasøyt. Vi kan ikke se at de har utpekt en rådgiver med slik utdannelse som kan gi råd i legemiddelfaglige spørsmål. Vi anbefaler derfor at en rådgiver utpekes på hver enhet.

Problemstilling 2/kompetansekrav til helsepersonell

Vår overordnede vurdering er at Bjørgene og SBS sikrer de reelle og formelle kompetansekravene til helsepersonell på enhetene. Begge enhetene stiller krav til fullført kurs, bestått eksamen og en praktisk gjennomgang på avdelingen for at helsefagarbeidere skal få fullmakt til å håndtere legemidler. Vi vurderer at helsefagarbeidere får tilstrekkelig med oppfriskningskurs. Vi anbefaler at sykepleiere får mer systematisk tilbud omkompetansehevende tiltak om legemiddelhåndtering. Vi anbefaler også at helsefagarbeidere på SBS bør få praktisere legemiddelhåndtering mer jevnlig slik at kompetanse og ferdigheter fra kurs og opplæring ikke går tapt.

Problemstilling 3/legemiddelgjennomgang

Vår overordnede vurdering er at Bjørgene og SBS følger Haugesund kommune sine retningslinjer for legemiddelgjennomgang for langtidspasienter. I retningslinjene til Haugesund kommune heter det at legemiddelgjennomgang kan gjennomføres fire uker etter at pasienten er lagt inn på avdelingen. Vi anbefaler at Haugesund kommune endrer denne rutinen og krever at legemiddelgjennomgang skal gjennomføres snarest mulig ved innleggelse på avdelingen slik legemiddelforskriften krever.

Problemstilling 4/istandgjøring og utdeling av legemidler

Vi vurderer at Bjørgene og SBS har gode rutiner for istandgjøring og utdeling av legemidler.

Problemstilling 5/tilberedning av legemidler

Vi vurderer at Bjørgene og SBS har medisinerom som fungerer godt til tilberedning av legemidler. Begge enhetene kan vise til rene og store arbeidsflater og ventilasjonssystem. Vi anbefaler at begge enhetene får på plass en prosedyre for renhold og hygiene på medisinerommet. Dette kan bidra til å minske risikoen for krysskontaminasjon på medisinerommet.

Problemstilling 6/A- og B- preparater

Vår overordnede vurdering er at Bjørgene og SBS håndterer A- og B- preparater delvis i tråd med legemiddelhåndteringsforskriften. Begge enhetene kan vise til god regnskapsføring, og begge stikkprøvene vi gjennomførte på medisinerommene viste at restmengde stemte med faktisk mengde på medisinerommet. Begge enhetene kan bli flinkere til å dobbel signere for uttak av A- preparater. SBS oppbevarer A-preparater i dosett sammen med andre legemidler. Denne dosetten blir ikke låst inn på medisinerommet etter bruk, men oppbevares i medisintrallen gjennom hele uken. Vi anbefaler at SBS endrer denne praksisen slik at de overholder kravene i legemiddelhåndteringsforskriften. Vi anbefaler også at begge enhetene mottar informasjon om korrekt arkivering av dokumentasjon knyttet til mottak og uttak av A- preparater.

Problemstilling 7/avvikshåndtering

Vi vurderer at Bjørgene og SBS har tilstrekkelige avviksrutiner og et godt avvikssystem. Vi anser det som positivt at avvikene blir fulgt opp og inngår i forbedringsprosessene på begge avdelingene. Vår overordnende vurdering er at ansatte på Bjørgene og SBS ikke kunne redegjøre godt for avviksrutinene. De ansatte var usikre på hva et avvik er og om ansatte kan føre avvik på seg selv. Avviksrutinene til Bjørgene og SBS behandler disse punktene, så vi anbefaler derfor at enhetene gjennomgår avviksrutinene for sine ansatte.

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn og formål	1
1.2 Problemstillinger	1
1.3 Revisjonskriterier	2
1.4 Metode	2
2. Legemiddelhåndtering i Haugesund kommune	4
2.1 Sykehjemsinstitusjoner i Haugesund	4
2.2 Interne retningslinjer	4
2.3 Utvikling i medikamentforbruk	5
3. Virksomhetsleders kompetansekrav	7
3.1 Revisjonskriterier	7
3.2 Fakta	7
3.3 Vurderinger	7
4. Kompetansekravet til helsepersonell	9
4.1 Revisjonskriterier	9
4.2 Fakta	9
4.3 Vurderinger	11
5. Legemiddelgjennomgang i sykehjem	12
5.1 Revisjonskriterier	12
5.2 Fakta	12
5.3 Vurderinger	13
6. Istandgjøring og utdeling av legemidler	14
6.1 Revisjonskriterier	14
6.2 Fakta	14
6.3 Vurderinger	17
7. Tilberedning	18
7.1 Revisjonskriterier	18
7.2 Fakta	18

7.3	Vurderinger	19
8.	Kontroll av legemidler i reseptgruppe A og B	20
8.1	Revisjonskriterier	20
8.2	Fakta	20
8.3	Vurderinger	21
9.	Avvikshåndtering	23
9.1	Revisjonskriterier	23
9.2	Fakta	23
9.3	Vurderinger	25
10.	Oppsummerende vurdering	27
11.	Anbefalinger	28
12.	Uttalelse fra rådmannen	29
	Vedlegg 1 Dokumentliste	30
	Vedlegg 2 Revisjonskriterier	31

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Kontrollutvalget i Haugesund kommune vedtok 24.10.2017, sak 30/17 en forvaltningsrevisjon rettet mot legemiddelhåndtering i kommunen.

Formålet med forvaltningsrevisjonen vil være å vurdere kommunens praksis, styring og kontroll med legemiddelhåndtering. Det vektlegges at forvaltningsrevisjonen skal være forbedringsorientert. Dette innebærer å gi anbefalinger om tiltak dersom det avdekkes avvik og/eller mulige forbedringsområder.

I Haugesund kommune behandles det med legemidler innenfor flere enheter og tjenester i kommunen, blant annet ved institusjonspleie, innenfor hjemmesykepleie, på legevakt, innenfor barnevern, innenfor skolehelsetjeneste og innenfor psykisk helse. Etter innspill fra kontrollutvalget, fokuserer revisjonen på eldreomsorg i institusjon, herunder ny rehabiliteringsenhet ved Sentrum behandlingssenter, samt 2 utvalgte avdelinger på sykehjems institusjon.

1.2 Problemstillinger

Forvaltningsrevisjonen gir svar på følgende problemstillinger:

1. Ivaretar virksomhetsledere de formelle kompetansekrav for å inneha ansvaret for legemiddelhåndtering?
2. I hvilken grad blir kompetansekravene til helsepersonell som håndterer legemidler systematisk sørget for?
 - a. Individuell vurdering av krav og kompetanse; formelle og reelle
3. I hvilken grad etterleves krav til legemiddelgjennomgang i sykehjem?
 - a. Lege som utfører gjennomgang
 - b. Hyppighet av gjennomgang
4. I hvilken grad er det etablert relevant internkontroll for å etterleve krav til istandgjøring og utdeling av legemidler?
 - a. Prosedyrer
 - i. Roller og ansvar
 - ii. Utarbeidelse
 - iii. Merking av legemidler
 - iv. Byttbare legemidler
5. I hvilken grad er det etablert relevant internkontroll for å etterleve krav til tilberedning av legemidler?
 - a. Prosedyrer
 - i. Faglig forsvarlighet
 - ii. Utforming av lokaler
 - iii. Risiko for sammenblanding og/eller forurensning av produkter
6. I hvilken grad blir kravene rundt dokumentasjon og kontroll av legemidler for reseptgruppe A og B etterlevd?

- a. Mottak, uttak og faktisk bruk av legemidler
- b. Utlevering av legemiddel til pasienter
- c. Oppdatert dokumentasjon
- d. Krav til oppbevaring av dokumentasjon

7. Avvikshåndtering

- a. I hvilken grad er rutiner for avvikshåndtering etablert?
- b. Hvordan er rutinene gjort kjent?
- c. Hvordan blir rutinene oppdatert?
- d. I hvilken grad er avdekket avvik innarbeidet i rutinene?
- e. Hva var omfanget av avvik knyttet til legemiddelhåndtering for 2015 og 2016?
 - i. Hvordan ble avvikene fulgt opp og lukket?

1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og normer som tilstand og/eller praksis i kommunen måles mot. Revisjonskriterier må være aktuelle, relevante og gyldige for kommunen. Kilder for å utlede revisjonskriterier har vært:

- ✓ Kommuneloven §23
- ✓ Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- ✓ Rundskriv fra helsedirektoratet, IS-2015-7, om lege legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

Relevante revisjonskriterier for de konkrete problemstillingene fremgår i delkapitlene tilhørende problemstillingen og er redegjort i sin helhet i vedlegg 2.

1.4 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med kravene i RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon.¹

For å svare på problemstillingene er følgende teknikker brukt for å samle inn data:

- ✓ Dokumentinnsamling og analyse
- ✓ Intervjuer
- ✓ Observasjoner
- ✓ Stikkprøvekontroll

Sentrum behandlingssenter (heretter "SBS") og Bjørgene omsorgssenter (heretter "Bjørgene") ble valgt av oss med bakgrunn i innspill fra kontrollutvalget og i samråd med Haugesund kommune som subjekter for forvaltningsrevisjonen. Vi valgte å varsle enhetsledere og medarbeidere på disse institusjonene før vi gjennomførte vårt besøk fordi en sentral del av forvaltningsrevisjonen er å gjennomføre intervjuer med de ansatte, og dette måtte planlegges i god tid i forkant av hensyn til logistikk og vaktlister på institusjonene.

¹ Utgitt av Norges Kommunerevisorforbund.

Til grunn for rapporten ligger en gjennomgang og analyse av sentrale dokumenter opp mot revisjonskriteriene. Dette innebærer blant annet rutiner i Haugesund kommune og interne retningslinjer, prosedyrer og rutiner for SBS og Bjørgene. Liste over mottatt dokumentasjon er inntatt i vedlegg 1.

Det er gjennomført 14 intervjuer i forbindelse med forvaltningsrevisjonen. Vi har snakket med enhetsledere, fagansvarlige, avdelingssykepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere på de utvalgte enhetene. Intervju har vært en sentral informasjonskilde, og utvalget av personer er basert på forventet informasjonsverdi, personenes erfaring og formelt ansvar i forhold til forvaltningsrevisjonens formål og problemstillinger. Formålet med intervjuene har vært å få utfyllende og supplerende informasjon til dokumentasjonen vi har mottatt fra kommunen og våre observasjoner. Data fra intervjuene er verifisert av respondentene, dvs. at respondentene har fått anledning til å lese igjennom referatene og gjøre eventuelle korrigeringer.

Vi har gjennomført observasjoner av legemiddelhåndtering ved enhetene. Vi har observert istandgjøring og utdeling, samt medisinrommet. Egne observasjonsskjemaer ble brukt som grunnlag for observasjonene. Vi har også gjennomført stikkprøvekontroll av narkotikaregnskap, samt observert dokumentasjon på gjennomført legemiddelgjennomgang og kompetansevurderinger av helsepersonell. De konkrete stikkprøvene og observasjonene ble ikke varslet i forkant av vårt besøk.

Datainnsamlingen ble avsluttet 15.02.2018.

Rapport er sendt rådmannen til uttalelse den 15.02.2018 med høringsfrist den 23.02.2018.

2. Legemiddelhåndtering i Haugesund kommune

2.1 Sykehjemsinstitusjoner i Haugesund

Haugesund kommune har fire omsorgssentre og ett behandlingssenter. Alle omsorgssentrene og behandlingssenteret følger retningslinjene for legemiddelhåndtering i Haugesund kommune, men hver enhet har også utarbeidet egne interne instruksjoner og prosedyrer.

På Bjørgene besøkte vi en aldersdement avdeling. På denne avdelingen er det langtidspasienter, og flere av pasientene mangler samtykkekompetanse. Manglende samtykkekompetanse gjør det utfordrende for helsepersonell å gi riktig pasient riktig legemiddel fordi pasienten ikke husker sitt eget navn eller fødselsdato. Den aldersdement avdelingen er den eneste avdelingen revisjonen besøkte som bruker multidoser, men avdelingen bruker også dosetter.

På SBS besøkte vi lindrende og rehabiliterende avdeling. Det var et ønske fra Haugesund kommune at vi besøkte SBS fordi dette er et nyopprettet behandlingssenter. Revisjonen valgte ut lindrende avdeling fordi denne avdelingen behandler i høy grad A- og B- preparater, og pasientgruppen er korttidspasienter. Rehabiliterende avdeling, består delvis av pasienter med manglende samtykkekompetanse, og pasientene har varierende sykdomsbilder. Dette kan føre til at det er krevende å holde oversikt over legemiddelbehovet til pasientene, og å identifisere pasienter som mangler samtykkekompetanse.

Avdelingene vi besøkte har delvis forskjellige utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering. De forskjellige utfordringene åpner for at problemstillingene i forvaltningsrevisjonen kan behandles utdypende, men siden avdelingene er forskjellige er ikke alle problemstillingene like relevante på dement, rehabiliterende eller lindrende avdeling.

2.2 Interne retningslinjer

Haugesund har egne retningslinjer for legemiddelhåndtering som gjelder for alle institusjoner og ansatte som håndterer legemidler i kommunen. Retningslinjene tar for seg blant annet kompetansekravet til helsepersonell som håndterer legemidler, istandgjøring, utdeling og merking av legemidler, samt avviksrutiner. Retningslinjene bygger på rundskrevet fra helsedirektoratet, IS-7/2015 og forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (heretter "legemiddelhåndteringsforskriften")

Den nåværende retningslinjen for legemiddelhåndtering i Haugesund kommune er fra 2015. Denne revideres hvert andre år. Nåværende retningslinje ble påbegynt revidert høsten 2017. En arbeidsgruppe med ti medlemmer fra forskjellige enheter fra helse og omsorg i Haugesund kommune inngår i gruppen som reviderer retningslinjene. En representant fra både SBS og Bjørgene inngår i denne arbeidsgruppen.

2.3 Utvikling i medikamentforbruk

Vi har hatt utfordringer med å få statistikk fra kommunen på medikamentbruken ved institusjonene, da apoteket ikke har levert en fullstendig statistikk til kommunen. I tallene vi har fått oversendt mangler Vardafjell sykehjem. Dermed kan en ikke se på utviklingen samlet for kommunen, men heller se på utviklingen per sykehjem. I oversikten har vi skilt ut A, B og C preparat².

Sum bestilling viser mengde preparat som institusjonene har bestilt per år, herunder antall medikament som er bestilt. Denne summen tar ikke hensyn til variasjonen i virkestoff per tablett, og gir derfor kun en indikasjon på utviklingen. Vi har også inkludert kjøp u/mva., altså hva bestillingene utgjør i kroner.

	Preparat	Sum bestilling (antall)			Sum kjøp (u/mva.)		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016
Udland	A	4 266	6 104	11 866	31 308	28 349	47 508
	B	12 635	22 136	27 418	9 692	10 557	15 139
	C	372 408	477 182	651 438	367 328	573 746	482 067
	Annet	162 866	441 890	171 556	152 989	209 007	236 343
Sum Udland		552 175	947 312	862 277	561 318	821 659	781 057
Bjørgene	A	3 832	6 437	5 446	55 559	59 473	40 973
	B	24 244	30 620	35 099	19 823	15 272	16 280
	C	310 033	379 222	373 612	569 196	527 982	570 897
	Annet	209 777	175 985	210 871	290 985	240 998	274 755
Sum Bjørgene		547 885	592 263	625 028	935 563	843 725	902 906
Haraldsvang	A	3 291	3 464	8 381	59 209	64 712	123 306
	B	33 570	25 050	19 800	31 951	15 810	12 249
	C	341 515	321 018	459 324	344 047	268 753	370 202
	Annet	162 825	183 950	173 562	216 740	153 488	186 294
Sum Haraldsvang		541 201	533 482	661 068	651 947	502 762	692 050
SBS	A			12 295			53 370
	B			15 135			8 271
	C			1 106 514			360 600
	Annet			248 273			121 956
Sum SBS				1 382 217			544 198

Udland hadde en sterk økning i bestillingstallene fra 2014 til 2015, og en mindre reduksjon i 2016. Dette kan sees i sammenheng med at Stølen sykehjem ble lagt ned og plassene ble overført til Udland. Udland økte da med 29 plasser, fra 88 til 117. Fra september 2015 har Udland omsorgssenter hatt 100 plasser, men er nå gradvis trappet ned til 93 plasser.

Bjørgene har hatt noe økning i bestillingstallene i perioden. Samtidig har omsorgssenteret hatt noe vekst i antall pasienter i denne perioden fra 84 pasienter i slutten av 2014 til 87 i slutten av 2016.

Bestillingstallene for medikament på Haraldsvang økte betraktelig i perioden, og da spesielt bestilling av A-preparat. Antall pasienter har økt litt i perioden fra 63 stykk i 2014 til 69 stykker i 2016.

² A-preparater er medisiner som er sterkt vanedannende. Eksempler er morfin og andre opiater som virker smertestillende. B-preparater er også medisiner som er vanedannende, men ikke fullt så sterke som A-preparater. Eksempler er valium, paralgin forte og sovemedisiner. C-preparater er alle andre medisiner det kreves resept for å få kjøpt.

Ettersom medikamenttallene fra apoteket ikke gir et fullstendig bilde av medikamentforbruket i kommunen, supplerer vi med tall fra regnskapet. Herunder, hvordan utgiften i utgifter til medikamenter har vært i perioden:

	2014	2015	2016	2017
Sum	3 765 044	3 137 184	3 279 984	2 991 381

Samlet utgifter til medikament i kommunen er redusert i perioden.

3. Virksomhetsleders kompetansekrav

I dette kapittelet svarer vi på problemstilling 1. " Ivaretar virksomhetsleder de formelle kompetansekrav for å inneha ansvaret for legemiddelhåndtering?"

3.1 Revisjonskriterier

Virksomhetsleder defineres i § 3 som den som har det overordnede ansvaret for helsehjelp som ytes i den enkelte virksomheten.

I rundskrivet fra Helsedirektoratet heter det at virksomhetsledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har et lederansvar som er i samsvar med de prinsipper og synspunkter som er gjort gjeldende i rundskriv I-2013-2 om ledelse i sykehus. I rundskrivet om ledelse i sykehus er det presisert at det i hver organisatorisk enhet i helsevesenet skal være en leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig.

Det følger av legemiddelhåndteringsforskriften § 4, annet ledd, at virksomhetsleder skal være lege eller provisorfarmasøyt. Hvis virksomhetsleder ikke innehar en slik kompetanse, skal det utpekes en faglig rådgiver med slik utdanning.

I rundskrivet fra Helsedirektoratet heter det at denne faglige rådgiveren skal bidra til å gi virksomhetsleder et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag i saker som gjelder helsefaglig, herunder legemiddelfaglige spørsmål.

3.2 Fakta

På Bjørgene er det enhetslederen på omsorgssenteret som har det overordnede ansvaret for helsehjelp som ytes i virksomheten. Enhetsleder på Bjørgene er ikke utdannet lege eller provisorfarmasøyt. Enhetslederen oppgir i intervju at hun kan konsultere tilsynslegene hvis hun har legemiddelfaglige spørsmål.

På SBS er det enhetsleder som har det overordnede ansvaret for helsehjelp i virksomheten. Enhetslederen er ikke utdannet lege eller provisorfarmasøyt. Enhetslederen oppgir i intervju at hun kan konsultere tilsynslegene på behandlingssenteret, og eventuelt kommunelegen hvis hun har legemiddelfaglige spørsmål.

I følge administrasjonen i Haugesund kommune er det kommunens rådmann som oppfattes etter forskriftenes ordlyd å være «virksomhetsleder» i denne sammenheng, og det vises videre til at kommuneoverlege er utpekt som Haugesund kommunes faglige rådgiver.

3.3 Vurderinger

Som det fremgår av legemiddelhåndteringsforskriften defineres virksomhetsleder som den som har det overordnede ansvaret for helsehjelp som ytes i virksomheten. Hvis man tolker "virksomhet" som kommunen i sin helhet, åpner ordlyden for at rådmannen er virksomhetsleder slik som administrasjonen i Haugesund kommune anfører.

Revisjonen er av den oppfatning at ordlyden "virksomhet" må tolkes snevrere og i vår kontekst må forstås som hvert enkelt sykehjem eller behandlingssenter i kommunen, og "virksomhetsleder" må derfor forstås som den øverste lederen av sykehjemmet eller behandlingssenteret. Rundskrivet om ledelse i sykehus jf. rundskrivet fra Helsedirektoratet støtter en slik tolkning av bestemmelsen.³

På Bjørgene eller SBS er ikke enhetslederne utdannet lege eller provisorfarmasøyt. De må derfor utpeke en faglig rådgiver. Ut i fra ordlyden "utpeke" stilles det krav til at denne rollen er formalisert. På Bjørgene og SBS oppgir enhetsledere at de kan kontakte tilsynslegen eller kommunelegen hvis de har legemiddelfaglige spørsmål. Dette vurderer vi som positivt, men revisjonen vurderer at dette samarbeidet ikke er formalisert og en rådgiver ikke er "utpekt" i tråd med ordlyden i legemiddelhåndteringsforskriften.

Vi vil anbefale kommunen å sørge for at rollen som faglig rådgiver formaliseres, herunder at en lege eller provisorfarmasøyt blir utpekt som faglig rådgiver i samsvar med kravet i legemiddelhåndteringsforskriften § 4.

³ I rundskrivet fra Helsedirektoratet heter det at virksomhetsledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har et lederansvar som er i samsvar med de prinsipper og synspunkter som er gjort gjeldende i rundskriv I-2013-2 om ledelse i sykehus. I rundskrivet om ledelse i sykehus er det presisert at det i hver organisatorisk enhet i helsevesenet skal være en leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. Ut i fra dette rundskrivet må virksomhetsleder forstås som den som er den øverste lederen i hver institusjonene. Ut i fra rundskrivet må "hver organisatorisk enhet" forstås som hvert sykehjem eller behandlingssenter i vår sak, og vi vurderer at den som har det administrative og faglige ansvaret på sykehjemmet eller behandlingssenteret er enhetslederne. Ut i fra dette konkluderer vi med at enhetslederne på Bjørgene og SBS opptrer i rollen som virksomhetsledere jf. ordlyden i legemiddelhåndteringsforskriften § 3 og rundskrivet fra Helsedirektoratet.

4. Kompetansekravet til helsepersonell

I dette kapittelet svarer vi på problemstilling 2. "I hvilken grad blir kompetansekravet til helsepersonell som håndterer legemidler systematisk sørget for?"

4.1 Revisjonskriterier

Det følger av legemiddelhåndteringsforskriften § 4, tredje ledd, at virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell som håndterer legemidler skal ha tilstrekkelig kompetanse, og kompetansen skal vurderes individuelt ut fra vedkommendes formelle og reelle kvalifikasjoner, samt oppgavens art. Virksomheten må sørge for at alle medarbeidere som håndterer legemidler får tilstrekkelig opplæring og videre- og etterutdanning.

I rundskrivet fra Helsedirektoratet heter det at helsepersonellens formelle og reelle kvalifikasjoner kan være helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning, opplæring og yrkeserfaring.

4.2 Fakta

4.2.1 Retningslinjene til Haugesund kommune

I retningslinjene for legemiddelhåndtering i Haugesund kommune slås det fast at sykepleiere og vernepleiere, i kraft av sine utdannelse, er kvalifiserte til å håndtere legemidler. For andre grupper av personell kan det unntaksvis gis fullmakt til en nærmere spesifisert håndtering av legemidler. Denne fullmakten baserer seg på at kandidaten har gjennomgått et 12 timers kurs i legemiddelhåndtering og bestått kurs-eksamen. Haugesund kommune bruker et e-læringskurs i regi av NHI.no.⁴ Dette kurset er utviklet for helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Kurset brukes i mange kommuner og av vikarbyråer. Tematikken og omfanget av kurset dekker momentene som oppstilles i rundskrivet fra Helsedirektoratet.

Etter at kandidaten har bestått kurseksamen skal vedkommende ha en praktisk gjennomgang på avdelingen. En sykepleier skal ha ansvaret for denne praktiske opplæringen. Etter at kandidaten har fullført den praktiske gjennomgangen heter det i retningslinjen at avdelingsleder skal vurdere hver enkelt kandidats egnethet for oppgaven.

Når den aktuelle kandidaten har fullført legemiddelhåndteringskurset og praktisk gjennomgang på avdeling gir enhetsleder kandidaten fullmakt til en nærmere spesifisert håndtering av legemidler. Denne fullmakten gjelder i to år, og kan fornyes etter to år. Etter at den ansatte har mottatt fullmakten har den enkelte avdeling interne rutiner for å opprettholde kompetansen til fullmaktsinnehaver for eksempel gjennom regelmessig internundervisning/opprykkingskurs.

⁴ <http://kurs.nhi.no>

NHI=Norsk helseinformatikk

4.2.2 Bjørgene omsorgssenter

På Bjørgene er det sykepleiere og helsefagarbeidere med fullmakt som håndterer legemidler til daglig. Sykepleiere istandgjør, tilbereder og deler ut ordinerte legemidler og eventuell-medisin, samt A- og B-preparater. Helsefagarbeidere med fullmakt deltar kun i utdelingen av ordinerte legemidler.

Det blir påpekt i intervju med enhetsleder at sykepleiere er kompetente til å håndtere legemidler i kraft av sin utdanning. Sykepleiere får derfor ikke tilbud om systematisk oppfriskningskurs, men det oppgis i intervju at det er ønskelig at dette gjennomføres i framtiden. I intervju med blant annet sykepleiere på Bjørgene ble det påpekt at sykepleiere deltar på sykepleiermøter. På disse møtene gjennomgås forskjellige temaer av tilsynslegen, blant annet legemiddelhåndtering. Disse møtene brukes som et forum hvor sykepleiere kan diskutere og motta informasjon om legemiddelhåndtering.

Nyansatte sykepleiere på Bjørgene har to opplæringsvakter. På disse opplæringsvaktene får den nyansatte sykepleieren en innføring i system og rutiner på avdelingen. I intervju fremheves det at det er utfordrende å dele ut legemidler på demensavdelingen fordi de aller fleste pasientene mangler samtykkekompetanse. Derfor praktiserer Bjørgene at nyansatte sykepleiere må bli kjent med pasientene før de deler ut legemidler slik at de er sikre på at riktig pasient får riktig legemiddel. En del av opplæringen er altså å bli kjent med pasientene.

Helsefagarbeidere på Bjørgene kan dele ut legemidler som er istandgjort av sykepleier. Alle helsefagarbeiderne som deler ut legemidler har gjennomført legemiddelhåndteringskurset, bestått eksamen, gjennomført en praktisk gjennomgang på avdelingen og blitt vurdert av enhetsleder i samråd med avdelingssykepleieren slik som beskrevet i retningslinjene i Haugesund kommune.

I perioden helsefagarbeideren innehar fullmakt til å håndtere legemidler må kandidaten delta på oppfriskningskurs. Disse kursene fremheves som sentrale tiltak for å sikre at helsefagarbeideren opprettholder kompetansen til å håndtere legemidler. Et annet tiltak på Bjørgene som sikrer at helsefagarbeideren opprettholder kompetansen er at helsefagarbeidere får praktisert legemiddelhåndtering jevnlig. Enhetsleder oppgir i intervju at det er bevisst at helsefagarbeidere med fullmakt skal håndtere legemidler selv om det er tilstrekkelige med sykepleier på vakt. Dette trekkes fram som et tiltak for å sikre at kunnskap og ferdigheter ikke går tapt over tid.

4.2.3 Sentrum behandlingssenter

På SBS lindrende og rehabiliterende avdeling er det i all hovedsak kun sykepleiere som håndterer legemidler. Det oppgis i intervju at helsefagarbeidere på avdelingene har fullmakt til å håndtere legemidler, men siden det er så stor andel sykepleiere på avdelingene er det kun sykepleiere som håndterer legemidler til daglig.

Det oppgis at sykepleiere i kraft av sin utdanning er kompetente til å håndtere legemidler. Sykepleiere får ikke tilbud om oppfriskningskurs, men på temalunsj og avdelingsmøter blir legemiddelhåndtering diskutert. Nyansatte sykepleiere har tre opplæringsvakter. To på dagtid og en på kveld. På disse opplæringsvaktene får den nyansatte sykepleieren en innføring i interne rutiner, praktisert legemiddelhåndtering og en omvisning på medisinerrommet.

Helsefagarbeidere på SBS kan dele ut legemidler som er istandgjort av sykepleier. Alle helsefagarbeiderne som deler ut legemidler har gjennomført legemiddelhåndteringskurset, bestått eksamen, gjennomført en praktisk gjennomgang på avdelingen og blitt vurdert av enhetsleder i samråd med avdelingssykepleieren slik som beskrevet i retningslinjene i Haugesund kommune.

I intervju med helsefagarbeidere kom det fram at de ikke deler ut legemidler til daglig, men at det likevel kan være aktuelt at helsefagarbeidere deler ut legemidler ved ferieavvikling, helligdager eller sykdom på avdelingen. Helsefagarbeiderne vi snakket med uttrykte at manglende praktisering av utdeling av legemidler kan føre til at kunnskaper og ferdigheter fra kurs og opplæring går tapt over tid.

4.3 Vurderinger

Vi vurderer på lik linje med retningslinjene til Haugesund kommune at sykepleiere og vernepleiere oppfyller kravene i legemiddelhåndteringsforskriften i kraft av sin utdanning. Den følgende vurderingen gjøres derfor primært med tanke på helsefagarbeidere.

Vi vurderer at enhetsledere på Bjørgene og SBS, på en tilstrekkelig måte, sørger for den individuelle formelle og reelle kompetansen til helsefagarbeiderne ved at de må gjennomføre kurs, eksamen og praktisk opplæring i legemiddelhåndtering. Kursinnholdet dekker de fagområdene som nevnes i rundskrivet fra Helsedirektoratet, og vi vurderer det som positivt at kandidatene også må bestå en eksamen. Ved å vise til en bestått eksamen kan enhetsleder dokumentere at kandidatene har forstått innholdet i kurset. Revisjonen vil også understreke at det er positivt at enhetsleder i samråd med avdelingssykepleier gjør en vurdering av om helsepersonellet er egnet for oppgaver knyttet til legemiddelhåndtering. En slik vurdering er en kvalitetssikring av den ansatte, og bidrar til å sikre forsvarlig håndtering av legemidler på avdelingene.

Vi vurderer det som positivt at helsefagarbeidere på Bjørgene håndterer legemidler, selv om det er sykepleiere tilstede på vakt. Dette bidrar til at helsefagarbeiderne får praktisert legemiddelhåndtering kontinuerlig. Vi stiller samtidig spørsmål ved at helsefagarbeidere med fullmakt til å håndtere legemidler på SBS ikke kontinuerlig praktiserer legemiddelhåndtering. Vi vurderer at manglende jevnlig praktisering av utdeling av legemidler kan føre til at helsefagarbeiderne ikke har den erfaringen som gir trygghet til å håndtere legemidler på en forsvarlig måte.

Vi vurderer det som positivt at alle helsefagarbeidere med fullmakt må gjennomføre oppfriskningskurs. Dette bidrar til å sikre kontinuerlig vedlikehold av kompetansen. Verken Bjørgene eller SBS tilbyr oppfriskningskurs til sine sykepleiere, men begge institusjonene legger til rette for videreutdanning for sykepleiere som ønsker det. Både Bjørgene og SBS har avdelingsmøter og/eller sykepleiermøter hvor legemiddelhåndtering er tema. Disse møtene kan anses som kompetansehevende tiltak, men revisjonen påpeker at sykepleiere bør tilbys systematisk kompetanseheving på lik linje med helsefagarbeidere da kravet om videre- og etterutdanning av helsepersonell må forstås gjeldene også for sykepleiere.

5. Legemiddelgjennomgang i sykehjem

I dette kapittelet svarer vi på problemstilling 3. "I hvilken grad etterleves krav til legemiddelgjennomgang i sykehjem?"

5.1 Revisjonskriterier

Det følger av forskrift om legemiddelhåndtering § 5a at virksomhetsleder skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasient med langtidsopphold i sykehjem ved innkommst og minst en gang årlig. Videre heter det i tredje ledd at legemiddelgjennomgangen skal utføres av lege, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell.

5.2 Fakta

Haugesund kommune har en egen skriftlig prosedyre for legemiddelgjennomgang for pasienter med langtidsopphold på sykehjem. I prosedyren heter det at legemiddelgjennomgang foretas ved første legevisitt etter innleggelse, og senest innen fire uker. Videre skal legemiddelgjennomgang gjennomføres ved årskontroll, og et halvt år etter årskontroll. Ved halvårskontroll skal det gjøres en individuell vurdering om det er behov for å involvere farmasøyt.

Videre heter det i prosedyren at forberedelse av årlig legemiddelgjennomgang utføres av lege, sykepleier og primærkontakt. Denne forberedelsen innebærer innhenting av relevant klinisk informasjon fra samarbeidende helsepersonell, pasienten og pårørende om pasientens sykehistorie, funksjonsnivå, og aktuelle medisinske situasjon. Ved den årlige legemiddelgjennomgangen gjennomgår sykepleier et symptomskjema og tar blodprøver av pasienten. Blodprøvene sendes til farmasøyten, som deretter gir tilbakemelding om behovsendringer til lege. Lege tar så en konkret vurdering av om det skal gjøres endringer i medikamentene til pasienten. Pasient og pårørende skal informeres om at legemiddelgjennomgang skal gjennomføres. Selve gjennomføringen av legemiddelgjennomgangen gjøres av lege sammen med sykepleier og farmasøyt. Ved halvårskontroll er ikke farmasøyt involvert.

Legemiddelgjennomgang er i utgangspunktet pålagt og forbeholdt langtidspasienter. På SBS lindrende og rehabiliterende avdeling er det nesten utelukkende korttidsplasser. Det oppgis i intervju at SBS følger prosedyrene for langtidspasienter når det er aktuelt, og vi har observert eksempel på dokumentert legemiddelgjennomgang på SBS. Vi fikk også en praktisk innføring i datasystemet og dokumenteringen av legemiddelgjennomgang av tilsynslegen på SBS.

På dementavdelingen på Bjørgene er de fleste pasientene langtidspasienter. Fagansvarlig på avdelingen ga revisjonen en innføring i datasystemet og hvordan legemiddelgjennomgang dokumenteres. I intervju med avdelingssykepleier og fagansvarlig oppgis det at legemiddelgjennomgang for langtidspasienter gjennomføres ca. tre uker etter innleggelse av pasienten. De ansatte påpeker at legemiddelgjennomgang kan gjennomføres senere hvis det er behov for å observere pasienten sine behov over tid før legemiddelgjennomgangen utføres.

5.3 Vurderinger

Legemiddelhåndteringsforskriften, § 5a, pålegger legemiddelgjennomgang ved innleggelse, og ordlyden indikerer at dette må forstås som snarest mulig ved innleggelse. Vi vurderer det som noe uheldig at den interne rutinen for legemiddelgjennomgang på institusjonene åpner for at legemiddelgjennomgang kan gjennomføres senest fire uker etter innleggelse. Hvorvidt en legemiddelgjennomgang fire uker etter innleggelse medfører en risiko for uforsvarlig behandling på institusjonene må vurderes konkret ut i fra pasientens sykdomsbilde og behov.

Hvis vi ser bort i fra tidsaspektet for gjennomføring av legemiddelgjennomgang, vurderer vi at Bjørgene og SBS har gode rutiner for gjennomføringen av legemiddelgjennomgang, og disse praktiseres på en god måte når langtidspasienter blir innlagt på avdelingene. Vi vurderer det som positivt at rutinen for legemiddelgjennomgang også inkluderer en gjennomgang et halvt år etter den pålagte årskontrollen. Halvårskontroll er utover det legemiddelhåndteringsforskriften krever, og vi vurderer at dette konkret bidrar til å sikre forsvarlig legemiddelbehandling på institusjonene, samt styring og kontroll av legemidler på avdelingene.

6. Istandgjøring og utdeling av legemidler

I dette kapittelet svarer vi på problemstilling 4. "I hvilken grad er det etablert relevant internkontroll for å etterleve krav til istandgjøring og utdeling av legemidler?"

6.1 Revisjonskriterier

Utgangspunktet er at helsepersonell, når lege har besluttet ordinering av legemidler, skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte jf. forskrift om legemiddelhåndtering § 7.

Ved utdeling av legemidler skal helsepersonell observere inntak og reaksjoner hos pasienten jf. rundskrivet fra Helsedirektoratet.

Et istandgjort legemiddel, skal på forpakningen eller beholderen, være merket med opplysninger om pasientens identitet og legemidlets navn og virkestoff, samt styrke, dose og andre opplysninger som er nødvendig for en sikker håndtering jf. forskrift om legemiddelhåndtering § 7, tredje ledd.

I rundskrivet fra helsedirektoratet heter det at dosettene må alltid merkes med pasientens navn og fødselsdato.

For bytte av byttbare legemidler⁵ er utgangspunktet at det kan byttes mellom byttbare legemidler, men sykehjemmet skal i internkontrollsystemet ha prosedyrer som sikrer forsvarlig bytte mellom byttbare legemidler, herunder hvilke kompetanse den som skal utføre byttene skal ha jf. forskrift om legemiddelhåndtering § 7, fjerde ledd. Videre heter det i rundskrivet fra Helsedirektoratet at helsepersonell bør ha kunnskap om byttbare legemidler.

6.2 Fakta

6.2.1 Istandgjøring og merking av legemidler

Revisjonen observerte ikke istandgjøring eller merking på verken SBS eller Bjørgene. Istandgjøring av ukedosetter gjøres kun en gang i uken. Selv om vi ikke fikk observert istandgjøring eller merking av legemidler, fikk vi en innføring i rutinene og vi stilte også en del spørsmål rundt dette under intervjuet med sykepleiere, fagansvarlige og avdelingssykepleiere.

Begge avdelingene på SBS bruker ukedosetter, og eventuelt multidose hvis en pasient har med seg dette fra en annen institusjon. Dosettene blir istandgjort av en sykepleier en gang i uken på

⁵ Byttbare legemidler, også omtalt som synonympreparater, er et legemiddel med samme virkestoff som originalpreparatet, men har et annet navn og hjelpestoffer. Byttbare legemidler har gjerne en lavere pris enn originalpreparater, og disse kommer på markedet når patentet til originalpreparatet har utløpt.

medisinrommet. Sykepleierne vi snakket med kunne fortelle at det var mindre forstyrrelser på medisinrommet enn i fellesområdet, og dette bidro til at istandgjøring av dosetter kan gjøres forsvarlig. Samtidig understreket flere av sykepleiere at de kan bli forstyrret av andre sykepleiere på medisinrommet og i de tilfellene det skjer er det en utfordring. Etter at dosetten er istandgjort blir den dobbelkontrollert og oppbevart i en låsbar medisintralle. Alle pasientene har sin egen skuff i medisintrallen. Dosettene og skuffene på medisintrallen er merket med pasientens navn.

Bjørgene aldersdementavdeling bruker en kombinasjon av multidose og ukesdosetter. Dosettene blir istandgjort av en sykepleier en gang i uken på medisinrommet, men det er viktig å påpeke at Bjørgene i stor grad bruker multidose. Istandgjøringsproblematikken knyttet til ukesdosetter er ikke like stor på denne institusjonen. Dosetten og multidosen blir dobbelkontrollert og oppbevart i en medisintralle. Alle pasientene har sin egen skuff i medisintrallen. Dosettene og skuffene på medisintrallen er merket med pasientens navn.

6.2.2 Utdeling av legemidler

Utdeling av legemidler gjennomføres av en utvalgt sykepleier eller helsefagarbeider, og hvem som skal ha dette ansvaret avtales i forkant av hver vakt. I intervju ble det påpekt at det blir gjort kjent på avdelingen hvem som har ansvar for legemiddelutdeling på hver vakt, slik at vedkommende ikke blir unødig forstyrret under utdelingen.

På SBS telles og kontrolleres legemidlene i dosetten og sammenlignes opp mot medisinkardexen⁶ for å sikre at riktig legemiddel i riktig mengde gis til riktig pasient. I medisinkardexen har hver pasient et skjema hvor det står hvilke legemidler pasienten skal ha til enhver tid. Hvis pasienten nekter å ta legemidlene noteres dette i medisinkardexen. Vi observerte at sykepleieren etter å ha delt ut legemidlet til pasienten fortløpende signerte for å ha utdelt legemidler.

For å sikre at riktig legemiddel gis til riktig pasient er ansatte på SBS bevisste på at de må kjenne pasientene for å vite hvem som er hvem. På lindrendeavdeling er pasientene i hovedsak sengeliggende, noe som gjøre det enklere å ha oversikt over pasientene. På rehabiliterendeavdeling kan pasientene oppholde seg i fellesområdet eller på rom under utdeling av legemidler. Pasientene på denne avdelingen kan mangle samtykkekompetanse. Det blir trukket fram i intervju at det er en utfordring å sikre at riktig pasient får riktig legemiddel når pasienten beveger seg rundt på avdelingen og mangler samtykkekompetanse.

Vi observerte ved en anledning utdeling av insulin som ble tatt opp i sprøyte. Sprøyten ble dobbelkontrollert, og deretter gitt umiddelbart til pasienten. Ved en anledning observerte vi at legemidler, blant annet et A-preparat, ble satt på nattbordet til en pasient slik at pasient kunne ta legemidlene etter at sykepleieren hadde forlatt rommet. Denne praksisen ble begrunnet med at pasienten var oppegående og det var viktig å la pasienten beholde denne beslutningsfunksjonen selv. Det ble påpekt at andre sykepleiere ville sjekke om legemidlene var tatt når de besøkte rommet senere på dagen. Det var kun en pasient som fikk utdelt legemidler på denne måten. De resterende pasientene ble observerte av sykepleier for å sikre at pasienten tok legemidlet. På SBS kunne vi observere flere tilfeller hvor medisintrallen sto ulåst på gangen mens sykepleierne delte ut medisiner på rommet til en pasienter.

Vi kunne observere at et legemiddel for soppinfeksjon konsekvent ble oppbevart ulåst på toppen av medisintrallen. Ansatte på rehabiliterende avdeling kunne bekrefte at dette ene legemidlet ble oppbevart på denne måten, men at det nylig på et avdelingsmøte ble bestemt at dette legemidlet nå skulle oppbevares innelåst i medisintrallen.

⁶ En medisinkardex er et dokumentsystem som viser hvilke legemidler pasienten er forskrevet, og hvor helsepersonellet dokumenterer blant annet utdeling.

I intervju med ansatte på SBS trekkes det fram at forstyrrelser under utdeling av legemidler er en av grunnene til at det oppstår avvik på dette området.

På Bjørgene kontrolleres og telles legemidlene i dosetten eller multidosen opp mot medisinkardexen for å sikre at riktig legemiddel i riktig mengde gis til riktig pasient. I medisinkardexen har hver pasient et skjema hvor det står hvilke legemidler pasienten skal ha til enhver tid. Hvis pasienten nekter å ta legemidlene noteres dette i medisinkardexen. Vi observerte at sykepleieren etter å ha delt ut legemidlet til pasienten fortløpende signerer for utdelt legemidler. Sykepleierne som delte ut legemidler observerte at pasienten inntok legemidlet. Hvis pasienten var unnnvikende ved inntak av legemidler, var sykepleieren tålmodig og observerte helt til pasienten svelget legemidlet. Ansatte på Bjørgene kunne fortelle under intervju at de alle fortløpende observerte etter bivirkninger eller dårlige reaksjoner på inntatt legemidler hos pasientene.

På dementavdelingen på Bjørgene mangler de aller fleste pasientene samtykkekompetanse. For å sikre at riktig legemiddel gis til riktig pasient fremhever ansatte på Bjørgene at det er viktig at de ansatte kjenner pasientene og vet hvem som er hvem. Når vi observerte utdeling av legemidler på denne avdelingen var alle pasientene i fellesområdet. Den eneste måten ansatte på Bjørgene kan identifisere pasientene på er ved å vite hvem som er hvem. Sykepleieren vi observerte hadde vært ansatt på avdelingen over lengre tid, og hadde ingen problemer med å identifisere pasientene.

I intervju med ansatte på Bjørgene nevnes det at forstyrrelser under utdeling av legemidler er en av grunnene til at det oppstår avvik på dette området.

6.2.3 Eventuell-medisin

Både Bjørgene og SBS har klare og tydelige rutiner for istandgjøring og utdeling av eventuell-medisin⁷. Vi observerte ikke istandgjøring eller utdeling av eventuell-medisin, men revisjonen fikk en innføring i rutinen og en praktisk gjennomgang av hvordan utdeling gjennomføres og dokumenteres i medisinkardexen.

På Bjørgene og SBS oppgir samtlige ansatte at eventuell-medisin kun gis til pasient hvis det er ordinert av lege. Lege har gjerne ordinert eventuell-medisin til den enkelte pasient i forkant, og dette står oppgitt i medisinkardexen. Hvis pasienten har behov for eventuellmedisin som ikke er ordinert av lege, må sykepleieren kontakte lege for å få ordinert legemidlet. Sykepleierne oppgir at de kan ringe tilsynslege eller legevakten for å få ordinert eventuell-medisin over telefonen. Hvis eventuell-medisin blir ordinert over telefon må sykepleierne lese opp ordinerings tilbake til legen over telefon for å sikre at ordinasjonen er forstått riktig.

På Bjørgene og SBS var alle ansatte innforstått med at det bare er sykepleiere som kan dele ut ordinert eventuell-medisin. Alle hjelpepleiere vi snakket med oppgir at de alltid kontakter sykepleier hvis de ser at en pasient har behov for eventuell-medisin. Når en sykepleier deler ut eventuell-medisin kontrolleres uttaket opp mot medisinkardexen for å sikre at riktig pasient får riktig legemiddel i riktig mengde. Deretter signeres det for utdelt eventuell-medisin. I etterkant skal den som delte ut legemidlet skrive ned effekten av eventuell-medisinen i medisinkardexen. Vi observerte at det signeres for utdelt eventuell-medisin på lik linje som andre legemidler, men det er betydelig mangler knyttet til dokumentering av effekten hos pasienten både på Bjørgene og SBS.

⁷ Eventuell-medisin er et samlebegrep om medisin som kan gis til en pasient som ikke er en del av medikamentene pasienten skal ha til daglig. Eksempel på eventuell-medisin er paracetamol og ibuprofen.

6.2.4 Byttbare legemidler

Både Bjørgene og SBS bruker byttbare legemidler på de avdelingene vi besøkte. Avdelingene mottar gjerne byttbare legemidler hvis de bestiller det billigste alternativet eller hvis apoteket er utsolgt for originalpreparatet. Hvis apoteket sender et byttbart legemiddel sender de også med informasjon om dette legemidlet slik at mottaker er innforstått med hva de har mottatt og hvilket preparat det byttbare legemidlet tilsvarer. Både på Bjørgene og SBS merkes emballasjen til det byttbare legemidlet med hvilket originalpreparat dette byttbare legemidlet tilsvarer. På alle medisinerommene vi besøkte var det et oppslagsverk hvor sykepleiere kan sammenligne byttbare legemidler med original preparater.

Noen pasienter kan oppleve å få en negativ reaksjon på et byttbart legemiddel. Selv om et byttbart legemiddel har samme virkestoffene som original preparatet, kan det være andre hjelpestoffer i disse legemidlene. Både på Bjørgene og SBS står det skrevet i medisinkardexen hvis legemidlet i dosetten eller multidosen er et byttbart legemiddel.

Ansatte oppgir i intervju at byttbare legemidler kan være en utfordring fordi disse legemidlene ikke bare har et annet navn enn original preparatet, men selve pillen kan også ha en annen form og farge, noe som kan gjøre det vanskelig å kjenne igjen byttbare legemidler når de ligger i en dosett som kun er merket med pasientens navn. Det påpekes også at byttbare legemidler er utfordrende fordi det kan være usikkert om et byttbart legemiddel kan knuses, blandes ut i vann osv.

6.3 Vurderinger

Vi vurderer at Bjørgene og SBS generelt har gode rutiner for istandgjøring og utdeling av legemidler. Revisjonen observerte at legemiddelutdelingen i det vesentlige foregikk i samsvar med interne rutiner og legemiddelhåndteringsforskriften. Vi observerte at ansatte på alle enhetene kontrollerte legemidlene opp mot medisinkardexen og kvitterte for utdelt legemidler.

Vi vurderer at det er uheldig at vi observerte et tilfelle på SBS hvor et A-preparat ble satt fram til en pasient uten at det ble påsett at det ble tatt. Vi vurderer at dette er et brudd på retningslinjene til Haugesund kommune, og rundskrivet fra Helsedirektoratet.

Dosettene på Bjørgene og SBS er merket med pasientens navn. Vi vurderer det som uheldig at dosetten ikke er merket med pasienten sin fødselsdato. Dette er et brudd på rundskrivet fra Helsedirektoratet.

Når det gjelder pasienter uten samtykkekompetanse på SBS og Bjørgene, baserer utdelingen seg på at sykepleierne vet hvilke pasient som er hvem. Vi anser dette systemet som sårbart. Ved bruk av vikarer og/eller helsefagarbeidere som ikke er kjent på avdelingen kan man ikke forvente at disse har kjennskap til pasientenes identitet. Dette medfører en risiko for at legemidler gis til feil pasient. Vi har kjennskap til sykehjem i andre kommuner har festet et bilde av hver pasient på skuffen til medisintrallen, eventuelt kan en ha bilde av pasienten i medisinkardex. På avdelinger med pasienter uten samtykkekompetanse kan dette være et hensiktsmessig tiltak for å sikre at riktig pasient får riktig legemiddel.

Vi vurderer at alle avdelinger vi besøkte har gode og bevisste rutiner for utdeling og håndtering av eventuell-medisin. Vi påpeker at Bjørgene og SBS kan bli bedre på å dokumentere effekten av eventuell-medisin i medisinkardexen.

Vi anser det som hensiktsmessig at både Bjørgene og SBS skriver navnet til original preparatet på emballasjen til det byttbare legemidlet. Dette bidrar til å sikre trygg bruk av disse legemidlene. Vi vurderer det også som positivt at alle medisinerommene har et oppslagsverk som de ansatte kan forholde seg til. Selv om avdelingene har iverksatt flere tiltak for å sikre forsvarlig bruk av byttbare legemidler, vil vi påpeke at de ansatte vi har snakket med fremdeles synes byttbare legemidler er en utfordring. Dette kan indikere at det er behov for mer systematisk opplæring av de ansatte i byttbare legemidler.

7. Tilberedning

I dette kapittelet svarer vi på problemstilling 5. "I hvilken grad er det etablert relevant internkontroll for å etterleve krav til tilberedning av legemidler?"

Prosedyrer:

- I. Faglig forsvarlighet
- II. Utforming av lokaler
- III. Risiko for sammenblanding og/eller forurensning av produkter

7.1 Revisjonskriterier

Tilberedning⁸ av legemidler skal skje på en forsvarlig måte, og i lokaler som er utformet og dimensjonert slik at risikoen for sammenblanding av produkter, krysskontaminasjon og annen forurensning av produkter unngås jf. forskrift om legemiddelhåndtering § 8, første ledd.

Virksomhetsleder har ansvar for at å foreta sårbarhets- og risikovurderinger som grunnlag for å sikre faglig forsvarlig tilberedning. Hygieneinstrukser, arbeidsmetodikk og dokumentasjon skal være tilpasset art og omfang av tilberedningen og skal være en del av virksomhetens internkontrollsystem jf. forskrift om legemiddelhåndtering § 8, annet ledd.

7.2 Fakta

De ansatte på Bjørgene og SBS opplyser at de sjeldent tilbereder legemidler. Kun i noen tilfeller antibiotika. Revisjonen har hatt en omvisning på medisinrommet hvor sykepleieren som fulgte oss kunne fortelle hvordan de tilbereder legemidler og hvordan avtrekkssystemet fungerer.

Alle avdelingene vi besøkte har egne medisinrom som er låst til enhver tid. Det er kun ansatte med sykepleier- og vernepleierutdanning som har elektronisk adgangskort til medisinrommet. Alle medisinrommene vi besøkte på SBS og Bjørgene har funksjonen som medisinlager, istandgjøringsrom og tilberedningsrom for legemidler.

Det er noe ulik størrelse og fasiliteter på medisinrommene på SBS og Bjørgene. SBS har noe større medisinrom, og egne "avtrekkbokser" for å tilberede antibiotika. På Bjørgene er medisinrommet en del mindre, og har en avtrekksvifte som kan manøvreres over arbeidsbenken for å sikre avtrekk ved tilberedning av antibiotika. Alle medisinrommene vi besøkte har en god og rengjort arbeidsflate hvor sykepleiere kan tilberede legemidler.

SBS eller Bjørgene kan ikke vise til egne rengjøringsrutiner på medisinrommet. Det oppgis på alle avdelingene at sykepleierne har et selvstendig ansvar i forhold til personlig hygiene og rengjøring før og etter tilberedning og istandgjøring. Gulvflaten blir rengjort av renholdspersonale en gang i uken. Renholderpersonale har ikke adgangskort til medisinrommet, så en sykepleier må låse dem inn. På alle

⁸ Enkel tilvirkning av legemiddel som på grunn av kort holdbarhet, må gjøres bruksferdig umiddelbart før bruk.

avdelingene er det vanlig praksis at en sykepleier observerer og følger med når renholdspersonale vasker på medisinrommet.

Vi har ikke observert eller fått dokumentert at enhetsledere ved SBS og Bjørgene har gjennomført sårbarhets –og risikovurderinger for tilberedning av medikament på medisinrommet.

7.3 Vurderinger

Vi vurderer at selv om størrelsen og fasilitetene på medisinrommene er noe forskjellig på SBS og Bjørgene er alle medisinrommene egnet for tilberedning og oppbevaring av legemidler. Alle medisinrommene har rengjorte og gode arbeidsflater, samt god ventilasjon. Vi vurderer at det er positivt at alle medisinrommene på SBS og Bjørgene er låst med elektronisk lås, og det bare er sykepleiere som har adgangskort til disse rommene.

Både SBS og Bjørgene kan vise til at medisinrommet blir vasket en gang i uken av renholdspersonale og at alle ansatte har et selvstendig ansvar for personlig hygiene. Vi vurderer det som noe negativt at verken SBS eller Bjørgene kan vise til egne hygiene/renholds instruksjoner for medisinrommene.

Selv om vi vurderer det slik at dette er uheldig, er det verdt å påpeke at medisinrommene fremstår som ryddig, organiserte og rengjort, og verken SBS eller Bjørgene tilbereder store mengder legemidler. Det er nesten utelukkende antibiotika som tilberedes på medisinrommene.

8. Kontroll av legemidler i reseptgruppe A og B

I dette kapittelet svarer vi på problemstilling 6. "I hvilken grad blir kravene rundt dokumentasjon og kontroll av legemidler for reseptgruppe A og B etterlevd?"

8.1 Revisjonskriterier

For legemidler i reseptgruppe A skal virksomheten dokumentere all mottak og uttak av legemidler, herunder hva den enkelte pasient har fått av slike legemidler. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og oppbevares i 5 år jf. forskrift om legemiddelhåndtering § 9.

Mottak og utdeling av A- preparater skal kontrolleres og signeres av to kvalifiserte personer på enheten jf. rundskrivet fra Helsedirektoratet.

Legemidler i reseptgruppe A skal oppbevares adskilt fra andre legemidler, slik at de er enkle å identifisere, og regnskapsplikten enkelt kan overholdes jf. rundskriv fra Helsedirektoratet.

For legemidler i reseptgruppe B skal virksomheten ha oversikt over mottak og uttak av legemidler, samt at mottatt mengde skal sammenholdes med faktisk bruk på enhetsnivå jf. forskrift om legemiddelhåndtering § 9, bokstav b.

8.2 Fakta

8.2.1 Mottak og uttak av A- og B-preparater

I dokumentet "retningslinjer for legemiddelhåndtering" i Haugesund kommune heter det at alt mottak og utdeling av A- og B- preparater skal bokføres. Kontroll av lagerbeholdningen skal skje fortløpende, eventuelt minst en gang i måneden. Intern prosedyre skal utarbeides på hver enhet.

På Bjørgene og SBS blir A-preparater oppbevart i originalemballasjen i et eget låsbart skap på medisinerrommet. På alle enhetene vi besøkte stod nøkkelen til dette skapet i låsen. B-preparater blir oppbevart i en egen skuff adskilt fra andre legemidler. Bjørgene og SBS kunne vise til god orden på medisinerrommet og i medisinskapene.

På alle avdelingene signeres det for dobbeltkontroll av mottak og uttak av A- og B-preparater, men på dette punktet observerte vi avvik på alle avdelingene. For A- preparater var det gjennomgående 5-10% manglende dobbeltkontroll, og vi kunne observere at avvikene for B-preparater var en del større. Det ble oppgitt i intervju med ansatte på SBS at dobbeltkontroll til tider kunne være utfordrende i en hektisk hverdag.

På Bjørgene blir Istandgjorte A- preparater oppbevart i dosett. Dosettene med A-preparater blir oppbevart innelåst på medisinerrommet. Dosettene er merket med pasientens navn og fødselsdato, samt legemidlets navn og virkestoff. Vi kunne observere at sykepleiere som delte ut A-preparater måtte hente

disse i medisinskapet fortløpende under utdeling. Vi kunne også observere at sykepleieren som hentet ut A-preparater fikk dobbelkontrollert uttaket og utdelingen av en helsefagarbeider.

På SBS blir istandgjorte A-preparater oppbevart i dosett sammen med andre legemidler. Dosettene er merket med pasientens navn. Dosettene som inneholder A-preparater blir oppbevart i medisintrallen gjennom hele uken. Det er noe ulik praksis for oppbevaring av medisintrallen på SBS. På lindrende avdeling blir medisintrallen oppbevart på eget låsbart rom over natten, men alle ansatte på avdelingen har nøkkelkort til dette rommet. På rehabiliterende avdeling observerte vi på kveldsvakten at medisintrallen ble oppbevart på gang. Sykepleiere på vakt denne kvelden kunne fortelle at det var vanlig praksis på avdelingen. Når vi besøkte rehabiliterende avdeling på dagtid var alle medisintrallene oppbevart på medisinnrommet. Ansatte på dagvakt kunne fortelle at medisintrallene alltid ble oppbevart innelåst på medisinnrommet. Under utdeling av A-preparater på SBS lindrende og rehabilitering kunne vi observere at utdelingen ikke ble dobbelkontrollert av en annen sykepleier eller helsefagarbeider.

8.2.2 Dokumentasjon

Bjørgene og SBS fører narkotikaregnskap for A- og B-preparater. A- og B preparater har et eget skjema i narkotikaregnskapet. Disse skjemaene viser uttak, mottak, restbeholdning, dato og styrke på preparatene. Mottak og uttak av disse preparatene blir registrert fortløpende, og avdelingene foretar kontroller opp mot faktisk beholdning. Det er noe ulik praksis mellom avdelingene hvor ofte en slik kontroll gjennomføres. På samtlige avdelinger oppgis det i intervju at kontroll av restmengde opp mot faktisk beholdning gjennomføres oftere enn det legemiddelforskriften krever fordi de ønsker å unngå at arbeidsmengden blir for stor.

I rutinen for A- og B-preparater på Bjørgene heter det at dokumentasjon knyttet til A- og B-preparater skal oppbevares i tre år. Ansatte på Bjørgene og SBS rehabiliterende avdeling var usikre i intervju hvor lenge dokumentasjonen skulle oppbevares. Det var kun på SBS lindrende avdeling at ansatte kunne informere om at dokumentasjonen skulle oppbevares i fem år.

Vi gjennomførte stikkprøver av ett A-preparat og ett B-preparat på alle avdelingene vi besøkte ved å sammenligne restmengde i narkotikaregnskapet opp mot faktisk beholdning på medisinnlagret. Alle stikkprøvene var uanmeldt, og revisjonen valgte selv ut hvilke legemidler vi ville teste. Stikkprøvene viste at restmengde og faktisk beholdning var samstemte på alle avdelingene vi besøkte.

8.3 Vurderinger

Vår overordnende vurdering er at Bjørgene og SBS oppbevarer A- og B- preparater i samsvar med legemiddelhåndteringsforskriften. A- preparater blir oppbevart adskilt fra andre legemidler i et eget låsbart skap, og B-preparater adskilt i egen skuff. En slik organisering gjør legemidlene enklere å organisere og regnskapsplikten enklere å overholde.

Vedrørende oppbevaring av istandgjorte A-preparater er det større forskjeller mellom institusjonene. Vi vurderer det som negativt at istandgjorte A-preparater på SBS oppbevares i ukesdosett sammen med andre legemidler. En slik praksis fører til at A-preparatene ikke oppbevares adskilt fra andre legemidler, noe som fører til at de ikke er enkle å identifisere, og det kan være noe vanskeligere å overholde regnskapsplikten. Denne praksisen er et brudd på legemiddelhåndteringsforskriften.

Videre vil revisjonen påpeke at det er uheldig at SBS oppbevarer dosetter med A-preparater i medisintrallen da retningslinjene til Haugesund kommune krever at dosetter med A-preparater skal oppbevares innlåst på medisinnrommet.

Ved utdeling av A-preparater observerte vi at det er noe forskjellig praksis mellom Bjørgene og SBS. I rundskrivet fra Helsedirektoratet og retningslinjene for Haugesund kommune heter det at det skal være to helsepersonell som tar ut og utleverer A-preparatet til pasienten. Dette ble observerte gjort på Bjørgene, men ikke på SBS. På SBS var det kun en sykepleier som delte ut et A-preparat til pasient, og

dette vurderer vi som et brudd på rundskrivet fra Helsedirektoratet og retningslinjene til Haugesund kommune.

Vi vurderer at Bjørgene og SBS har god og oppdatert regnskapspraksis for A – og B- preparater. Vi vurderer det som positivt at alle avdelingene har samme regnskapspraksis for B-preparater som A-preparater. Både Bjørgene og SBS kan vise til at de kontrollerer narkotikaregnskapet opp mot faktisk beholdning oftere enn det legemiddelhåndteringsforskriften krever. Revisjonen vil også påpeke at stikkprøvene vi gjennomførte på alle avdelingene viste at restbeholdning stemte med faktisk beholdning.

Vi vurderer det som negativt at dobbelsignering ved uttak mangler i noen tilfeller for A-preparater, og oftere for B-preparater på alle avdelingene vi besøkte. Rundskrivet fra Helsedirektoratet krever bare dobbelsignering for A-preparater, så manglende dobbelsignering for B-preparater er ikke et brudd på rundskrivet. Vi vurderer at manglende dobbelsignering for A-preparater er et brudd på rundskrivet fra Helsedirektoratet, og kan føre til dårligere kontroll med disse preparatene.

Vi vurderer det som uheldig at den interne rutinen for Bjørgene krever oppbevaring av dokumentasjon i tre år. Revisjonen vil også påpeke at det kun var SBS lindrende avdeling som kunne redegjøre for korrekt arkiveringstid for dokumentasjon knyttet til mottak og uttak av A- og B- preparater. Legemiddelhåndteringsforskriften krever oppbevaring av slik dokumentasjon i fem år, og manglende styring og kontroll av denne dokumentasjon kan få uheldige utfall ved revidering eller tilsyn fra blant annet legemiddelverket. Vi anbefaler Haugesund kommune å endre retningslinjene for oppbevaring av dokumentasjon, og at alle institusjonene i Haugesund kommune får informasjon om korrekt arkivering av dokumentasjon tilknyttet A- og B- preparater.

9. Avvikshåndtering

I dette kapittelet svarer vi på problemstilling 8. " Avvikshåndtering."

- I. I hvilken grad er rutiner for avvikshåndtering etablert?
- II. Hvordan er rutinene gjort kjent?
- III. Hvordan blir rutinene oppdatert?
- IV. I hvilken grad er avdekket avvik innarbeidet i rutinene?
- V. Hva var omfanget av avvik knyttet til legemiddelhåndtering i 2015-2016, samt hvordan ble avvikene fulgt opp og lukket?

9.1 Revisjonskriterier

Virksomhetsleder skal etablere prosedyrer for avvikshåndtering. Denne prosedyren skal gjøres kjent i virksomheten jf. forskrift om legemiddelhåndtering § 4, sjette ledd, bokstav a. Hensynet bak god avvikshåndtering er at virksomhetsleder skal kunne analysere og bruke avvikene til å forbedre rutinene/prosedyrene og kvaliteten på legemiddelhåndtering.

9.2 Fakta

Haugesund kommune kan vise til en prosedyre for avvikshåndtering i sine retningslinjer for legemiddelhåndtering. I denne prosedyren defineres avvik, formålet med å føre avvik, samt ansvar og roller knyttet til det å føre og følge opp avvik. Haugesund kommune sine enheter bruker avvikssystemet RiskManager, og kommunen kan vise til et kurshefte for bruk av dette avvikssystemet. Bjørgene og SBS oppgir at de bruker disse prosedyrene, samt avvikssystemet Riskmanager som ledd i arbeidet med å forbedre legemiddelhåndteringen.

Avviksrutinene og avvikssystemet blir gjort kjent for nyansatte, og er blant annet et tema på avdelingsmøter. De ansatte blir oppfordret til å føre avvik, og flere avdelingssykepleiere og enhetsledere vi har snakket med fremhevet at de får bedre oversikt over utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering hvis de ansatte er flinke til å føre avvik. På Bjørgene og SBS utdyper de ansatte at avviksmeldinger blir analysert og gjennomgått av avdelingssykepleier og enhetsleder. Deretter lukkes avvikene fortløpende. Dersom det er flere avvik som gjelder en ansatt, tar avdelingssykepleier eller enhetsleder en oppfølgingssamtale med vedkommende. Dersom en type avvik går igjen, tas dette opp på avdelingen.

Flere sykepleiere og helsefagarbeidere på Bjørgene og SBS uttrykker i intervju at avviksføring er noe uklart. Alle ansatte vi har snakket med er innforstått med at de kan føre avvik. Men flere ansatte er usikre på hva som kvalifiserer som et avvik og om ansatte skal føre avvik på seg selv. Flere ansatte trodde for eksempel at et avvik kun er brudd på prosedyrer eller retningslinjer som direkte påvirke pasienten. Hvis en feil ble oppdaget før det påvirket pasienten mente flere ansatte at dette ikke var et avvik. Flere ansatte var heller ikke innforstått med at de skal føre avvik på seg selv hvis de selv bryter retningslinjene til Haugesund kommune eller legemiddelhåndteringsforskriften.

9.2.1 Omfang av medikamentavvik⁹

Type avvik	2015	2016	2017	Sum
Annet	175	175	210	560
Legemiddel	278	278	365	921
Sum	453	453	575	1481

Tabellen viser antall tjenesteavvik registrert ved institusjonene Haraldsvang, Udland, Bjørgene og Sentrum behandlingsstenter (SBS) i perioden fra 2015 til 2017¹⁰. Som det fremgår av tabellen består størstedelen av de registrerte avvikene av avvik knyttet til legemiddel. Total var 62 % av de registrerte avvikene mellom 2015-2017 legemiddelavvik.

Institusjon	Type avvik	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Haraldsvang	Annet	12	36	57	17%	31%	29%
	Legemiddel	59	81	137	83%	69%	71%
Sum Haraldsvang		71	117	194			
Udland	Annet	146	90	75	52%	49%	64%
	Legemiddel	133	92	42	48%	51%	36%
Sum Udland		279	182	117			
Bjørgene	Annet	17	26	22	17%	23%	21%
	Legemiddel	86	86	85	83%	77%	79%
Sum Bjørgene		103	112	107			
SBS	Annet		23	56		55%	36%
	Legemiddel		19	101		45%	64%
Sum SBS			42	157			

Per institusjon er det noe variasjon mellom enhetene både i omfang av registrerte avvik og hvor stor andel av avvikene som er knyttet til legemiddelhåndtering. Det er likevel tydelig at ved alle institusjonene er medikamentavvik en betydelig andel av registrerte avvik.

Det er stor variasjon knyttet til hva de registrerte medikamentavvikene gjelder. Noen av avvikene som går igjen gjelder at medisinaler har stått ulåst, at medisiner er gitt på feil tidspunkt, en har glemt å gi medikament, det mangler signatur på at medikament er gitt til pasient, smertepaster er ikke blitt byttet og feil i narkotikaregnskap.

Vi har plukket ut fem enkeltavvik fra Bjørgene og SBS hvor vi har fått tilsendt den registrerte beskrivelsen og oppfølgingen av avvikene.

Feil i beholdning av Vival/stesolid:

Ved ukekontroll skulle vi ha 34 tabletter i beholdning. Det var 33 stk. Vi var to som var tilstede under kontroll. Siste gang det var tatt ut Vival 2 mg var 22/2-17. Det var da tatt ut 14 stk til dosett til en pasient. Har ikke hatt anledning å gå igjennom alle medisinkurver for å se om det er blitt gitt til pasient uten at det er registrert ut i regnskapet. Kontaktet spi som hadde låst ut 14 tabletter, hun bekrefter at de har signert på at rett antall skal være 34, og vet ikke hva som har hendt.

⁹ Haugesund kommune hadde ikke mulighet til å skille mellom medikamentavvik og andre avvik i Risk Manager. Vi har derfor manuelt kontrollert antall avvik basert på tittelen på avvikene. Ettersom titlene i noen grad ikke nødvendigvis gir en god beskrivelse av type avvik, er fordelingen mellom type avvik et ca. estimat.

¹⁰ Sentrum behandlingssenter åpnet høsten 2016. Det ble derfor registrert avvik fra 2015 og bare i deler av 2016.

Avviket ble fulgt opp av fagansvarlig ved avdelingen. Avviket ble lukket med en avsluttende vurdering om at en antar at feilen skyldes menneskelig svikt og manglende oppmerksomhet, da preparatet ble tatt fra beholdningen.

Tbl. funnet igjen i multidosepose til bruker:

Funnet Lyrica 25mg i kastet multidosepose. Posen var dosert søndag 29.10.17 kl. 07.00.

Dette avviket var på tidspunkt for oversendelse ikke behandlet¹¹.

Legemiddelhåndtering:

Det manglet Mirtazapin 45 mg (remeron) i dosett morgen og kveld, alle dager.

Avviket er lukket. Det fremgår at dosett ble etterfylt, og det ble gjort en gjennomgang av medikamenthåndtering. I den avsluttende vurderingen fremgår det at det vil bli fokus på medikamenthåndtering og rutiner i avdelingen, og at en skulle gjennomgå informasjon om dette til alle på neste personalmøte.

Gitt feil medisin til pasient:

Pasient på rom 625 ble gitt medisin som pasient på rom 627 skulle hatt. Dette ble oppdaget halvannen time senere. Feil ble gjort pga konsentrasjonssvikt/forveksling.

Det går frem av avviksbeskrivelsen at lege på legevakt ble varslet, som ordinerte tiltak for pasienten. Avviket ble senere lukket da melder selv tok kontakt med legevakt og satt igang tiltak, avdelingssykepleier har i etterkant hatt samtale om avviket med melder. Avviket ble tatt til kjenne.

Glemte å signere for medisin

Det var blitt glemt å signere for Dolcontin kl. 08, tabl. Var borte fra dosett.

Det ble vurdert at det som mest sannsynlig hadde skjedd var at en sykepleier hadde gitt A preparat, mens den andre tok med seg kardexen i forbindelse med legevisitt – så er det blitt glemt å signere. Det ble sendt en SMS til den aktuelle ansatte i etterkant for å bevisstgjøre han/hun. Videre fremgår det at en har hatt samtale i gruppa i forhold til bevisstgjøring av at en må lese ordinasjonskortet nøye og ha fred og ro rundt medikamentutdelingen.

9.3 Vurderinger

Vi vurderer at Bjørgene og SBS har prosedyrer for avvikshåndtering da de følger avviksprosedyren i retningslinjene til Haugesund kommune. Vi vurderer at avvikssystemet Riskmanager er et godt og oversiktlig avvikssystem, og det er positivt at nyansatte får opplæring i systemet gjennom Haugesund kommune sitt kurshefte for avviksføring i Riskmanager. Vi vurderer at det er positivt at alle avdelingssykepleiere og enhetsledere følger opp avvik, og at registrerte avvik brukes til å forbedre legemiddelhåndteringen på institusjonene.

Vi vurderer det som negativt at flere ansatte er usikre på avviksrutinene. Det er blant annet gjennomgående på alle avdelingene at de ansatte er usikre på hva et avvik er. Flere ansatte beskriver avvik som brudd på retningslinjer eller prosedyrer som direkte påvirker pasienten. I retningslinjene til Haugesund kommune heter det derimot at *alle* brudd på retningslinjene og interne prosedyrer er å anse som avvik.

¹¹ Det vil si at det per 30.11.17 ikke var behandlet.

Bjørgene og SBS har prosedyrer for avvikshåndtering, men bryter etter vår vurdering legemiddelhåndteringsforskriften da prosedyren ikke er gjort godt nok kjent i virksomheten, herunder for eksempel definisjonen av avvik. Vi vil anbefale at alle avdelingene gjennomgår avviksrutinene for sine ansatte. Vi vil også påpeke at manglende kjennskap til avviksrutinene blant de ansatte kan ha ført til underrapportering av avvik.

Avviksstatistikken viser at en stor andel av de registrerte tjenesteavvikene gjelder legemiddelavvik. Enkeltavvikene vi har beskrevet viser at avvikene blir fulgt opp med vurderinger og tiltak.

10. Oppsummerende vurdering

Samlet sett vurderer revisjonen at håndtering av legemidler på SBS og Bjørgene i stor grad samsvarer med legemiddelhåndteringsforskriften, og legemiddelhåndteringen fremstår som forsvarlig. Likevel fremgår det av observasjoner og intervju at det er enkelt momenter og praksiser som bør endres eller forbedres for å overholde legemiddelhåndteringsforskriften fullt ut.

Momentene og praksisen som bør endres eller forbedres er særlig knyttet til intern praksis på institusjonene, men også i noen få tilfeller knyttet til retningslinjene fra Haugesund kommune som enten ikke omtaler spesifikke situasjoner, eller viser til prosedyrer som ikke er i tråd med legemiddelhåndteringsforskriften.

Revisjonen vil påpeke at vi anser det som positivt at Haugesund kommune har egne retningslinjer for legemiddelhåndtering. Retningslinjene er godt utformet og vi kan tydelig se at retningslinjene følger systematikken til legemiddelhåndteringsforskriften og rundskrivet fra Helsedirektoratet. Revisjonen vurderer det som positivt at ansatte fra forskjellige enheter deltar i arbeidet med å utforme og revidere retningslinjene. En slik praksis bidrar til at problemer fra forskjellige enheter blir belyst og tatt til etterretning når nye retningslinjer blir utarbeidet, og en felles retningslinje kan også bidra til å minke forskjellene innad i enhetene i Haugesund kommune, samt at alle enhetene i kommunen får et eierforhold til retningslinjen.

11. Anbefalinger

Det fremgår av denne undersøkelsen at legemiddelhåndteringen i Haugesund kommune bryter med forskriften om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp på enkelte punkter. For å etterleve gjeldende rett må kommunen:

- ✓ Sørge for at enhetslederne ved institusjonene utpeker en faglig rådgiver med lege eller provisorfarmasøyt utdanning, og denne rådgivende rollen må formaliseres i samsvar med forskriften.
- ✓ Sørge for at SBS lindrende avdeling unngår praksisen hvor de tillater at pasienter selv får bestemme når de ønsker å ta legemidler, uten at legemiddelet blir påsett tatt.
- ✓ Sørge for at Bjørgene og SBS merker dosettene med både pasientens navn og fødselsdato.
- ✓ Sørge for at Bjørgene og SBS får på plass hygieneinstruks på medisinerommene slik at risikoen for krysskontaminasjon under tilberedning av legemidler reduseres.
- ✓ Sørge for at SBS oppbevarer istandgjorte A-preparater adskilt fra andre medikamenter innelåst på medisinerommet.
- ✓ Endre retningslinjene for legemiddelhåndtering slik at det er utvetydelig at dokumentasjon av mottak og uttak av A- og B- preparater skal oppbevares i fem år.
- ✓ Sørge for at avdelingene gjennomgår avviksrutinene for sine ansatte slik at alle ansatte er gjort kjent med rutinene, blant annet at de er innforstått med hva et avvik er.

Videre anbefales det at kommunen bør:

- ✓ Arbeide mer systematisk med kompetanseutvikling også for sykepleiere/vernepleiere innenfor legemiddelhåndtering.
- ✓ Sørge for at Bjørgene og SBS iverksetter tiltak for å sikre at det er mulig å identifisere pasienter som mangler samtykkekompetanse. Eksempel på slike tiltak kan være å ha bilde av pasienten lett tilgjengelig eller bruk av navnebånd.
- ✓ Sørge for at Bjørgene og SBS blir flinkere til å dokumentere effekten av eventuell-medisin i medisinkardexen.
- ✓ Sørge for at Bjørgene og SBS gir tilstrekkelig opplæring til sine ansatte i bruk og håndtering av byttbare legemidler.

12. Uttalelse fra rådmannen

HØRINGSSVAR FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT - LEGEMIDDELHÅNTERING

Vi viser til utkast til forvaltningsrevisjonsrapport «Legemiddelhåndtering» til høring og uttalelse, mottatt her 15. februar 2018. Rådmannen konstaterer at forvaltningsrevisjonsrapporten konkluderer med at håndtering av legemidler ved Sentrum behandlingssenter og Bjørgene omsorgssenter i stor grad samsvarer med legemiddelhåndteringsforskriften, og at legemiddelhåndteringen fremstår som forsvarlig.

Til høringens del 1, verifisering av fakta, har rådmannen ingen kommentarer.

Til høringens del 2, uttalelse til rapporten, vil rådmannen umiddelbart følge opp de anbefalinger som er gitt. Konkret betyr dette å korrigere de feil som er påpekt, samt å vurdere den praktiske håndteringen av legemidlene i enhetene slik at den forbedres. Videre sammenholde forvaltningsrevisjonsrapporten med overordnet rutine for legemiddelhåndtering som for tiden er under revisjon, i tillegg til lokale rutiner ved enhetene. Noen tiltak er allerede iverksatt, samt andre tiltak vil bli fulgt opp systematisk i hele organisasjonen.

Når endelig forvaltningsrevisjonsrapport foreligger, vil denne bli presentert og gjennomgått i alle enheter i helse og omsorg.

Oppsummert tar rådmannen rapporten fra KPMG til etterretning, og vil følgelig bruke den som et godt korrektiv og et viktig bidrag i arbeidet med å øke kvaliteten i legemiddelhåndteringen i Haugesund kommune.

Med hilsen

Ole Bernt Thorbjørnsen
rådmann

Gunnar Johan Eljervik
rådgiver

Vedlegg 1 Dokumentliste

- ✓ Forsvarlig legemiddelhåndtering – Haugesund kommune
- ✓ Retningslinjer for legemiddelhåndtering – Haugesund kommune
- ✓ Rutine for legemiddelgjennomgang av pasienter i sykehjem med langtidsopphold
- ✓ Apotek 1 – rutine for haste- og akuttbestilling
- ✓ Apotek 1 – rutine for bestilling og levering av legemidler til institusjon
- ✓ Apotek 1 – informasjon om generisk bytte av legemidler
- ✓ Kurshefte for avvikshåndtering i Riskmanager
- ✓ Diverse skjemaer for håndtering av legemidler i medisinkardex
- ✓ Statistikk over avviksmeldinger som gjelder medisinshåndtering – Haugesund kommune
- ✓ Rutine for E-læringskurs ved SBS
- ✓ Beskrivelse av E-læringskurs – Haugesund kommune
- ✓ Rutine for adgang til medisinerom og medisintraller ved SBS
- ✓ Rutine for medisin i dosett – Haugesund kommune
- ✓ Rutine for A- og B-preparater feil i beholdning – Haugesund kommune
- ✓ Diverse skjemaer for oversikt over A- og B- preparater
- ✓ Rutine for Bjørgene – A- og B- preparater oppbevaring og utlevering
- ✓ Rutine for Bjørgene – A- og B- preparater kontroll og lagerbeholdning
- ✓ Rutine for Bjørgene – administrasjon Multidose AD avd.
- ✓ Rutine for Bjørgene – feilmedisinering
- ✓ Rutine – ansvarsoverføring mellom fastlege og kommunens hjemmetjeneste
- ✓ Sjekkliste for praktisk gjennomgang på avdeling
- ✓ Eksempel på fullmakt til utlevering av legemidler
- ✓ Eksempel på fullmakt til injeksjon av insulin
- ✓ Eksempel på risikovurderingsskjema – Bjørgene
- ✓ Handlingsplan HMS – Haugesund kommune
- ✓ Organisasjonskort – Haugesund kommune
- ✓ Tjenestoområde helse og omsorg
- ✓ Diverse avviksbeskrivelser - SBS og Bjørgene

Vedlegg 2 Revisjonskriterier

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp og Rundskriv fra helsedirektoratet, IS-2015-7

§ 3. Definisjoner

b) Virksomhetsleder: den som har det overordnende ansvaret for helsehjelpen som ytes i den enkelte virksomhet.

Til bokstav b:

I rundskrivet om ledelse i sykehus er det presisert at det i hver organisatorisk enhet i helsevesenet skal være en leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. Ut i fra dette rundskrivet må virksomhetsleder forstås som den som er den øverste lederen i hver institusjonene

§ 4. Virksomhetsleders ansvar

Virksomhetsleder skal sørge for at legemiddelhåndtering i virksomheten utføres forsvarlig og i henhold til gjeldende lover og forskrifter.

Når virksomhetsleder ikke selv er lege eller provisorfarmasøyt, skal det utpekes en faglig rådgiver med slik utdanning.

Virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse. Helsepersonellens kompetanse må vurderes individuelt ut fra vedkommendes formelle og reelle kvalifikasjoner og oppgavens art, før legemiddelhåndtering kan utføres.

Til annet ledd:

I rundskrivet fra Helsedirektoratet heter det at denne faglige rådgiveren skal bidra til å gi virksomhetsleder et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag i saker som gjelder helsefaglig, herunder legemiddelfaglige spørsmål.

Til tredje ledd:

For tredje ledd følger det av IS-2015-7 at virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagfeltet, samt kunnskap om virksomhetens internkontrollsystem. I dette ligger det at virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell ved virksomheten har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Dette innebærer å gi alle medarbeidere tilstrekkelig opplæring og videre- og etterutdanning. Tildeling av oppgaver innenfor legemiddelhåndtering må skje etter en konkret vurdering av kvalifikasjonene til personen som delegeres oppgaven. Vurderingen av kompetansen skal vurderes individuelt på bakgrunn av oppgavens art og de formelle og reelle kvalifikasjonene slik som helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning, opplæring og yrkeserfaring. Vurderingen skal dokumenteres.

Virksomhetsleder kan bestemme at noen bare skal gis enkeltstående oppgaver, mens andre skal ha

bredere oppgaver innen legemiddelhåndtering. Helsepersonell som har oppgaver i legemiddelhåndteringsprosessen forventes å ha faglig kompetanse og erfaring på følgende områder: Legemidlenes virkning og virkemåte, holdbarhet og oppbevaring, ulike legemiddelformer, byttbare legemidler, interaksjoner, bivirkninger, legemiddelregning, kunnskap om dosering, aseptisk arbeidsteknikk ved tilsetninger, dokumentasjon, avvikshåndtering. Når det gjelder utdeling av ferdig istandgjort legemiddel til pasient, kan virksomhetsleder, så langt det anses faglig forsvarlig også benytte helsepersonell som ikke fullt ut innehar kompetanse som eksemplifisert foran. Dette gjelder ikke intravenøse injeksjoner og infusjoner.

§ 5a. Legemiddelgjennomgang i sykehjem

Legemiddelgjennomgang skal sikre god kvalitet ved behandling med legemidler i sykehjem.

Virksomheten skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasient med langtidsopphold i sykehjem ved innkost og minst en gang årlig. Utover dette skal legemiddelgjennomgang utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling.

Legemiddelgjennomgang utføres av lege, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell.

§ 7. Krav til istandgjøring og utdeling

Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.

Istandgjøring og utdeling av legemidler skal som hovedregel skje på grunnlag av ordinering gjort til enkeltpasient. Unntatt fra dette er utdeling av legemidler som skjer på grunnlag av ordinering gjennom virksomhetens prosedyre og gjelder kun situasjoner der slik ordinering er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Prosedyren skal være fastsatt av virksomhetsleder, og utarbeidet i samråd med helsepersonell med rekvireringsrett til pasient.

Et istandgjort legemiddel skal på forpakningen eller beholderen være merket med opplysninger om pasientens identitet og legemidlets navn og virkestoff, samt styrke, dose og andre opplysninger som er nødvendig for en sikker håndtering.

Det kan byttes mellom byttbare legemidler. Virksomheten skal i internkontrollsystemet ha prosedyrer som sikrer forsvarlig bytte mellom byttbare legemidler, herunder hvilken kompetanse den som skal utføre byttene skal ha.

Til tredje ledd:

Når et legemiddel er istandgjort skal det merkes på en slik måte at pasienten som skal tilføres legemidlet er entydig identifisert, og med en entydig beskrivelse av hvilket legemiddel det er. Den som deler ut legemidler bør ha dokumentasjon som sikrer kontroll på at det utdeles riktig legemiddel til riktig pasient. Følgende merking anses som et minimumskrav: Pasientens identitet, legemidlets navn og virkestoff, styrke på legemidlet, dose, legemiddel til injeksjon skal merkes med administrasjonsmåte.

Dersom institusjonen er konsekvent i sin ordineringspraksis, gjennom at det enten ordineres på virkestoff eller på preparatnavn, er det ikke nødvendig å merke med både preparatnavn og virkestoff.

Merking kan sløyfes hvis dersom legemidlet under istandgjøring og utdeling er innenfor en persons håndtering og ikke blir lagt eller plassert i en mellomlagingssituasjon, slik som tralle, på benk eller lignende.

Merking av pasientens navn kan sløyfes for identifiserbare legemidler (endose/multidose) som tas ut av skuff eller beholder for den enkelte pasient og deles ut umiddelbart. I slike tilfeller skal utdelingen kontrolleres mot kurven eller annen oppdatert informasjon.

De som deler legemidler ut fra dosett, må ha tilgang til oppdatert dokumentasjon som utdelingen kan kontrolleres opp mot eks. Kurve/medisinkardeks/medisinkort.

I rundskrivet fra helsedirektoratet heter det at dosettene må alltid merkes med pasientens navn og fødselsdato.

Til fjerde ledd:

Legemiddelverkets bytteliste er et godt utgangspunkt for å utarbeide prosedyrer som sikrer forsvarlig bytte av legemidler i virksomheten. Prosedyren bør for øvrig beskrive hvem som kan beslutte bytte og hvordan byttet skal gjennomføres i praksis, samt krav til både formell og real kompetanse hos den som utfører byttet. Dobbeltkontroll bør gjennomføres. Hvilket legemiddel som gis til pasienten etter et bytte skal dokumenteres i pasientjournalen.

Videre heter det i rundskrivet fra Helsedirektoratet at helsepersonell bør ha kunnskap om byttbare legemidler.

§ 8. Tilberedning av legemidler

Tilberedning av legemidler skal skje på faglig forsvarlig måte og i egne lokaler som er utformet og dimensjonert slik at risikoen for sammenblanding av produkter, for krysskontaminasjon og annen forurensning av produktene unngås. Tilberedning av legemidler kan unntaksvis foretas andre steder når det anses faglig forsvarlig.

Virksomhetsleders ansvar for å foreta sårbarhets- og risikovurdering som grunnlag for å sikre faglig forsvarlig tilberedning fremgår av § 4 sjette ledd. Hygieneinstrukser, arbeidsmetodikk og dokumentasjon skal være tilpasset art og omfang av tilberedningen og er en del av virksomhetens internkontrollsystem.

Til første og annet ledd:

I IS-2015-7 heter det at *egne lokaler* er rom som er velegnet til å gjennomføre tilberedning uforstyrret og på en hygienisk måte, med tilstrekkelig stor og rengjort arbeidsflate. Videre skal hygieneinstrukser, arbeidsmetodikk og dokumentasjon være tilpasset art og omfang av tilberedning, og skal være en del av virksomhetens internkontrollsystem. En risiko- og sårbarhetsvurdering skal også være en del av virksomhetens internkontrollsystem. Gjennomførte risikovurderinger skal dokumenteres. Formålet med denne risiko- og sårbarhetsvurderingen er å sikre faglig forsvarlig tilberedning. Rundskrivet stiller ikke krav til metodikk brukt ved denne risiko- og sårbarhetsvurderingen, men metoden bør være egnet som beslutningsgrunnlag for å avgjøre om en type tilberedning kan finne sted i virksomheten. Risikoelementer som bør vurderes er arbeidsflyt, renhold, ventilasjon og mikrobiologiske forhold i rommet, ferdigheter i legemiddelregning, opplæring i- og forståelse av aseptisk arbeidsteknikk og dokumentasjon. For å avgjøre om virksomheten kan tilberede legemidler selv må det også vurderes om

internkontrollsystemet dekker det som er grunnleggende for aktiviteten. Internkontrollsystemet bør ha prosedyrer på følgende områder:

- Prosedyrer for renhold. Prosedyrer for tilberedning, inkludert blandekort. Prosedyrer for aseptisk arbeidsteknikk. Krav til kompetanse hos de som skal tilberede. Prosedyrer for opplæring inkludert opplæring i legemiddelregning. Prosedyrer for kontroll og bruk av utstyr. Beskrivelse av tilberedningsrom. Dokumentasjon.

§ 9. Narkotikaregnskap og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B

Virksomheten skal:

a) dokumentere alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe A, herunder hva den enkelte pasient har fått av slike legemidler. Dokumentasjon skal være oppdatert til enhver tid og oppbevares i minst 5 år.

b) ha oversikt over alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe B. Mottatt mengde skal sammenholdes med faktisk bruk på enhetsnivå.

Til bokstav a:

Det følger av IS-2015-7 at virksomheten plikter til å dokumentere mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe A. God regnskapspraksis vil, for eksempel, være at ett skjema føres for hvert preparat, styrke, legemiddelform, pakningsstørrelse. Mengden som mottas fra apotek skal uten ubegrunnet opphold føres inn i regnskapet, og hver del mengde som tas ut, skal uten ubegrunnet opphold, føres ut av regnskapet. Det skal noteres pasientens navn, dato, og mengde. Det skal summeres hva som er restmengde, og dette skal kontrolleres regelmessig mot faktisk mengde narkotika på lager. Mottak, utdeling, kassasjon og opptelling av restbeholdning skal kontrolleres og signeres av to kvalifiserte personer på enheten. Regnskapet for A-preparater skal til enhver tid være oppdatert, og kunne fremlegges for myndighetene. Videre heter det i rundskrivet at legemidler i reseptgruppe A skal oppbevares adskilt fra andre legemidler, slik at de er enkle å identifisere, og regnskapsplikten enkelt kan overholdes.

Til bokstav b:

For B-preparater stiller ikke legemiddelhåndteringsforskriften like strenge krav. Virksomhetsleder skal sørge for at det innhentes oversikter over mottatte legemidler i reseptgruppe B, og at dette sammenholdes med bruk på avdelings- eller enhetsnivå. Beholdningen i gruppe B kan vurderes ut fra antall.

§ 4, fjerde ledd: Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 3, jf. internkontrollforskrift i sosial- og helsetjenesten § 3, herunder:

a) Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer, blant annet, prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.



Kontakt oss

Ole Willy Fundingsrud

Direktør

T +47 40 63 96 92

E ole.willy.fundingsrud@kpmg.no

Björg Rabbe Sandven

Senior Associate

T +47 99 39 65 83

E bjorg.sandven@kpmg.no

kpmg.no

© 2018 KPMG AS, a Norwegian limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

This proposal is made by KPMG AS, a limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent firms affiliated with KPMG International, a Swiss cooperative, and is in all respects subject to the negotiation, agreement, and signing of a specific engagement letter or contract. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm.

SAKSGANG		
Utvalg	Møtedato	Saksnummer
Kontrollutvalget	06.03.18	11/18
Kontrollutvalget	08.05.18	19/18

Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Odd Gunnar Høie	216	

PROSJEKTPLAN - FORVALTNINGSREVISJONSPROSJEKT – «VEDLIKEHOLD AV KOMMUNALE BYGG» - 2. GANGS BEHANDLING

Saksvedlegg: «Vedlikehold av kommunale bygg» - prosjektplan utarbeidet av KPMG AS

Bakgrunn:

Haugesund kontrollutvalg vedtok i møtet 06.03.18, sak 11/18 følgende:

Saken utsettes til neste møte.

Saksorientering:

I møtet 30.01.18, sak 05/18 ba kontrollutvalget revisjonen om å legge fram utkast til prosjektmandat på et forvaltningsrevisjonsprosjekt til neste møte.

Utvalget gjorde følgende vedtak i saken:

Haugesund kontrollutvalg ber KPMG AS om å legge fram utkast til prosjektmandat på forvaltningsrevisjonsprosjekt av «vedlikehold av kommunale bygg» til møtet 06.03.18.

KPMG AS har utarbeidet en prosjektplan som følger vedlagt. I planen er det gjort rede for bakgrunn, formål, revisjonskriterier, metode og fremdriftsplan. Aktuelle problemstillinger kan være:

1. *Hvordan er eiendomsforvaltningen organisert i Haugesund kommune?*
2. *Hvilke vedlikeholdsutgifter har kommunen hatt de siste tre år, og hva har økningen i vedlikeholdsutgifter blitt brukt på?*
3. *Hvor stort er vedlikeholdsetterslepet i kommunen?*
4. *Hvordan kartlegger og dokumenterer kommunen vedlikeholdsbehov for alle kommunale bygg?*
 - a. *Hvem har ansvar for kartlegging av vedlikeholdsbehovet/tilstand?*
 - b. *Hvilke metoder anvendes for å samle data om tilstanden til byggene?*
 - c. *På hvilken måte beskrives og rapporteres tilstanden (f. eks kategoriseres eller rangeres den)?*
 - d. *Er det rutiner for å kostnadsberegne behovet?*

5. *Hvordan blir prioriteringer av vedlikehold foretatt i kommunen?*
- a. *Hvilke føringer er det for prioritering av vedlikehold?*
 - b. *Hvordan blir løpende prioriteringer foretatt og hvem er involvert?*
 - c. *I hvilken grad blir prioriterte vedlikeholdsaktiviteter konkretisert i plan(er), og hvor ofte oppdateres eventuelt disse?*
 - d. *I hvilken grad gjennomfører kommunen vedlikehold i samsvar med føringer og planer?*

Budsjettert ramme for forvaltningsrevisjoner og selskapskontroller for 2018 er på ca. 600 timer. Det er bestilt to prosjekter som er under utarbeidelse. Det gjelder «Legemiddelhåndtering» på totalt 260 timer, der det meste av arbeidet er utført og fakturert i 2017. Samarbeidsprosjektet om selskapskapskontroll av Karmsund Havn er på ca. 70 timer.

Gjennomføringen av prosjektet vil kunne starte opp våren 2018. Revisor anslår at rapporten vil kunne ferdigstilles og leveres høsten 2018, innenfor en tidsramme på 250 timer.

Utvalget må drøfte om den fremlagte prosjektplanen dekker de områder utvalget ønsker å få belyst, eller om deler av planen skal tas ut eller endres.

SEKRETARIATET SITT FORSLAG TIL VEDTAK:

Haugesund kontrollutvalg bestiller forvaltningsrevisjonsprosjektet «Vedlikehold av kommunale bygg» fra KPMG AS i henhold til vedlagte prosjektplan (med eventuelle endringer som kommer frem i møtet).

Oppdraget bestilles av KPMG AS innenfor en ramme på totalt 250 timer.

Aksdal, 30.04.18

Odd Gunnar Høie
Seniorrådgiver/utvalgssekretær



V E D L E G G S A T T 1/18
Haugaland
Kontrollutvalgssekretariat IKS

Mottatt dato: 13.02.18

Journalført: 18/67096

Arkivkode: 216

Prosjekt- plan

**Vedlikehold av kommunale
bygg**

Forvaltningsrevisjon

Haugesund kommune

Februar 2018

www.kpmg.no

Innhold

1. Innledning	2
1.1 Bakgrunn	2
1.2 Forarbeid	2
2. Formål, problemstillinger og kriterier	6
2.1 Formål og avgrensning	6
2.2 Problemstillinger	6
2.3 Revisjonskriterier	6
3. Tilnærming, team og honorar	8
3.1 Metode	8
3.2 Aktivitets- og framdriftsplan	8
3.3 Prosjektteam og honorar	8

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Forvaltningsrevisjonen "Vedlikehold av kommunale bygg" er et prioritert område i Haugesund kommunes plan for forvaltningsrevisjon 2016-2020.

I plan for forvaltningsrevisjon pekes det på en risiko for at internkontroll ikke er godt nok ivaretatt innenfor tekniske tjenester. Dette knytter seg til risiko for manglende etterlevelse av system og rutiner, mangelfull dokumentering av arbeidet og mangler ved avvikshåndteringen.

Kontrollutvalget i Haugesund vedtok 30.01.18 i sak 05/18 å bestille en prosjektplan for en forvaltningsrevisjon om "Vedlikehold av kommunale bygg" fra KPMG. Planutkastet skal behandles i møtet 06.03.18.

I den overordnede analysen som ligger til grunn for plan for forvaltningsrevisjon 2016-2020 går det fram at flere i undersøkelsen viste til utfordringer med manglende vedlikehold av kommunale bygg. Det ble pekt på ulykker, nestenulykker og dårlig inneklima knyttet til flere bygg. Det ble også vist til et behov for en vurdering av arbeidet med vedlikehold, og system og rutiner for dette. Det ble stilt spørsmål om en har tilfredsstillende oversikt over kommunale bygg og hvilke tilstand de er i, med gradering av hva som er behovet. Mulig virkning av forholdene ble vurdert å være risiko for liv og helse, dårlig inneklima, og for betydelig vedlikeholdsetterslep.

Nøkkelpunkter for en revisjon ble vurdert å være kommunens system for vurdering av bygg og oversikt over tilstanden.

I kontrollutvalgsmøte 30.01.18 ble særlig tematikken vedlikeholdsetterslep og kostnaden ved ikke å vedlikeholde diskutert.

1.2 Forarbeid

Det er et mål å etablere en god prosjektplan som oppstiller relevante og vesentlige problemstillinger for forvaltningsrevisjonen. KPMG har gjennomført en prosess for å konkretisere formål og problemstillinger i forvaltningsrevisjonen. I prosessen har vi:

- ✓ Innhentet og gjennomgått følgende dokumentasjon: Budsjett 2018 og økonomiplan 2018-2021. Kommuneplanens samfunnsdel for Haugesund kommune 2014 – 2030, Årsmelding 2016 Haugesund kommune.
- ✓ Gjennomgått KS veileder og tidligere forvaltningsrevisjoner på tema vedlikehold av kommunal bygningsmasse.

I den følgende delen presenterer vi kort resultatet av den forberedende analysen, vår tolkning av informasjonen og anbefaling til fokus i revisjonen.

1.2.1 Enhet for bolig, bygg og eiendom

Enhet for bolig, bygg og eiendom ligger innunder tjenesteområdet tekniske tjenester i kommunen og har ansvar for kommunens eier- og driftsinteresser i bygningsmassen. Enheten hadde 91 årsverk i 2016. Enheten har organisert sin virksomhet i fem avdelinger; Bolig/Eiendom, Prosjekt, Bygg/vedlikehold, Drift og Renhold.

Haugesund kommune har som mål å besitte en eiendomsmasse som samsvarer med kartlagte behov i befolkningen, og som kan driftes og vedlikeholdes innen budsjetterte midler.

Avdeling Bygg/vedlikehold og Drift drifter og vedlikeholder totalt 170 000 kvadratmeter bygg i Haugesund kommune, og har ansvar for kontroll og gjennomføring av alle driftsoppgaver innvendig og utvendig formålsbygg. Driftsavdelingen har også blant annet ansvar for å vedlikeholde og rehabilitere kommunale boliger.

1.2.2 Overordnede målsettinger

Vedlikehold står sentralt for å realisere målsettinger i kommuneplanens samfunnsdel 2014-20130. Vedlikeholdstema er angitt som strategier under fire av kommunes fem satsningsområder: Byliv for alle, Å bo, Å leve og Å bevege seg.

Eksempelvis, innenfor satsningsområdet "Byliv for alle" står det at "Haugesund kommune vil frem mot 2030 arbeide systematisk med vedlikehold og oppgradering av byrom, for å nå målsetting om en vakker og attraktiv by. Det er en forutsetning at det utformes en overordnet plan som legger føringer for arbeidet, slik at de fysiske tiltakene bidrar til å bygge opp om målsettinger."

Innenfor satsningsområdet "Å bo", og delmålet om å ha en robust boligsammensetning i trygge bomiljø, står at "Haugesund kommune vil hindre forfall og dårlig vedlikehold ved å vektlegge oppfølging og tilsyn".

Under satsningsområdet "Å leve" vil Haugesund kommune "styrke arbeidet med vedlikehold av kommunale bygg hvor barn og unge oppholder seg", som del av å oppnå gode oppvekstvilkår for barn og unge.

1.2.3 Forslag til aktuelle tema for forvaltningsrevisjon

Vi foreslår følgende tema som aktuelle for forvaltningsrevisjon

1. Faktisk vedlikehold – økonomisk forbruk
2. Vedlikeholdsetterslep
3. Beslutningsgrunnlag og prioritering av vedlikehold

Faktisk vedlikehold – økonomisk forbruk

KS veilederen Bedre eiendomsforvaltning og vedlikehold anbefaler årlig vedlikeholdsbehov til 100 kroner pr kvm ved 30 års levetid og 170 kroner pr kvm ved 60 års levetid.

I veilederen omtales også:

"Uten, eller ved lavt vedlikehold, vil bygget være nedslitt etter 15-20 år og man blir "løpende" mellom akutte situasjoner og offentlige pålegg som krever ekstraordinære bevilgninger. Manglende vedlikehold tvinger fram en tidligere total rehabilitering som koster mange millioner og som finansieres med lån. Med lånene øker driftsutgiftene i form av årlige renter og avdrag som kan utgjøre langt mer enn 100 kr per kvm per år. Et godt løpende vedlikehold er lønnsomt."

Fra KOSTRA tallene fremgår følgende tallstørrelser knyttet til vedlikehold:

	Haugesund	Kostragruppe	Rogaland	Landet uten	Haugesund	Kostragruppe	Rogaland	Landet uten	Haugesund	Kostragruppe	Rogaland	Landet uten
	13	13	13	Oslo	13	13	13	Oslo	13	13	13	Oslo
	2014	2014	2014	2014	2015	2015	2015	2015	2016	2016	2016	2016
Utgifter til vedlikeholdsaktiviteter i kommunal eiendomsforvaltning per kvadratmeter - i kroner	77	81	77	80	123	79	76	85	172	97	136	95

Tallene viser at Haugesund kommune har hatt en økning i utgifter til vedlikeholdsaktiviteter pr m² de siste tre år, fra 77 kr (2014) til 172 kr (2016). Grovt sett ser vi også av tallene at Haugesund kommune har ligget på nivå med de andre sammenligningsgruppene i 2014, men at utgiftsnivået har ligget markant høyere enn sammenligningsgruppene i 2015 og 2016.

Vi foreslår at forvaltningsrevisjonen kartlegger nærmere Haugesund kommunes faktiske økonomiske forbruk til vedlikehold, og ser på hva økningen i vedlikeholdsutgifter har blitt brukt på. Herunder vil vi eksempelvis se på hva som er brukt til vedlikehold av bygg med ulik levetid, om det har vært en økning eller reduksjon i den totale bygningsmassen, eventuelle endringer i KOSTRA-rapportering o.a.

Vedlikeholdsetterslep

Forvaltningsrevisjonen kan søke å få klarhet i størrelsen på vedlikeholdsetterslepet i Haugesund kommune, uttrykt gjennom økonomisk etterslep. Vi foreslår her at forvaltningsrevisjonen kartlegger om/hvilke beregninger Haugesund kommune har på eventuelt etterslep på vedlikehold i dag. For et eventuelt etterslep, vil det også være interessant å kartlegge om det er forskjeller på formålsbygg (skoler, sykehjem etc.) og boliger.

Dersom kommunen har beregninger av behov for vedlikehold av bygg, vil det kunne være aktuelt å sammenstille beregnet behov for vedlikehold med faktisk vedlikehold av bygg. Det vil også være aktuelt å sammenstille faktisk vedlikehold mot normtall fra bransjen.

Erfaring fra kommunal sektor¹ tilsier at det mest sannsynlig er vedlikeholdsetterslep i Haugesund kommune, som i de fleste kommuner. Dette er ofte et budsjettspørsmål. Vi mener at det mest interessante i denne forbindelse vil være å undersøke hvilke rutiner og praksis kommunen har for å prioritere faktisk vedlikehold, utover kartlagt tilstandsgrad, der midler til vedlikehold er en begrenset ressurs. Dette bringer oss over på neste tema.

Beslutningsunderlag og prioritering av vedlikehold

KS veileder – bedre eiendomsforvaltning og vedlikehold – anbefaler:

"For å gjøre riktige prioriteringer trengs et godt beslutningsgrunnlag. Et minimumskrav til eiendomsforvalterne er at de rapporterer tilstand på all kommunal bygningsmasse, med forslag til prioriteringer og beregnede utbedringskostnader."

Eksempel på hvordan en tilstandsrapport kan være:

¹ KS-veileder Bedre eiendomsforvaltning og vedlikehold

	Ansluttet til Ansluttet til	ANSVAR		BYGNING				INNEMLJØ			BRUK- BARHET		BRANN		FUKT		MILJØ		INNSIKTS- BEHOLDNING		OFFENTLIGE FALEGG		Beregnet utbedringskostnad i 1990 kr
		Elstasjonsnett	Forvalter	Byggholder - utvendig	Byggholder - innvendig	Byggholder - ventilasjon og sanitær	Byggholder - varme	Rammetilstand	Luft	Lyd	Planlegging	Ressurser	Brannsikring	Brannsikring	Profilert ledningsnett	Vann og avløp - skade	Luftkvalitet	Regulering av vann	Regulering av vann	Regulering av vann	Regulering av vann	Regulering av vann	
Sum	14240																						73 035
Bygning/Bygningsgruppe	BTA																						
Skoler		0,0																					
Skole 1	12 1489	2,0	2,0	1,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	25 000
Skole 2	17 1258	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	25
Skole 3	21 2349	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	12 800
Barnehager		0,0																					
Barnehage 1	6 350	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	20
Barnehage 2	7 520	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	5 200
Barnehage 3	5 275	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	15
Bykehjem																							
Sykehjem 1	56 1775	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	15
Sykehjem 2	96 1254	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	17 000
Idrett og kulturbygg																							
Idrettshall	1,5 2347	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	10
Kulturutviklingsprosjekt	1 1719	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	250
Rådhuset	34 860	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	13 000

I arbeidet med den overordnede analysen ble stilt spørsmål om kommunen har tilfredsstillende oversikt over kommunale bygg og hvilke tilstand de er i, med gradering av hva som er behovet.

Aktuelle spørsmål for nærmere undersøkelse, tilknyttet beslutningsunderlaget for prioritering av vedlikehold, kan blant annet være å se på hvordan tilstand på bygningsmassen kartlegges, dokumenteres og rapporteres. Herunder hvem som har ansvar for kartlegging av tilstand, hvilke metoder som benyttes, hva som inngår i tilstandsrapporteringen (eksempelvis byggskader, innemiljø, brann, fukt, og om det knyttes beregnede utbedringskostnader til tilstandsrapporteringen) samt hvor ofte dette oppdateres.

Videre er det interessant, med bakgrunn i kartlagt vedlikeholdsetterslep, å se på kommunens rutiner og praksis for å prioritere faktisk vedlikehold. Særlig interessant er hvilke forhold og faktorer som i praksis er førende for hvor man endelig prioriterer vedlikeholdsaktiviteter, utover tilstandsgrad/behov, der midler til vedlikehold er en begrenset ressurs.

Noen aktuelle spørsmål vil være: Følger det spesifikke føringer ved vedlikeholdsmidlene? Har man en praksis for å sluse inn etterslepet inn mot spesielle sektorer, og er det en bevisst prioritering av visse områder, på bakgrunn av type bygg eller annet? Ligger det klare føringer for løpende vedlikehold, eller er det helt andre forhold som spiller inn på hvordan midlene til vedlikehold anvendes løpende? Hvem beslutter løpende vedlikehold og hvem er involvert? Dette er eksempler på spørsmål som vil kunne kartlegge om kommunen bevisst styrer vedlikeholdsetterslepet i gitte retninger.

2. Formål, problemstillinger og kriterier

2.1 Formål og avgrensning

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke faktisk forbruk og eventuelt etterslep innenfor vedlikehold av den kommunale bygningsmassen i Haugesund kommune. Videre er det et formål å kartlegge og vurdere hvordan kommunen prioriterer faktisk vedlikehold.

Forvaltningsrevisjonen omfatter enhet for bolig, bygg og eiendom. I forvaltningsrevisjonen vil vi se på vedlikehold av kommunen sin bygningsmasse som enhet bolig, bygg og eiendom har ansvar for. Revisjonen er avgrenset fra å se på andre områder for vedlikehold, som vedlikehold av vann- og avløpsnett, vei og samferdsel, og friluftsanlegg.

Forvaltningsrevisjonen vil være forbedringsorientert, og vil ha som formål å gi anbefalinger om tiltak dersom forvaltningsrevisjonen avdekker avvik eller mulige forbedringsområder.

2.2 Problemstillinger

På bakgrunn av formålet blir følgende problemstillinger foreslått:

1. Hvordan er eiendomsforvaltningen organisert i Haugesund kommune?
2. Hvilke vedlikeholdsutgifter har kommunen hatt de siste tre år, og hva har økningen i vedlikeholdsutgifter blitt brukt på?
3. Hvor stort er vedlikeholdsetterslepet i kommunen?
4. Hvordan kartlegger og dokumenterer kommunen vedlikeholdsbehov for alle kommunale bygg?
 - a. Hvem har ansvar for kartlegging av vedlikeholdsbehovet/tilstand?
 - b. Hvilke metoder anvendes for å samle data om tilstanden til byggene?
 - c. På hvilken måte beskrives og rapporteres tilstanden (f. eks kategoriseres eller rangeres den)?
 - d. Er det rutiner for å kostnadsberegne behovet?
5. Hvordan blir prioriteringer av vedlikehold foretatt i kommunen?
 - a. Hvilke føringer er det for prioritering av vedlikehold?
 - b. Hvordan blir løpende prioriteringer foretatt og hvem er involvert?
 - c. I hvilken grad blir prioriterte vedlikeholdsaktiviteter konkretisert i plan(er), og hvor ofte oppdateres eventuelt disse?
 - d. I hvilken grad gjennomfører kommunen vedlikehold i samsvar med føringer og planer?

2.3 Revisjonskriterier

Til problemstillingene oppstilles det revisjonskriterier. Revisjonskriterier er de krav og normer som tilstand og/eller praksis i kommunen måles mot. Revisjonskriterier må være aktuelle, relevante og gyldige for kommunen. Sentrale kilder til å utlede revisjonskriterier vil være:

- ✓ Kommunelovens § 23 om administrasjonssjefens oppgaver og myndighet:

- "Administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt. Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjer, og at den er gjenstand for betryggende kontroll."
- ✓ God praksis for internkontroll. Vi vil her bygge på anbefalinger fra KS, "Rådmannens internkontroll, 2013, samt det anerkjente COSO-rammeverket for internkontroll.
- ✓ KS veileder "Bedre eiendomsforvaltning og vedlikehold".
- ✓ Kommunale planer og eventuelle andre vedtak

3. Tilnærming, team og honorar

3.1 Metode

For å besvare problemstillingene vil det gjennomføres dokumentanalyse og intervjuer. I første omgang vil relevante dokumenter innhentes fra kommunen. Dette vil være dokumentasjon som kan gi informasjon om kommunens arbeid med prioritering og gjennomføring av vedlikehold av bygningsmassen. Dokumentanalysen vil suppleres med intervju.

Vi vil gjennomføre intervjuer med administrativ ledelse og nøkkelpersonell, eksempelvis virksomhetsleder for enhet bolig, bygg og eiendom, avdelingsleder for avdeling bygg og vedlikehold, og eiendomsforvaltere. Det vil også være aktuelt med intervju med andre informanter. Formålet med intervjuene er å få utfyllende informasjon og forklaringer til oversendt dokumentasjon. Ved gjennomføring av intervjuene utarbeides det intervjuguider. Fra hvert intervju skriver vi referat som vi sender til hver enkelt respondent til verifisering (gjennomlesing og eventuell korrigering). Svar fra respondenter analyseres og sammenstilles deretter med øvrig dokumentasjon. Informasjonen som innhentes vil gjennomgås og analyseres opp mot revisjonskriteriene for å besvare revisjonens problemstillinger.

3.2 Aktivitets- og framdriftsplan

Figuren under viser forslag til aktivitets- og framdriftsplan:

			Februar				Mars				April				Mai				Juni				Juli	August					
Faser + aktiviteter	Ansvar	Timer	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	31	32	33	34	35
1 Forberede																													
1.1 Forundersøkelse	KPMG																												
1.2 Etablere prosjektplan	KPMG																												
1.3 Godkjenning prosjektplan KU	KPMG																												
2 Starte opp																													
2.1 Sende oppstartsbrev	KPMG																												
2.2 Oppstartsmøte	KPMG																												
2.3 Dokumentliste	KPMG																												
2.4 Intervjuplan	KPMG																												
3 Gjennomføre																													
3.1 Dokumentanalyse	KPMG																												
3.2 Intervjuguide	KPMG																												
3.3 Intervjuer	KPMG																												
3.4 Analyse	KPMG																												
3.5 Kvalitetssikring	KPMG																												
3.6 Rapportutkast	KPMG																												
4 Rapport																													
4.1 Ferdigstille rapportutkast	KPMG																												
4.2 Høring rapportutkast (1-2 u.)	KPMG																												
4.3 Oversending av rapport	KPMG																												
4.4 Presentasjon KU	KPMG																												

Aktivitets- og framdriftsplanen viser at arbeidet med forvaltningsrevisjonen kan starte opp i mars etter at prosjektplanen er vedtatt i kontrollutvalget. I tidsrommet mars- mai vil vi samle inn og analysere data. Rapportskriving og høring av rapporten vil skje i juni og august, med levering av endelig rapport til kontrollutvalgets sekretariat senest innen midten av august 2018.

3.3 Prosjektteam og honorar

KPMG sitt team i forvaltningsrevisjonen består av:

- ✓ Direktør og prosjektansvarlig: Ole Willy Fundingsrud
- ✓ Prosjektleder: Bjørg Rabbe Sandven
- ✓ Prosjektmedarbeidere: Lena Davik Fjørtoft og Håkon Lindberg

Honorar i henhold til avtale.



Kontakt oss

Ole Willy Fundingsrud

Direktør

T +47 40 63 96 92

E ole.willy.fundingsrud@kpmg.no

Lena Davik Fjørtoft

Senior Associate

T +47 40 63 96 59

E lena.fjortoft@kpmg.no

kpmg.no

© 2018 KPMG AS, a Norwegian limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

This proposal is made by KPMG AS, a limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent firms affiliated with KPMG International, a Swiss cooperative, and is in all respects subject to the negotiation, agreement, and signing of a specific engagement letter or contract. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm.