Forvaltningsrevisjon
Januar 2023

Tildeling av tjenester innen Helse- og omsorg

Gol kommune

Viken kommunerevisjon IKS (VKR)

Sammendrag av forvaltningsrevisjonen

Konklusjon

Vi har ved gjennomføring av denne forvaltningsrevisjonen[1] funnet at flere områder opp mot kommunens tildeling av helse og omsorgstjenester i hovedsak er tilfredsstillende. Det er også funnet områder som etter vår vurdering kan forbedres.

Vår gjennomgang viser at en har utarbeidet relevante rutiner og systembeskrivelser for tildeling av tjenester på helse og omsorgsområdet. Ved gjennomgang av dokumentasjon fra saksbehandlingen ser vi at denne i stor grad følger egne rutiner og vesentlige lovkrav. Kommunens praksis for tjenestetildelinger synes i stor grad å være logisk opp mot kartlagt helsesituasjon og eget vedtatt prinsipp for tildeling av tjenester. Vi finner i gjennomgåtte saker ingen indikasjon på forskjellsbehandling.

Det er imidlertid svakheter ved at det ikke er innført et system for å måle og rapportere at en følger disse prinsippene. Det er også noen andre områder med forbedringspotensial. Hovedområdene dette gjelder for er systematisk kvalitetssikring av saksbehandlingen. Det avdekkes også svakheter i oppdateringer av data i kommunens datasystem for helseopplysninger mot obligatoriske krav ut fra lovverket. Videre avdekkes det mulige svakheter i praksis for brukermedvirkning og behandling av saker opp mot pasienter som kommer direkte fra sykehus. Det avdekkes også svakheter opp mot formell delegasjon på området og svakheter i dokumentasjon av saksbehandlingen som er grunnlag for enkeltvedtaket[2] om tildeling av tjenester. Vår gjennomgang viser også svakheter rundt dokumentasjon av brukermedvirkning og systematikk for å dokumentere endringer i brukers helsetilstand, noe som kan påvirke hjelpebehovet.

Det vi har nevnt over er et utvalg av avdekkede styrker og svakheter vurdert som hovedfunn. For flere detaljer vises det til selve rapporten.

Anbefalinger

Med bakgrunn i de styrker og svakheter som vår gjennomgang viser, anbefaler VKR følgende forslag til endringer og tiltak:

- Sikre bedre dokumentasjon og kvalitetssikring på området.
- Sikre bedre praksis for oppdatering av obligatoriske helseopplysninger i kommunens helse- og omsorgssystem.
- Vurdere å innføre systemer for bedre å måle at en følger egne kvalitetskrav i tildeling av tjenester.
- Sørge for å bedre systemet for å avdekke om mengde og pris på tjenestetildelingen/produksjon er innenfor budsjett og ved vesentlig avvik finne tiltak for budsjettdekning.
- Vurdere rutiner for å avdekke og dokumentere at personer som allerede har helse- og omsorgstjenester blir regelmessig vurdert opp mot mulig endrede hjelpebehov.
- Sikre bedre rutiner, praksis og dokumentasjon på brukermedvirkning ved tildeling av tjenester.
- Sikre samsvar mellom Tildelingsteamets beskrevne myndighet og kommunens delegasjon når det gjelder tjenestetildeling.

---

[1] Forvaltningsrevisjon er systematiske, uavhengige undersøkelser som skal framskaffe relevant informasjon til politiske organer om iverksetting og virkninger av offentlige tiltak (Kilde: Store Norske leksikon).
[2] Fra Store norske leksikon, nett: Enkeltvedtak er en betegnelse i forvaltningsloven på realitetsavgjørelse i en sak som fastlegger en enkeltpersons rettigheter eller plikter

Gjennomføring av prosjektet

Om vår gjennomgang i form av en forvaltningsrevisjon:
Kontrollutvalget[3] bestilte vår gjennomgang i sak 18/2021 den 10.11.21. Bestillingen ble gjort ut fra en plan for gjennomgangen utarbeidet av VKR. Denne planen beskrev en gjennomgang av området tildeling av tjenester innen helse og omsorg i Gol kommune, og ble vedtatt med to spesifikke områder/problemstillinger vi skulle gjøre en vurdering av. Dette var:

1. I hvilken grad kartlegges, utredes og vurderes saker om tildeling av helse- og omsorgstjenester i samsvar med lovkrav og anbefalinger på området?
2. I hvilken grad synes tjenestetildelingen av tjenester logisk opp mot kartlagt helsesituasjon og brukere med tilsvarende helsesituasjon?

Metode

For å besvare spørsmålene over har vi innsamlet følgende dokumentasjon:

- Kommunens rutiner og praksis på området er kartlagt
- Dokumentasjon rundt 11 saker der kommunen har tildelt tjenester fra 2021 og 2022.
- Samtaler med og skriftlige spørsmål til og svar fra ansatte i kommunen.

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til krav for forvaltningsrevisjon og kvalitetssikret etter Viken kommunerevisjon (VKR) sitt system for kvalitetssikring.

For å få en helhetlig forståelse av vår gjennomgang anbefaler vi at du leser mer av vår rapport. Start med å lese innholdsfortegnelsen på neste side og kapittel 1,1 som er en leseveiledning til rapporten.

[3] Kontrollutvalget er et utvalg valg av kommunestyret i en kommune for å føre tilsyn og kontroll med kommunens virksomhet på vegne av kommunestyret (VKRs beskrivelse).

Innholdsfortegnelse:

Kapittel	Overskrift kapittel	Side:
1.	Om rapporten/forvaltningsrevisjonen	6
1.1.	Oppbygging av rapporten - leseveiledning	6
1.2.	Bakgrunnen for denne forvaltningsrevisjonen	6
1.3.	Formål og problemstillinger ved denne forvaltningsrevisjonen	7
1.4.	Presisering av foretatte avgrensninger i gjennomgangen	7
2.	Metodebruk	8
2.1.	Om metodebruken i denne forvaltningsrevisjonen	8
2.2.	Begrunnelse for valgte metoder i denne forvaltningsrevisjonen	8
2.3.	Personvern ved innsamling av dokumentasjon	8
2.4.	Kvalitetssikring av forvaltningsrevisjonen	9
3.	Revisjonskriterier - krav til tildeling av tjenester	10
4.	Tildeling av helse- og omsorgstjenester	11
4.1.	Krav til tildeling av tjenester	11
4.2.	Beskrivelse og vurderinger av innhentet dokumentasjon	12
4.3.	Vår vurdering av krav mot innsamlet dokumentasjon	26
5.	Tildeles «riktige» helse- og omsorgstjenester?	28
5.1.	Krav til riktig helse- og omsorgstjeneste?	28
5.2.	Beskrivelse og vurderinger av innhentet dokumentasjon	30
5.3.	Vår vurdering av krav opp mot innsamlet dokumentasjon	33
6.	Konklusjon opp mot problemstillingene	34
7.	Mulig tiltak opp mot avdekkede svakheter	35
Referanser		35
Vedlegg 1 - Uttalelse fra kommunalsjef av 26.01.2023		36
Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon		37
Vedlegg 3 – Metodebeskrivelser		40
Vedlegg 4 – Utdrag fra kilder til revisjonskriterier		43
Vedlegg 5 – Kartleggingsskjema		46

1. Om rapporten/forvaltningsrevisjonen

1.1. Oppbygging av rapporten - leseveiledning

Denne rapporten har en oppbygning ut fra krav som gjelder ved gjennomføring av forvaltningsrevisjon, samtidig som det er søkt å ivareta «klarspråk» normen. Det anbefales å lese sammendrag på side 3 og 4 først.

Vil du ha mer informasjon om vår gjennomgang inneholder kapitlene 1-3 i stor grad beskrivelser av formelle krav til forvaltningsrevisjon. Mens vi i kapittel 4 og 5 beskriver det vi har vurdert i denne gjennomgangen. Dette er beskrivelser rundt krav vi har vurdert, innsamlet dokumentasjon opp mot disse kravene og vurderinger opp mot kommunens ivaretakelse av krav. Kapittel 6 gir en samlet vurdering ut fra gjennomgangen i kapittel 4 og 5. I kapittel 7 beskriver vi noen anbefalinger ut fra funn ved vår gjennomgang.

Det er også flere vedlegg til rapporten som beskriver gjennomføringen av denne forvaltningsrevisjonen. Det første vedlegget er kommunedirektørs kommentarer til et helhetlig utkast til rapporten som er oversendt kommunedirektør til en formell uttalelse. Vedlegg 2 beskriver formelle krav til en forvaltningsrevisjon (RSK 001). I kapittel 2 i rapporten og i vedlegg 3 beskriver vi metodebruk, måten vi har innsamlet dokumentasjon på og analysering av denne. Vedlegg 4 beskriver flere detaljer fra krav til området i lovverk som vi ikke har tatt inn i selve rapporten. Vedlagt er også et kartleggingsskjema vi har brukt ved gjennomgang av kommunens dokumentasjon fra behandling av søknader om tjenester (vedlegg 5). Det er krav til kvalitetssikring ved gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Vår kvalitetssikring er nærmere beskrevet i kapittel 2.4.

Tekst som er direkte hentet fra dokumentasjon fra kommunen eller andre, er i rapporten gjennomgående lagt inn i en grønn ramme. Direkte sitater er skrevet i kursivert skrift.

Ord vi mener trenger nærmere forklaring i rapporten er forklart i tekst eller ved hjelp av fotnoter[4] (se liten tekst i bunnen av siden).

1.2. Bakgrunnen for denne forvaltningsrevisjonen

Kontrollutvalget i Gol kommune vedtok i sitt møte 10. november 2021, sak 18/2021 at Viken Kommunerevisjon IKS (VKR) skulle gjennomføre en forvaltningsrevisjon av tjenestetildeling innen helse og omsorgstjenester med utgangspunkt i en prosjektplan.

Prosjektet er bestilt på bakgrunn av foranalyse som omfattet helse- og omsorgstjenester og tidligere forslag til prosjektplan:

[4] En fotnote er en måte å legge inn notater til en tekst, ved å nummerere den og skrive den «ved foten» av teksten (Kilde: Wikipedia)

Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjon, av Viken kommunerevisjon IKS, basert på prosjektplanen «Tjenestetildeling innen helse- og omsorgssektoren» og foranalysen datert 22.10.2021.

Oppstarten av prosjektet ble utsatt på grunn av pandemien etter ønske fra kommunedirektør. Prosjektet startet opp igjen først i mai 2022 og er av den grunn noe forsinket ut fra opprinnelig plan. Dette er rapportert til kontrollutvalget.

1.3. Formål[5] og problemstillinger ved denne forvaltningsrevisjonen[6]

Formålet med denne forvaltningsrevisjon er å vurdere om kommunen saksbehandler og tildeler helse- og omsorgstjenester slik lovverket forutsetter. Videre om tildelt tjeneste synes å være i henhold til hva som er søkt om og hva som er kartlagt behov for tjenester.

Problemstilling 1:
I hvilken grad kartlegges, utredes og vurderes saker om tildeling av helse- og omsorgstjenester i samsvar med lovkrav og anbefalinger på området?

Problemstilling 2:
I hvilken grad synes tjenestetildelingen av tjenester logisk opp mot kartlagt helsesituasjon og brukere med tilsvarende helsesituasjon?

1.4. Presisering av foretatte avgrensninger i gjennomgangen

Som det går fram av problemstillingene gjengitt i kapittel 1.3, er de vedtatte problemstillinger for forvaltningsrevisjonen av en slik karakter at de må avgrenses til noen områder ut fra timer avsatt for gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen. I vedtatte plan var det skissert følgende avgrensede områder ut fra de to problemstillingene beskrevet i kapittel 1.3. Dette var:

Problemstilling 1:

- Kartlegge og vurdere deler av kommunens egne rutiner på området for saksbehandling og internkontroll.
- Se på noen valgte krav til saksbehandling.

Problemstilling 2:

- Se på om vedtak revideres regelmessig slik at behovsendringer fanges opp.
- Se om det er en logisk sammenheng mellom saksutredningen og tildeling av tjenester.
- Se om brukere med tilsynelatende samme helse- og omsorgsbehovet får samme tjenestetype og mengde.

I kapittel 4.1 og 5.1 har vi beskrevet krav vi har valgt å se på ut fra problemstillingene. Vi presiserer at prosjektet kun tar for seg de områder og temaer som er beskrevet i disse kapitlene. Våre vurderinger og konklusjoner omfatter derfor bare disse avgrensede, definerte områdene eller temaene.

[5] Mål satt for et virke, et arbeid e.l.; noe som søkes realisert (kilde: akademisk ordbok nett)
[6] Problemstilling, et begrunnet forskningsspørsmål. Begrunnelsen er forankret i tidligere forskning og relevant teori. En problemstilling formulerer gjerne en eller flere hypoteser. (Kilde: Store norske leksikon)

2. Metodebruk

2.1. Om metodebruken i denne forvaltningsrevisjonen

Det er innhentet følgende informasjon:

- Dokumentanalyse, dvs. gjennomgang av interne rutiner, styrende dokumenter og rapportering på området.
- Statistisk analyse og utvalg; gjennomgangen ble planlagt avgrenset til 15 tilfeldige saker valgt ut fra lister over behandlede saker om tjenestetildeling for perioden 2021 og frem til 30.4. 2022 fra kommunens saksbehandlersystem på området. Det ble gjennomgått 11 saker som følge av like funn av svakheter og styrker. Sakene ble gjennomgått via Teams[7]-møter i samarbeid med to ansatte i kommunen.
- Intervjuer/samtaler; det er også gjennomført samtaler via Teams, samt spørsmål/svar via epost om området og dokumentasjonen med ledere og ansatte på helse- og omsorgsområdet i kommunen.

Vi mener valgte metoder og datainnsamlingen har gitt oss tilstrekkelig data til å belyse problemstillingen.

For ytterligere beskrivelse av metode, se vedlegg 3.

2.2. Begrunnelse for valgte metoder i denne forvaltningsrevisjonen

Vi har valgt disse metodene fordi vi mener de objektivt sett best kan besvare problemstillingene og gir et relativt godt helhetlig bilde av kommunens situasjon for tildeling av helse og omsorgstjenester. Metodene er også tilpasset timene/ressursrammen vedtatt i prosjektplanen for gjennomføring av denne forvaltningsrevisjonen.

2.3. Personvern ved innsamling av dokumentasjon

Det er innhentet identifiserbare personopplysninger ved denne gjennomgangen. Dette er lister over mottakere av omsorgstjenester i 2021 og 2022 som vi fikk fysisk overlevert. Disse listene er oppbevart slik at de ikke har vært tilgjengelige for andre enn prosjektleder og makulert ved brenning etter valg og gjennomgang av enkeltsaker. Gjennomgangen av saker med personopplysninger har foregått direkte i kommunens saksbehandlersystem via Teams og er ikke beskrevet i vår lagrede dokumentasjon, slik at en unngår at enkeltpersoner kan identifiseres. Det er lagt vekt på å utarbeide rapporten på en måte som unngår risiko for å avsløre personopplysninger. Prosjektleder har underskrevet på egen avtale om taushetsplikt opp mot tilgangen på personopplysninger i denne gjennomgangen.

[7] Program for digitale møter og deling av skjerm/dokumenter.

2.4. Kvalitetssikring av forvaltningsrevisjonen

Kvalitetssikring gjennom krav til revisjonsselskaper og forvaltningsrevisjon:

Prosjektet er gjennomført av revisjonens egne ansatte på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt og krav revisjonsselskaper. Det vil si at gjennomgangen er basert på *"RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon"*[8] som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF), samt standarder og krav som gjelder for revisjonsselskaper.

Vår egenkontroll/kvalitetssikring:

Denne forvaltningsrevisjon er gjennomført og kvalitetssikret etter VKRs kvalitetssikringssystem for forvaltningsrevisjon.

Kvalitetssikring og kontradiksjon i samarbeid med kommunen:

Det er utarbeidet referater fra møter med kommunen som er sendt ut for verifisering samt eventuelle behov for endringer. En helhetlig versjon av rapporten ble oversendt 21.12.22 til kommunens kontaktperson, som distribuerte den videre intern i kommunen. Denne versjonen ble gjennomgått i et Teams-møte den 09.01.23 hvor tre ansatte fra kommunen var til stede. Dette var leder og en saksbehandler fra saksbehandlerkontoret, samt kvalitetsrådgiver for helse og omsorg. Forslag til endringer i utkastet ble i møtet diskutert og innarbeidet i ett nytt utkast til rapport. Dette utkastet er oversendt kommunedirektør til en formell uttalelse.

Revisjonen mottok 19.januar 2023 tilbakemelding på epost fra kommunalsjef Helse- og omsorg som inneholdt korreksjoner på fakta benyttet i rapportutkast. Vi har justert for disse korrigeringene i vedlagt utkast til endelig rapport. Endelig uttalelse fra kommunedirektør/kommunalsjef fra epost datert 26.1.2023 er gjengitt i vedlegg 1 til rapport. Uttalelsens innhold er vurdert til at det ikke er behov for å kommentere denne i selve rapporten, utover at den er vedlagt.

[8] Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

3. Revisjonskriterier - krav til tildeling av tjenester

Følgende kilder er brukt for å definere krav til tjenestetildelingen (revisjonskriterier[9]) på området helse og omsorg:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011-06-24-30 -Helse- og omsorgstjenesteloven - hol)

- Lov om helsepersonell m.v. (1999-07-02-64) Helsepersonelloven - hpl
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (1999-07-02-61 -Spesialisthelsetjenesteloven – sphl.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999-07-02-63 Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl.)
- Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (2014-06-20-42 Pasientjournalloven)
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (1967-02-10 Forvaltningsloven – fvl).
- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (forskrift/2016-10-28-1250)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003-06-27-792)
- Forskrift om pasientjournal (2000-12-21-1385)
- https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-06-25-988
- Helse- og omsorgsdepartementet Rundskriv 1-2/2016 «Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene»
- Helsedirektoratets veiledningsmateriell om forebyggende hjemmebesøk i kommunen. https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok
- Helsedirektoratets veileder IS-2442: Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8
- IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester, Utgitt: 10/2015
- Melding til Stortinget nr. 47 (2008–2009) – Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Melding til Stortinget nr. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg

Lokale føringer:

- Kvalitetsstandard helse- omsorgstjenester i Gol kommune
- Tildelingsrutiner helse- og omsorgstjenester i Gol kommune

Ut fra kilder over har vi definert krav ut fra problemstillingene. Hvordan vi har utledet disse kravene har vi beskrevet nærmere i kapitlene 4.1 og 5.1, samt at noe tekst fra kildene er gjengitt i vedlegg 4.

[9] **Revisjonskriterier** er en samlebetegnelse for krav og forventninger som benyttes for å vurdere kommunens virksomhet, økonomi, produktivitet, måloppnåelse osv. Sammenholdt med fakta beskrivelsen danner revisjonskriteriene basis for de analyser og vurderinger som foretas, de konklusjoner som trekkes, og de er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere avvik eller svakheter.

4. Tildeling av helse- og omsorgstjenester

Dette kapitlet inneholder beskrivelser av vår gjennomgang opp mot problemsstilling 1, se tekstboks under. Hvilke områder/krav vi har sett på opp mot problemstillingen beskriver vi i kapittel 4.1. I Kapittel 4.2 beskriver vi innsamlet dokumentasjon, mens kapittel 4.3 er vår vurdering av i hvilken grad kommunen har en tjenestetildeling som er i henhold til valgte krav.

Dette kapittelet omhandler følgende problemstilling:

1. I hvilken grad kartlegges, utredes og vurderes saker om tildeling av helse- og omsorgstjenester i samsvar med lovkrav og anbefalinger på området?

4.1. Krav til tildeling av tjenester

Under følger beskrivelse av hvordan vi har utledet revisjonskriterier opp mot problemstilling 1 vedtatt i plan:

I plan vedtatt for forvaltningsrevisjonen ble det til problemstilling 1, vist til at vi ville vurdere kommunens rutiner og saksbehandling opp mot lovverket på området, se kapittel 1.3 hvor detter er gjengitt fra plan. De endelige revisjonskriteriene vi har utledet opp mot problemstillingen er disse:

- **Kommunen skal ha organisert en tildeling av helse- og omsorgstjenester som sannsynliggjør en riktig og effektiv tjenestetildeling.**

- **Kommunens praksis for området tildeling av helse- og omsorgstjenester skal være riktig og effektiv og i henhold til egne rutiner/organisering.**

Krav som stilles opp mot slike revisjonskriterier er omfattende og det er ikke anledning til å se på alt. Se nærmere omtale i kapittel 1.4. Derfor har vi avgrenset det til noen krav vi ser nærmere på. Dette er:

- Kommunens organisering og delegasjon på området
- Kommunens rutiner og kvalitetssikring på området
- Kommunens praksis på området ved gjennomgang av dokumentasjon i enkeltsaker/brukers pasientjournal.

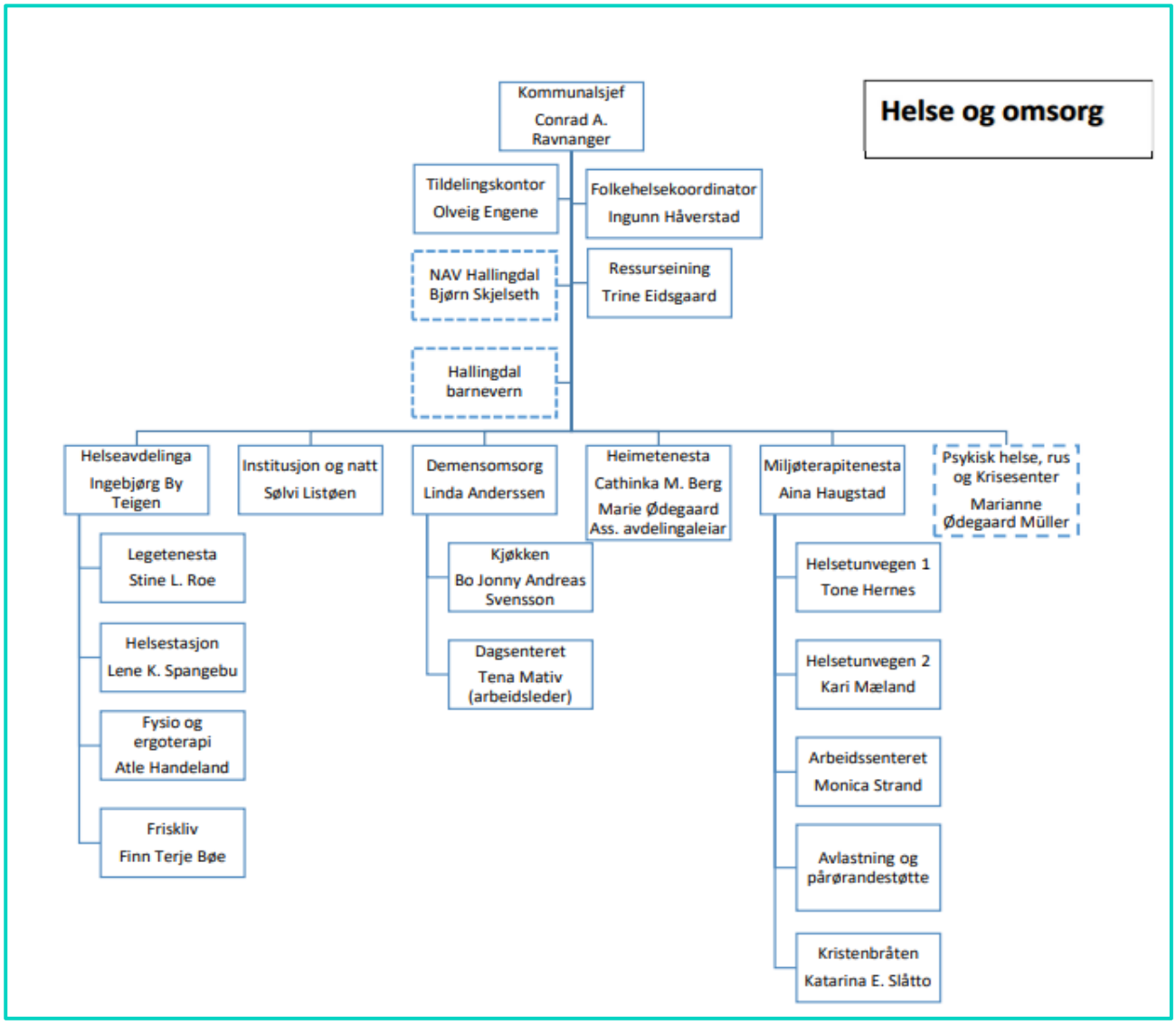
Det er laget et eget kartleggingsskjema for gjennomgang av enkeltsaker/pasientjournal for dokumentasjon av gjennomgangen. Dette skjema er gjengitt i vedlegg 5 til denne rapporten. Dette er brukt for å samle inn dokumentasjon opp mot begge problemstillingene i denne forvaltningsrevisjonen.

Deler av lovverket som vi har utledet revisjonskriteriene fra og krav er gjengitt i vedlegg 4. Kommunens rutiner, som vi også vurderer, beskrives i neste kapittel slik at vi unngår samme beskrivelser flere steder.

4.2. Beskrivelse og vurderinger av innhentet dokumentasjon

Dette kapittelet beskrivelser kommunens organisering, delegasjon, rutiner på området, dokumentasjon innhentet ved gjennomgang av enkeltsaker, spørsmål/svar per epost, og informasjon fra samtaler i forbindelse med gjennomgangen av enkeltsakene.

Kommunens organisering/delegasjon av tildeling av helse- og omsorgstjenester
Nedenfor er organiseringen av Helse og omsorg slik den går frem av organisasjonskart fra årsmeldingen 2021 for Gol kommune:



Organisasjonskartet viser at kommunen har et eget tildelingskontor. Dette heter Saksbehandlingskontor for helse og omsorg og har fra høsten 2022 hatt to ansatte.

Følgende beskrives om oppgavene til dette kontoret fra årsmeldingen for året 2021:

Årsmelding saksbehandlingskontoret for helse og omsorg 2021

Saksbehandlingskontoret for helse og omsorg består av:

* leiar/saksbehandlar 50% stilling (+systemansvarlig Gerica 50%)

*saksbehandlar sjukepleiar 50% stilling

* saksbehandlar sosionom 100% stilling

Våren 2021 vart kontora flytta til Gol kommunehus. Kontora er samla saman med leiar for miljøterapiavdelinga, leiar for helseavdelinga og koordinerande eining.

Oppgåvene for saksbehandlingskontoret er.

- Motta søknader om helse og omsorgstenester
- Kartlegge behov for tenester og innhente nødvendig dokumentasjon for å få saken godt nok opplyst
- Skrive forslag til vedtak
- Skrive vedtak etter at vedtak er fatta i tildelingsteamet
- Samarbeide med alle avdelingar for å kartlegge og setja i gang tenester
- Revurdering av vedtak

I 2021 mottok og behandla saksbanegandlingskontoret 217 søknader, av desse søknadene er det registrert 386 saker.

I tillegg til opplysningene som organisasjonskartet viser, så fremkommer det ut fra egne beskrevne rutiner og dokumentert praksis at tjenestetildelingen foregår i et Tildelingsteam.

Tildelingsteamets ansvar og medlemmer er beskrevet i rutine for Tildelingsteamet. Av denne fremgår følgende:

Tildelingsteamet

Har møte inntil 2 timer hver uke, dersom det er ingen eller få saker kan leder for saksbehandlingskontoret avlyse møte. Redusert møtevirksomhet i perioden for ferieavvikling dersom saksmengde tillater det

Tildelingsteamet består av:

- Kommunalsjef - møteleder
- Avdelingsleder hjemmetjenester
- Avdelingsleder institusjon
- Avdelingsleder helseavdelingen
- Avdelingsleder miljøterapiavdelinga
- Avdelingsleder psykisk helse/rus/krisesenter
- Leder for saksbehandlingskontoret

Rutinen over er ikke oppdatert ut fra siste omorganiseringer. Fra høst 2022 er også ny stilling som kvalitetsrådgiver en del av Tildelingsteamet. Denne er nå møteleder. Saksbehandler fra Saksbehandlerkontoret deltar også på møtet. Fagledere psykisk helse og fysioterapi deltar, samt kommuneoverlege.

Tildelingstemaet har ifølge rutinen følgende myndighet:

Tildelingsteamet sin myndighet

Tildelingsteamet har myndighet til å fatte vedtak om disse tjenestene:

Tjenester til hjemmeboende:

- ✓ Helsetjenester i hjemmet
- ✓ Rehabilitering/habilitering utenfor institusjon
- ✓ Praktisk bistand daglige gjøremål
- ✓ Praktisk bistand opplæring
- ✓ Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
- ✓ Støttekontakt
- ✓ Dagaktivitetstilbud, dagsenter for eldre, arbeidssenter, garanti for vernet arbeidsplass, m.m.
- ✓ Omsorgsstønad
- ✓ Omsorgsbolig, trygdebolig
- ✓ Matombringing
- ✓ Trygghetsalarm
- ✓ Miljøarbeidertjeneste psykisk helse
- ✓ Avlastning utenfor institusjon

Institusjonstjenester:

- ✓ Tidsbegrensa opphold – avlastning, rehabilitering o.a.
- ✓ Langtidsopphold

Nedenfor følger utklipp som viser delegering innen Helse og omsorg, kopiert fra det nettbaserte systemet til kommunen i 2023. Reglementet beskriver ikke delegert myndighet til Tildelingsteamet, slik utklipp fra rutine over beskriver.

- Kommunalsjef for helse og omsorg
  - Avdelingsleiar heimetenester
  - Avdelingsleiar helseavdeling
  - Avdelingsleiar institusjon
  - Avdelingsleiar demensomsorg
  - Avdelingsleiar tenester for utviklingshemma
  - Avdelingsleiar psykisk helse og rus
  - Tildelingskontor
  - Folkehelsekoordinator
  - Kommuneoverlege
  - Koordinerande eining
  - Miljøretta helsevern Hallingdal
  - Ressurseining
  - Rådgjevar
  - Friskliv

Kommunens rutiner for tildeling av tjenester på helse- og omsorgsområdet

Vi har fått oversendt flere rutiner som beskriver kommunens rutiner og egne krav opp mot tjenestetildelingen på helse- og omsorgsområdet i kommunen. De rutinene som vi har vurdert som meste sentrale og relevante for vår gjennomgang, beskriver vi i dette kapittelet.

Kommunens kvalitetsstandard

Det er utarbeidet et dokument som beskriver kommunens tjenester og ønsket kvalitet og prinsipper for saksbehandling på området. Dette dokumentet heter Kvalitetsstandard for helse- og omsorgstjenester i Gol kommune og er fra 01.01.21. Dette dokumentet har følgende innhold (deler av innholdsfortegnelse):

Innhold

1.0 Kvalitetsstandard for helse– og omsorgstjenesten i Gol 4
1.1 Nasjonale føringer 5
1.2 Målsetning 5
1.3 Grunnleggende prinsipper 6
1.4 Tjenester Gol kommune tilbyr 8
1.5 Prinsipp for saksbehandling 9
2.0 Kriterier for tjenester til hjemmeboende 13
2.1 Hjemmesykepleie 15
2.2 Psykisk helse og rustjeneste 16
2.3 Trygghetsteknologiske løsninger 17
2.4 Omsorgsbolig 20
2.5 Habilitering og rehabilitering utenfor institusjon 21
2.6 Personlig assistanse 22
2.7 Dag og aktivitetstilbud 27
2.8 Omsorgsstønad 29
2.9 Avlastning 30
2.10 Matombringing 31
3.0 Kriterier for institusjonstjenester 32
3.1 Institusjonstjenester - Korttidsopphold 32
3.2 Institusjonstjenester – Langtidsopphold 35

Dette dokumentet er på 37 sider og beskriver kommunens ivaretakelse av helse- og omsorgstjenester. Innledningsvis beskrives følgende:

Om evalueringen/formålet

Det er kommunens plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift opprettholdes.

Kriterier eller kvalitetsstandard skal i utgangspunktet evalueres og oppdateres hvert år i forbindelse med budsjettprosessen i kommunen, senest 1.desember hvert år, men kommunestyret kan bestemme at det heller bør skje ved større endringer i planer, lover og forskrifter.

1.0 Kvalitetsstandard for helse– og omsorgstjenesten i Gol

Dette dokumentet er en presisering av hvordan Gol kommune ønsker å tilby sine tjenester til våre innbyggere. Målet er å skape en felles forståelse for nivået på tjenesteytinga med bakgrunn i myndighetskrav, faglige og juridiske vurderinger og politiske prioriteringer.

Dokumentet beskriver også lovverket på området og kommunens tjenester. Videre beskriver det egne mål og premisser for tjenestetildelingen.

1.2 Målsetning

- Tjenestesøker skal i Gol kommune oppleve en tverrfaglig, individuell og rettferdig vurdering av sin søknad
- Gol kommune skal yte fleksible tjenester av tilstrekkelig omfang til å skape mestring og trygghet for tjenestemottaker
- Gol kommune sine tjenester skal ytes med stor grad av brukermedvirkning
- Gol kommune skal legge til rette for tjenester slik at brukeren kan bo i egen bolig lengst mulig
- Gol kommune skal utnytte tjenesteressursene effektivt, og med det alltid vurdere behov for rehabilitering og/eller tilrettelegging med tekniske hjelpemiddel og trygghetsteknologi framfor personlig bistand i helse- og omsorgstjenestene.

Tjenestetype og omfang på tjenester blir tilmålt etter at det er vurdert om rettskrav på tjenesten er oppfylt.

1.3 Grunnleggende prinsipper

- Gol kommune skal yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene skal bidra til å utsette behovet for omfattende kompenserende tjenester. Tjenestesøker sine behov skal vurderes i tråd med BEON-prinsippet; beste effektive omsorgsnivå
- Gol kommune sine tjenester skal ta utgangspunkt i den enkelte sine ressurser og stimulere til at brukeren opplever trygghet, omsorg og mestring av egen hverdag
- Gol Kommune skal yte proaktive tjenester der det tidlig blir vurdert om både tjenestesøkere og tjenestemottakere er i behov for rehabilitering, tilrettelegging med tekniske hjelpemiddel, og/eller trygghetsteknologi for økt læring, mestring, trygghet og selvstendighet i hverdagen.

Et viktig prinsipp ved tjenestetildelingen er BEON-prinsippet. Dette beskrives nærmere i kapittel 5.2, men beskrives slik i kommunens kvalitetsdokument:

BEON-prinsippet og tjenestetildeling

Det er et formål at tjenestene så langt som mulig baseres på tidlig intervensjon, ut fra tanken om at tjenesten gis raskt ved behov og avsluttes ved egenmestring. Denne forebyggende tankegangen skal være med på å sikre innbyggernes selvstendige liv, god ressursutnyttelse, og er i tråd med nasjonale føringer.

Et viktig prinsipp for all tildeling av tjenester vil være BEON-prinsippet og at mindre ressurskrevende tjenester skal være vurdert og om mulig også forsøkt før kostnadskrevende tjenester innvilges. For eksempel skal hjemmetjenester i stort omfang ha vært forsøkt/vurdert før langtids institusjonsplass innvilges.
BEON betyr Beste Effektive Omsorgs Nivå. Ved å ha ulike nivåer av tjenestetilbud, vil tilbudet kunne tildeles ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Tilbudene differensieres ved at tjenestetilbudet strekker seg fra lite hjelpebehov (lavterskel-tilbud) til stort hjelpebehov (høy terskel). BEON-prinsippet går ut på at tjenestetilbudet gis på et lavest mulig omsorgsnivå med fokus på brukers egne ressurser. Målet er at innbyggerne skal opprettholde størst mulig grad av egenmestring og livskvalitet, og at eventuell reduksjon i funksjonsnivå skal forebygges og motvirkes ved først å sette inn tiltak som fremmer egenmestring.

Omsorgstrappen illustrert under her viser hva tilbudet i kommunen kan være. Den er tatt fra Agenda Kaupang og stemmer med våre tilbud, unntatt omsorgslønn som nå er definert som omsorgsstønad.

Kommunens kvalitetsstandard ble iverksatt fra 1.1.2021. Fra skriftlig spørsmål om denne beskrives følgende:

Flere fra de forskjellige avdelingene fra helse og omsorg var med å jobbe i grupper med innholdet i Kvalitetsstandarden. En mindre gruppe sluttførte arbeidet før det gikk til politisk behandling og den ble vedtatt i kommunestyre. Avdelingsledergruppa hadde en fagdag der bl.a. rutiner for tildeling av tjenester var tema. Rutiner og rollefordeling ble behandlet i flere avdelingsledermøter. Sakene som er oppe i tildelingsteamet blir vurdert ut fra BEON prinsippet. Vi har ikke rutiner for å måle at vi følger BEON prinsippet.

Videre opplyses det (noe omskrevet):

Vi er bevisst på bruk av BEON prinsippet både i kartlegging og tildeling av tjenester. Det er praksis at vi starter med laveste omsorgsnivå slik som matombringing og trygghetsalarm. Det gis også avslag på søknader. Til sammen for alle tjenestene i 2021 var dette 19. En måte å måle bruk av BEON prinsippet kan være å sammenligne tildeling av tjenester fra år til år for å se utvikling samt sammenligne Gol med andre kommuner i samme KOSTRA-gruppe.

Som det ble vist til under beskrivelsen av organisering, er kommunens tjenestetildeling organisert ved at det på Helse- og omsorgsområdet av kommunen er en tjenestetildelingsenhet. Dette er et saks- og

utredningsorgan for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Leder for denne avdelingen pluss avdelingsledere i Helse og omsorg danner Tildelingsteamet som har ansvar for tjenestetildelingen gjennom å behandle og tildele tjenester. Det blir ut fra denne behandlingen skrevet et enkeltvedtak. Tildelingsteamets myndighet, organisering og prinsipper for tjenestetildeling er beskrevet i egen rutine som ser slik ut:

GOL	Tildelingsteam	Tildeling av tjenester

Kvalitetsmål: At alle søknader om tjenester i helse og omsorg blir behandlet ut fra gjeldende lover og forskrifter. At behovet blir nok opplyst slik at det blir tildelt tjenester etter BEON prinsippet.

Utføres av Saksbehandlingskontoret for helse og omsorg og tildelingsteamet

Generelle krav (Lovverk, forskrifter):

- Helse og omsorgstjenesteloven
- Pasient og brukerrettighetsloven
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenester
- Forvaltningsloven
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten

Tildelingsteamet sin myndighet

Tildelingsteamet har myndighet til å fatte vedtak om disse tjenestene:

- ✓ Helsetjenester i hjemmet
- ✓ Rehabilitering/habilitering utenfor institusjon
- ✓ Praktisk bistand daglige gjøremål
- ✓ Praktisk bistand opplæring
- ✓ Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
- ✓ Støttekontakt
- ✓ Dagaktivitetstilbud, dagsenter for eldre, arbeidssenter, garanti for
- ✓ Omsorgsstønad
- ✓ Omsorgsbolig, trygdebolig
- ✓ Matombringing
- ✓ Trygghetsalarm
- ✓ Miljøarbeidertjeneste psykisk helse
- ✓ Avlastning utenfor institusjon
- ✓ Tidsbegrensa opphold – avlastning, rehabilitering o.a.
- ✓ Langtidsopphold

Effektive møter

- Klar møteledelse
- Kun saker som er kartlagt i tilstrekkelig grad blir tatt opp
- Kun saker som står på sakslista blir tatt opp, unntatt hastesaker
- Alle møter forberedt

Ansvaret til avdelingsledere og tildelingskontoret ved saksbehandler er også beskrevet i fremlagte rutiner og system-kart.

Det er fremlagt rutiner for saksbehandling av tildeling av tjenester. En av disse er rutine for ny søknad. Det er også rutiner ved endring av tjenester, samt gjestepasienter. Det er også laget system-kart, kalt «tjenestereise» for disse. Utklipp fra ny søknad er gjengitt under:

Tildelingsrutine.

GOL	Tildeling av tjenester - Rutine	Ny søknad/ revurdering/ stopp av tjenester

Sikre at alle henvendelser angående behov for tjenester fra helse- og omsorgsavdelingen blir behandlet etter lovverket. At brukeren får de tjenester vedkommende har vedtak på og at tiltaksplanen er kjent for alle som skal yte tjenesten.

Saksbehandler får beskjed om å skrive et vedtak som signeres av saksbehandler og aktuell avdelingsleder. Vedtak blir levert til merkantil av avdelingsleder etter signering. Merkantil kopierer vedtak til brukermappe (og ev. til andre dersom dette er aktuelt/ se søknadsskjema). Merkantil sender vedtaket til bruker.

2) Avslutning/ endring av tjeneste

Brukers vedtak er rettskraftig og løper så lenge utløpsdato ikke er oppnådd. Det er i utgangspunktet ikke adgang til å avslutte tjenesten til bruker så lenge vedtaket er rettskraftig, uten at bruker varsles og samtykker til at tjenesteleveransen opphører. Et slikt varsel skal helst være skriftlig. Dersom bruker ikke er enig i at tjenesten ikke lengre skal leveres, eller leveres i redusert omgang, skal det fattes nytt vedtak.

Midlertidig stopp

Den som tar imot beskjed om opphold i tjenesten/ tjenester gir beskjed til Saksbehandlingskontoret for helse- og omsorg eller setter tjenesten på «stopp» i Gerica. Husk å åpne alle ++ slik at en krysser av alle tjenestene. Gå inn på tjeneste og marker alle tiltak og trykk på «stopp». Gi beskjed til Saksbehandlingskontoret for helse- og omsorg at det er et midlertidig stopp i tjenesten gjennom å

Det er også utarbeidet skjema for søknad om tjenester som inneholder samtykke med mer. Dette ser slik ut:

unntatt offentlighet, jf. Offl.§13 jf. Fvl.§13

Søknad om helse- og omsorgstenester frå Gol kommune

1.Personopplysninger	
	Sivilstatus: enkemann
Navn:	Telefon privat:
Adresse:	Postnr/sted: 3550 GOL
Fastlege:	
Sist vurdert av lege (mnd/år): august 2021	Sist vurdert av tannlege (mnd/år): mars 2021

2.Husstand		
Bur du åleine? (set kryss)	Ja x	Nei
Bur du saman med andre (navn og tilknytning)		

Etter søknad blir normalt brukers behov kartlagt gjennom et eget kartleggingsskjema i de fleste saker. Det er i rutiner gitt unntak for ikke-lovfestede tjenester slik som matombringing med mer. Der kan Saksbehandlerkontoret fatte vedtak uten at sak blir behandlet i Tildelingsteamet. Praksis viser også at dette skjer for utskrivningsklare pasienter fra sykehus, der det er behov for direkte helse- og omsorgstjenester. Dette fordi behovet for rask tjenestetildeling ofte er stor for denne gruppen. Gjennomgang av saker viser at selv om tjenestetildelingen er av lengre varighet, bruker en ikke kartleggingsskjema eller behandler saken i Tildelingsteamet. Vår vurdering er at dette kan være en uheldig praksis. Dette er omtalt senere i rapporten.

Kartleggingsskjema som brukes ved kartleggingen av behov for tjenester ser slik ut:

Kartleggingsskjema-Voksne/barn barnefamilier	**Søknad om:**	**SaksID:**

Navn:		Personnr:
Adresse:		
Dato:		
Saksbehandler:	Definert som nærmeste pårørende:	Tilstede under samtalen:

Reservasjon mot innsyn		
Reserverer du deg mot at andre får innsyn i dokumentasjonen?	Ja	Nei
Hvem omfattes av reservasjonen?		

Er det oppnevnt verge?
Navn:

Dette skjemaet kartlegger også brukers helsesituasjon og danner grunnlag for data til obligatorisk helseregister i form data til IPLOS/ADL[10], se også vedlegg 4 for mer utfyllende beskrivelser. Brukers ønsker er også et punkt som skal kartlegges. Brukermedvirkning er det også eget punkt om i kommunens Kvalitetsstandard:

Brukermedvirkning

Målsetting:
Brukermedvirkning skal styrkes og synliggjøres i forsøket og brukers behov skal settes i sentrum ved at:

- det tilbys tjenester som er individuelt tilpasset ut ifra den enkeltes behov
- brukermedvirkning er satt i system

Kvalitetssikring/internkontroll

Rutinene mangler eget skjema for kvalitetssikring av saksbehandlingen rundt tjenestetildelingen. Et slikt skjema inneholder ofte punkter fra lovverk og egne rutiner en skal kvittere for er fulgt eller

10

argumentasjon på hvorfor ikke fulgt. Om en oppdager feil eller mangler meldes det avvik om dette, ofte i et eget datasystem hvor type avvik og alvorlighetsgrad er definert.

Den formelle tildelingen av helse og omsorgstjenester (enkeltvedtak):
Ut fra den kartleggingen som er gjort, dannes det et grunnlag for tildelingen av tjenester. Den formelle tjenestetildelingen skjer gjennom et enkeltvedtak. Det er saksbehandler i enheten og avdelingsledere som formelt står som den som fatter vedtak. Dette harmonerer med delegasjonsreglementet, men er ikke i tråd med rutine for Tildelingsteam. Se eksemplet fra et enkeltvedtak under:

Pasient- og brukerombudet:
Ved behov for bistand utover ansattes veiledningsplikt, kan Pasient- og brukerombudet i Buskerud kontaktes. Ombudet i Buskerud med kontorsted i Drammen, har telefonnr.32 23 52 00.
Ombudet skal ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettsikkerhet.

Med hilsen

Cathinka Marie Berg
Avdelingsleder hjemmetjenester
Tlf: 916 73 952

Bente Mølster
Saksbehandler
For Tildelingsteamet
Helse og omsorg
Tlf: 916 73 996

Kopi: Brukermappe

Det går frem av vedtaksdokumentet at det er Tildelingstemaet som fatter vedtaket, se utklipp under:

Saken gjelder:
Søknad om praktisk bistand/opplæring av 16.08.21.
På bakgrunn av en faglig vurdering av de opplysningene som er lagt fram gjennom hjemmebesøk hos deg 31.08.21, har tildelingsteamet i møte 07.09.21fattet følgende vedtak:

Utklippet over er dokumentoversikten som det vises til i vedtaksdokument. For oss fremstår «opplysninger som er lagt frem» som noe upresist. Hva som er lagt frem ved hjemmebesøk som det vises til i vedtaksdokument fremstår som uklart. Har en samarbeidet om utfylling av kartleggingsskjema, det vil si brukermedvirkning? Har en fattet vedtaket på bakgrunn av andre opplysninger en har? Dette gjelder særlig der søker har tjenester fra før av. Hvilke dokumenter/opplysninger har Tildelingsteamet brukt når de behandler sak?

Dette går ikke frem av referater eller behandlingen av saken i Tildelingsteamet. Dette sier rutinen om etterbehandling av søknader:

Etterbehandling av søknader

- Leder for saksbehandlingskontoret skriver referat fra møtet, evnt. informerer saksbehandler om vedtak som er fattet
- Saksbehandler skriver vedtak, skriver under sammen med avdelingsleder for aktuell avdeling
- Merkantil tar kopi til brukermappe, sender ut vedtak. Evnt sender kopi til andre dersom søker har bedt om det i søknaden.
- Avdelingsleder har ansvar for at tjenesten blir iverksatt

Gjennomgang av dokumentasjon fra saksbehandlingen viser også i begrenset grad dokumentasjon på at tjenestene tildeles ut fra BEON-prinsippet.

Rutine for tildelingsteam inneholder også beskrivelse av ansvarsforhold for økonomi:

Ansvarsforhold

Avdelingsleder har ansvar for økonomi og iverksettelse av tildelte tjenester innenfor gjeldende lovkrav og tilgjengelige rammer.

Både regnskap 2021 og tertialrapporteringen fra 2022 viser utfordringer i økonomien. Regnskap fra 2021 viser følgende økonomioversikt:

Beløp i 1000

Virksomhet	Rekneskap 2021	Rekneskap 2020	Opph. bud. 2021	Rev. bud. 2021	Avvik i kr	Avvik i %
300-Kommunalsjef Helse og omsorg	4 281	4 527	4 824	4 856	574	11,8 %
310-Gol Helsetun	47 391	41 272	37 282	40 353	-7 038	-17,4 %
312-Koordinerande eining	1 989	1 971	1 754	2 199	210	9,6 %
314-Heimetenesta	27 136	25 383	23 779	26 343	-793	-3,0 %
315-Miljøterapitenesta	46 058	39 179	37 214	42 530	-3 527	-8,3 %
320-Helseavdeling	22 785	19 668	16 419	20 065	-2 720	-13,6 %
322-Psykisk helse og rus	12 297	9 674	10 528	10 717	-1 580	-14,7 %
340-Barnevern og edruskap	15 120	13 538	14 938	13 938	-1 182	-8,5 %
345-NAV Gol	7 761	6 910	7 286	7 286	-475	-6,5 %
Sum	184 818	162 122	154 024	168 287	-16 531	-9,8 %

Rapportering for 2. tertial 2022, beskriver en prognose på et økende merforbruk sammenliknet med resultat 2021:

UKL — helse, omsorg og sosial

Status økonomi

Beløp i 1000

Verksemd	Rev. bod hiå. 2022	Rekneskap hiå. 2022	Avvik hiå.	Rev. bod. 2022
300-Kommunalsjef Helse og omsorg	3 852	3 413	439	7 280
310-Gol Helsetun	27 335	29 865	-2 529	39 217
312-Koordinerande eining	1 171	1 623	-452	1 842
314-Heimetenesta	16 893	15 791	1 103	26 195
315-Miljøterapitenesta	41 084	44 157	-3 073	39 574
320-Helseavdeling	11 261	15 737	-4 476	17 897
322-Psykisk helse og rus	7 985	5 783	2 202	11 306
340-Barnevern og edruskap	9 955	5 768	4 187	14 938
345-NAV Gol	4 993	4 094	899	7 493
Sum	124 530	126 231	-1 702	165 742

Kommentar til status økonomi

Ifølgje prognose i revidert budsjett 2022 vil Helse- og omsorgssektoren komme ut med eit meirforbruk på 21,4 mill.kr. Prognosen er ikkje endra frå revidert budsjett.

I tertialrapport påpekes det at det er kjøp eksterne plasser som gir merforbruk opp mot tjenester, men hjemmetjenester klarer å holde budsjett. Det er både i 2021 og 2022 relativt store merforbruk på Helseavdeling og Miljøterapitenesta.

På spørsmål om hvordan økonomiansvaret i praksis blir ivaretatt svares følgende:

Avdelingsledere har ansvar for å ha oversikt over økonomiske rammer for tildeling av tjenester. Kommunalsjef deltar på tildeleingsmøter med kostnadskrevende saker.

Når det gjelder spørsmål om det fremmes sak om budsjettendring når det er manglende budsjettmessig dekning svares det: *Nei, det rapporteres i tertialrapportene.*

Annen informasjon fra gjennomgangen av saker om tjenestetildeling:
Til sammen ble 11 enkeltsaker om tildeling av tjenester kartlagt ved gjennomgang av 11 områder/spørsmål i hver sak. Dette vil si at det til sammen er 121 punkter som er vurdert om de er ivaretatt på en god måte eller ikke. Det er også vurdert om spørsmål/området er aktuelt. 32 punkter ble vurdert som ikke aktuelt i sakene vi så på. Det vil si at 89 ble vurdert som aktuelle i de sakene vi har sett på.

Gjennomgangen viser at ut fra de 89 punktene som er vurdert er:

- 51 godt ivaretatt, det vil si 57 %.
- 17 delvis er delvis ivaretatt, med ivaretatt-prosenten gir dette en andel på 76 %
- 21 ikke ivaretatt på en god måte, det vil si 24 %
- 32 punkter vurdert som ikke aktuelt i saker som gjennomgått

Oppsummert viser dette at kommunens tjenestetildeling vurderes å være i tilfredsstillende for 3 av 4 områder, slik vi vurderer det. Som beskrevet i kapittel 2, ble sakene gjennomgått og vurdert i samarbeid med ansatte i kommunen og vurderinger ble gjort i samarbeid med disse.

Nedenfor er det gjengitt eksempler på hva som ikke var tilfredsstillende:

- I 7 av 11 saker var det manglende oppdaterte registreringer om brukers helse (ADL) i Gerica (Kommunens fagsystem på Helse og omsorg). Det opplyses ved gjennomgang at en skal gjøre dette ved tjenestetildelingen og minst årlig.
- I tre saker viser tekst i vedtak at disse har vært i Tildelingsteam uten at dette samsvarer med dokumentasjon i sakene.
- Gjennomgåtte saker dokumenter ikke direkte at en følger BEON- prinsippet, men det opplyses at dette gjøres i praksis.
- Det er manglende dokumentasjon på økonomisk dekning for innvilget tiltak eller om ny tjenestetildeling kan føre til merforbruk.
- To av sakene har for lang saksbehandlingstid opp mot lovverkets krav uten at søker er opplyst om dette.
- Det mangler dokumentasjon på søkers samtykke til behandling av helse/personopplysninger i noen av sakene.
- Det er vanskelig å få oversikt over dokumenter som legges frem for Tildelingsteam ved behandlingen (står ikke i vedtak eller referat fra møtet). Det opplyses at møtedeltakerne må finne dette i kommunens omsorgssystem ved behandlingen i Tildelingsteamet.
- Det er en praksis for å fatte direkte vedtak om tjenester når det er pasient som kommer direkte fra sykehus. Selv om denne tjenesten varer i lengre tid, følger en ikke opp med egen kartlegging av saken/får inn formell søknad fra bruker. Denne praksisen vurderer vi at reduserer brukers rettigheter til medvirkning opp mot intensjonen i lovverket på området.
- Gjennomgangen viser i begrenset grad praksis på å avdekke endringer i brukers helse. Vedtakene mangler tidsavgrensning, og rutiner gir ikke definert tidsintervall for dette. Loven sier at dette som et minimum skal gjøres ved endringer i tjenestetildelingen.

4.3. Vår vurdering av krav mot innsamlet dokumentasjon

Vi har for problemstilling 1, utledet to revisjonskriterier, samt noen krav opp mot disse, se kapittel 4.1. Opp mot de to revisjonskriteriene vurderer vi ut fra vår gjennomgang beskrevet i kapittel 4,2 følgende styrker og svakheter:

Revisjonskriteriet:

- Kommunen skal ha organisert en tildeling av helse- og omsorgstjenester som sannsynliggjør en riktig og effektiv tjenestetildeling.

Styrker:

- Kommunen har opprettet en egen avdeling for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester. Dette er en fordel opp mot at søknader på helse og omsorgsområdet sannsynligvis blir saksbehandlet likt og en samler kompetanse om saksbehandlingen.
- Samlet kompetanse for saksbehandlingen kan bidra til utvikling av området og bedret effektivitet opp mot en mer desentralisert løsning.
- Det er utarbeidet relevante rutiner, system-kart og maler for saksbehandlingen.

Svakheter:

- Det er manglende sammenheng mellom organisering og den formelle delegasjonen. Blant annet beskrives ikke Tildelingsteam i delegasjonsreglement. Det går frem av rutinebeskrivelser at det er Tildelingsteamet som fatter enkeltvedtak om tildeling av tjenester i Helse og omsorg.
- En har i rutinene krav om å vurdere økonomisk dekning ved saksbehandlingen. Dette dokumenteres ikke. Det er merforbruk på flere av de enhetene som produserer tjenester både i år 2021 og prognoser for år 2022.
- Tjenestetildelingskontoret størrelse på 2 årsverk og 3 personer, gjør at en er sårbare opp mot sykdom og at personer slutter. Dette gjelder særlig opp mot kapasitet og kompetanse.
- Det er manglende rutiner for krav til regelmessig å vurdere endrede behov hos bruker eller hvordan eventuelt slik vurdering dokumenteres.
- Det er ikke laget rutine/skjema for kvalitetssikring av tjenestetildelingen.
- Vedtakene bør inneholde kilder/referanser til dokumenter vedtaket bygger på.

Revisjonskriteriet:

- Kommunens praksis for området tildeling av helse- og omsorgstjenester skal være riktig og effektiv og i henhold til egne rutiner/organisering.

Styrker:

- Det kan synes som dagens organisering fungerer opp mot å få til en rask saksbehandling i de fleste saker.
- Saksbehandlingen er på mange punkter tilfredsstillende opp mot lovkrav og egne rutiner.

Svakheter

- Det mangler en systematisert og formell kvalitetssikring av saksbehandlingen på området. Gjennomgangen viser at det er et forbedringspotensial opp mot forhold som ikke er ivaretatt i saksbehandlingen.
- Dokumentasjonen som tildeling av tjenester bygger på, fremgår ikke tydelig nok av dokumentasjon fra saksbehandlingen.
- Det er svakheter rundt oppdatering av omsorgssystem opp ADL, som at dette er vurdert årlig.
- Ved mottak av pasienter direkte fra sykehus innvilges det ofte direkte vedtak om langvarige tjenester uten søknad/ samtykke og medvirkning fra bruker. Det at en slik langvarig tjenestetildeling ikke blir fulgt opp som en normal søknadsbehandling om tjenester, vurderes som en svakhet opp mot lovgivningen på området (Se vedlegg 4, om lovverket på området).
- Det er også noe manglende oversikter over dokumentasjonen Tildelingstemaet har som grunnlag for å fatte vedtak i saken som er oppe eller i referat fra saken

5. Tildeles «riktige» helse- og omsorgstjenester?

Dette kapitlet inneholder beskrivelser av vår gjennomgang opp mot problemsstilling 2, se tekstboks under. Hva vi har vurdert opp mot problemstillinger er beskrevet i kapittel 5.1. I kapittel 5.2 beskrives innsamlet dokumentasjon, mens vi i kapittel 5.3 beskriver vår vurdering av i hvilken grad tjenestetildeling er logisk/riktig.

Dette kapittelet omhandler følgende problemstilling:

2. I hvilken grad synes tjenestetildelingen av tjenester logisk opp mot kartlagt helsesituasjon og brukere med tilsvarende helsesituasjon?

5.1. Krav til riktig helse- og omsorgstjeneste?

Under følger beskrivelse av hvordan vi har utledet revisjonskriterier opp mot problemstilling 2 vedtatt i prosjektplan:

I vedtatt prosjektplan for forvaltningsrevisjonen ble det til problemstilling 2, vist til at vi ville vurdere om kommunens tjenestildeling er logisk/riktig opp mot dokumentasjon i sak og om brukere med tilsynelatende samme behov får samme tjenester. Det vises kapittel 1.3 hvor dette er gjengitt fra prosjektplan. De endelige revisjonskriteriene vi har utledet opp mot problemstillingen er disse:

Kommunen skal for tildeling av tjenester innvilge tjenester som er relevante opp mot brukers søknad, helsetilstand og egen kvalitetsstandard for helse- og omsorgstjenester.

Krav som stilles opp mot et slik revisjonskriterium er omfattende og vi kan ikke se på alt. Derfor har vi avgrenset det til noen krav vi ser nærmere på. Dette er:

- Innvilget tjeneste skal være relevant i forhold til søknad og behov.
- Innvilget tjeneste bør regelmessig vurderes ut fra brukers helsetilstand og behov.
- Kommunen bør dokumentere at de følger eget kvalitetsprinsipp (BEON-prinsippet ved tjenestetildelingen)
- Om en bruker tilsynelatende får tjenester som avviker fra kommunens eller lovverkets krav til helse- og omsorgstjenester bør det beskrives hvorfor.

Som beskrevet i kapittel 4, er det laget et eget kartleggingsskjema for gjennomgang av enkeltsaker/pasientjournal for dokumentasjon av vår gjennomgang. Dette skjema er gjengitt i vedlegg 5 til denne rapporten. Dette er brukt for å samle inn dokumentasjon opp mot begge problemstillingene i denne forvaltningsrevisjonen.

Deler av lovverket som vi har utledet revisjonskriteriene fra og krav er gjengitt i vedlegg 4. Kommunens rutiner, som vi også vurderer, beskrives i neste kapittel slik at vi unngår samme beskrivelser flere steder.

Under følger det noen flere beskrivelser om BEON (LEON) – prinsippet, som Kvalitetsdokumentet sier kommunen skal følge, enn det som kommer frem av kapittel 4.2. Her fremkommer også vår forståelse av et par begreper forklart. For øvrig vises det til deler av lovverket i vedlegg 4 og kommunens rutiner som er brukt til å utlede revisjonskriteriet:

BEON (LEON)-prinsippet:

Fra Store medisinske leksikon på nett:
LEON er et administrativt prinsipp om at undersøkelse og behandling av pasienter skal foretas på det lavest mulige omsorgsnivå i helsetjenesten. I praksis betyr dette for eksempel at pasienter som kan ivaretas forsvarlig på et lokalsykehus, ikke skal henvises til et regionsykehus uten at dette begrunnes faglig.

LEON er forkortelse for Laveste Effektive OmsorgsNivå
I tråd med dette prinsippet skal kommunehelsetjenesten være basis for helsetjenestens øvrige ledd, og den skal ta seg av den overveiende del av befolkningens helseproblemer.
LEON-prinsippet ble lansert i Stortingsmelding nr. 9 (1974–1975), Om sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.

Stortingsmeldinger 47 - samhandlingsreformen

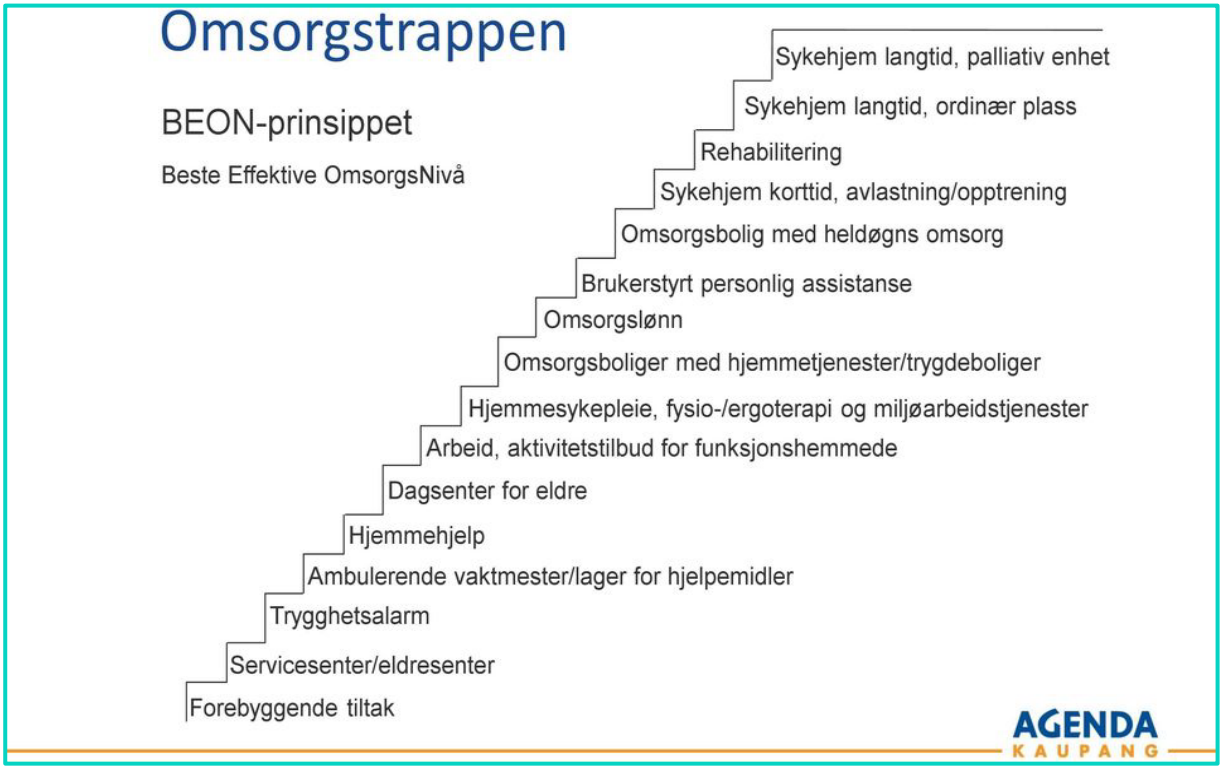
En stor risiko ved modellen er at den skal virke sterke drivende mot «overbehandling», altså det motsatte av LEON-prinsippet (som i denne meldingen er kalt BEON-prinsippet; beste effektive omsorgsnivå). Regelstyringen vil i praksis definere minimumsnivåer, og ikke det motsatte. Denne modellen vil heller ikke gi sterke insentiver til tidlig intervensjon eller forebygging, fordi etablert sykdom vil være «inngangsporten» for å få dekket kostnader.

Vår forståelse er at LEON-prinsippet har byttet navn til BEON-prinsippet for å få til et mer positivt ladet prinsipp.

BEON-prinsippet for omsorgsnivåer:

En vanlig måte å fremstille prinsipper for logiske trinn for omsorgsnivåer i en kommune er illustrert i figuren under:

Figur under er hentet fra kommunens dokument om kvalitet:



Logisk/riktig:
Vi har lagt følgende forståelse av logisk til grunn ved vår gjennomgang av kommunens system for tildeling av tjenester:

> Dokumentasjon fra tildeling av tjenester viser sammenheng og resonnementer opp mot mengde av tjenester og tjenestetype i forhold til det som kjennetegner BEON- prinsippet og brukers vurderte hjelpebehov.

5.2. Beskrivelse og vurderinger av innhentet dokumentasjon

Det er fra 2021 og fram til vår gjennomgang ble avsluttet i desember 2022 ikke lagt fram skriftlige kilder utarbeidet i kommunen som dokumenterer at en følger BEON- prinsippet. Vi har også søkt på kommunens hjemmesider uten å finne slik dokumentasjon. At dette mangler, bekreftes gjennom samtaler og spørsmål i forbindelse med gjennomgang av enkeltsaker med ansatte i Helse- og omsorgs administrasjonen. Imidlertid fremkommer det fra disse samtalene at prinsippet blir vektlagt blant annet i behandlingen av Tildelingsteam uten at denne vurderingen er referert til eller brukt som argumentasjon i vedtaks-dokumentet.

Vi har ved gjennomgangen av enkeltsaker vurdert om tildelingen av tjenester er logisk/riktig opp mot kommunens tildelingsprinsipper. Det er ikke avdekket saker vi mener er logiske eller feil opp mot kommunens definerte tildelingsprinsipper. Men det mangler dokumentasjon på systematisk avdekking av behov for endring i tjeneste eller behov for å endre mengde av tjeneste. Dette er også omtalt i kapittel 4.2.

Tabellen under viser en oversikt og vurderinger rundt ADL (Activities of Daily Living, ADL)[11] i de sakene vi har gjennomgått:

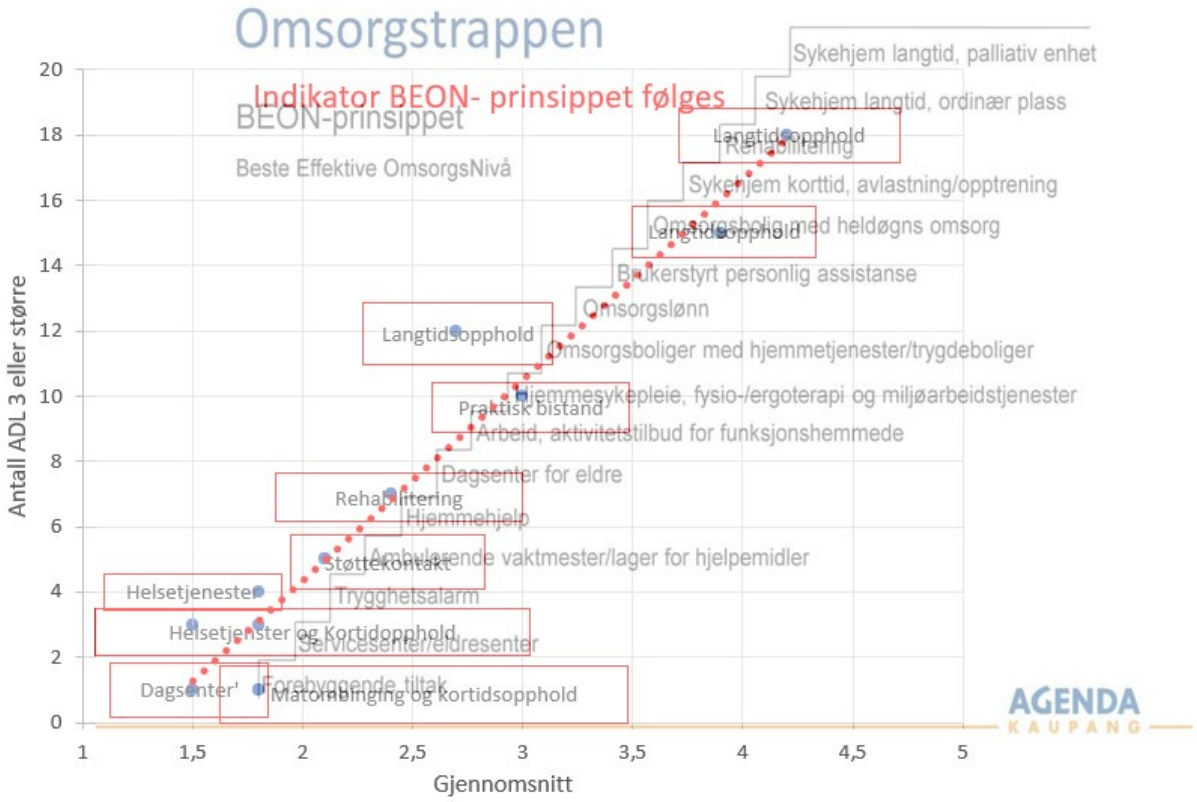
Tjeneste tildelt*	Gjennomsnitts ADL	Antall over score 3 (maks 20)	Oppdatert ADL siste år	Andre mangler ADL registering.
Langtidsopphold	4,2	18	Nei	
Langtidsopphold	3,9	15		
Langtidsopphold	2,7	12	Nei	
Praktisk bistand	1,5	3	Nei	
Helsetjenester i hjemmet	1,8	3	Nei	
Korttidsopphold institusjon	2,1	5		Ja
Rehabilitering utenfor hjemmet	2,4	7		
Helsetjenester i hjemmet	1,8	4		
Støttekontakt	2,1	5		Ja
Korttidsopphold institusjon	**1,8**	**1**	**Nei**	
Praktisk bistand	3	10	Nei	
Matombringing	1,8	1		
Dagsenter	**1,5**	**1**	**Nei**	

[11] ADL er funksjonsnivå kartlegging av en persons mestring av dagliglivets aktiviteter (Activities of Daily Living, ADL) hvor en registrerer skår for bistand/assistanse/helsehjelp i alt 20 variabler for dette. Dette er;
alminnelig husarbeid, skaffe seg varer og tjenester, personlig hygiene, på- og avkledning, toalett, lage mat, spise, bevege seg innendørs, bevege seg utendørs, ivareta egen helse, hukommelse, kommunikasjon, beslutninger i dagliglivet, ivareta egen økonomi, sosial deltakelse, styre atferd, syn, hørsel, opplevelse av trygghet og initiativevne.

*) Feltet angir tildeling av den tjenesten vi har valgt ved kartleggingen, men ofte har bruker andre tjenester i tillegg. Vi så også på ADL ved 2 saker, som vi ikke hadde en full gjennomgang av.

Vurdering av data i tabell opp mot BEON-prinsippet:
Tabellen over bygger på ADL registrert i Gerica (kommunens pleie og omsorgssystem). Gjennomgangen avdekket at det er svakheter med oppdateringer av disse. Det er svakheter i registreringen i 9 av 13 saker vi har hentet disse verdiene fra (hentet i to flere enn saker vurdert helhetlig).

Med forbehold om svakheter gjør vi følgende analyse av disse opp mot BEON-prinsippet. Analysen vi har foretatt fremstilles i figur under, der vi grafisk har fremstilt økende hjelpebehov målt med registrert ADL og tildelt tjeneste. Denne analysen er framstilt sammen med figur for BEON-prinsippet.



Blå prikk er i figuren over punkt for tjenestebehov ut fra ADL, tjeneste innvilget av kommunen skrevet i rød firkant. BEON-prinsippet er trapp med tjenestetyper lagt i bakgrunnen. Vi vurder ut fra denne analysen, der rød strek viser en trendlinje, som illustrerer tjenestebehov ut fra hjelpebehov kartlagt, ved hjelp av ADL.

Trendlinjen ut fra tildelt tjeneste viser (indikator på) at BEON-prinsippet følges i tjenestetildeling ut fra de sakene vi har vurdert, da det sammenfaller i stor grad med trapp for BEON-prinsippet. Det tas forbehold ut fra de svakheter vi har avdekket om oppdateringene av ADL. Analysen måler bare den tjenesten vi har sett på ut fra søknad og tar ikke hensyn til at bruker ofte også har andre tjenester. Analysen viser en bruker med innvilget praktisk bistand som kommer høyere i tjenestetildelingskjeden enn BEON-prinsippet skulle tilsi. Her har bruker flere andre tjenester.

Vi har ved gjennomgangen av enkeltsaker kun funnet en tildeling av tjenester som avviker fra lovverket eller egne krav ut fra dokumentasjon i saken.

5.3. Vår vurdering av krav opp mot innsamlet dokumentasjon

Vi har for problemstilling 2, utledet ett revisjonskriterium og noen krav. Opp mot dette vurderer vi ut fra vår gjennomgang beskrevet i kapittel 5,2 og 4.2, for å unngå å skrive det samme flere steder.

Vi vurderer følgende styrker og svakheter ut fra dette opp mot revisjonskriterium:

Revisjonskriterium:

- Kommunen skal for tildeling av tjenester innvilge tjenester som er relevante opp mot brukers søknad, helsetilstand og egen kvalitetsstandard for helse- og omsorgstjenester.

Styrker:

- Vår analyse av tildeling av tjenestetype indikerer at en har en praksis på å følge BEON-prinsippet ved tjenestetildelingen.
- Vår gjennomgang av tildeling av tjenester indikerer at tildelingen av tjenester er lik for personer med tilnærmet samme hjelpebehov.

Svakheter:

- Det mangler et system for å dokumentere at en følger lov og egne prinsipper for tildeling av tjenester i Helse og omsorg.
- Det er ikke i stor nok grad systematisert et system som fanger opp endringer i hjelpebehov.

6. Konklusjon opp mot problemstillingene

Ut fra innsamlet dokumentasjon og vurderinger fra kapitlene 4 og 5 trekker vi følgende konklusjoner opp mot prosjektplanens formål og vedtatte problemstillinger i kontrollutvalget den 10. november 2021, sak 18/2021.

Opp mot problemstilling 1, *i hvilken grad kartlegges, utredes og vurderes saker om tildeling av helse- og omsorgstjenester i samsvar med lovkrav og anbefalinger på området*, vurderer vi følgende:

Vår gjennomgang viser at tildeling av tjenester på helse og omsorgsområdet i relativt stor grad gjennom rutiner og dokumentert praksis ivaretar lovkrav og egne rutiner for tildeling. Dette ut fra de områder vi har vurdert. Men det er også noen områder med forbedringspotensial. Dette gjelder mangel på systematisk kvalitetssikring av saksbehandlingen. Det avdekkes også svakheter i oppdateringer av kommunens helseregister opp mot obligatoriske krav. Videre avdekkes det mulige svakheter i praksis for brukermedvirkning og behandling av saker opp mot pasienter som kommer direkte fra sykehus. Det avdekkes også svakheter opp mot formell delegasjon på området og svakheter i dokumentasjon av saksbehandlingen som grunnlag for enkeltvedtak.

Opp mot problemstilling 2, *i hvilken grad synes tjenestetildelingen av tjenester logisk opp mot kartlagt helsesituasjon og brukere med tilsvarende helsesituasjon,* vurder vi følgende:

Kommunens praksis for tjenestetildelinger synes i stor grad logisk opp mot kartlagt helsesituasjon og eget vedtatt prinsipp for tildeling av tjenester. Vi finner i gjennomgåtte saker ingen indikasjon på forskjellsbehandling. Svakheten er imidlertid at kommunen mangler et eget system for å måle og rapportere dette. Vi avdekker også svakheter rundt dokumentasjon av brukermedvirkning og systematikk for å dokumentere endringer i brukers helsetilstand som kan påvirke hjelpebehovet.

7. Mulig tiltak opp mot avdekkede svakheter

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil vi anbefale at følgende tiltak vurderes innført:

- Sikre bedre dokumentasjon og kvalitetssikringen på området.
- Sikre bedre praksis for oppdatering av obligatoriske helseopplysninger i kommunens helse og omsorgssystem.
- Vurdere å innføre systemer for bedre å måle at en følger egne kvalitetskrav i tildeling av tjenester.
- Sørge for å bedre systemet for å avdekke om mengde og pris på tjenestetildelingen/produksjon er innenfor budsjett og ved vesentlig avvik finne tiltak for budsjettdekning.
- Vurdere rutiner for å avdekke og dokumentere at personer som allerede har helse og omsorgstjenester er regelmessig vurdert opp mot mulig endrede hjelpebehov.
- Sikre bedre rutiner, praksis og dokumentasjon på brukermedvirkning ved tildeling av tjenester.
- Sikre samsvar mellom Tildelingsteamets beskrevne myndighet og kommunens delegasjon når det gjelder tjenestetildeling.

Drammen, den 26. januar 2023.

Torkild Halvorsen	Gjermund Røren
leder forvaltningsrevisjon	Forvaltningsrevisor

Referanser

- Kvalitetsstandard helse- omsorgstjenester i Gol kommune
- Tildelingsrutiner helse og omsorgstjenester i Gol kommunen
- Rutine for endring av tjenestebehov i Gol kommune
- Vedtaksmal for Helse og omsorgstjenester i Gol kommune
- System kart for saksbehandling i helse- og omsorg i Gol kommune
- Gol kommunes nettside
- Gol kommunes delegasjonsreglement
- Lovverk på området, se liste over dette i kapittel 3

Vedlegg 1 - Uttalelse fra kommunalsjef av 26.01.2023

Fra: Conrad Alexander Ravnanger <conrad.alexander.ravnanger@gol.kommune.no>
Sendt: torsdag 26. januar 2023 14:36
Til: Torkild Halvorsen <torhal@vkrevisjon.no>; Hege Mørk <Hege.Mork@gol.kommune.no>
Kopi: Gjermund Roren <gjeror@vkrevisjon.no>
Emne: SV: FR rapport tildeling av tjenester Helse- og omsorg - Gol kommune

Hei
Vi har følgende innspill:

- Rapporten konkluderer med at kommunens tildeling av tjenester i hovedsak er tilfredsstillende.

  Vi følger våre egne rutiner og vedtatte prinsipper for tildeling av tjenester (BEON-prinsippet) og vesentlige lovkrav. Det er ingen indikasjon på forskjellsbehandling.
  Vi er glade for at dette er hovedfunnet i rapporten.

- Når det gjelder anbefalinger til endringer og tiltak , tar kommunen dette til orientering.

  Vi må videre vurdere hva som er mulig og hensiktsmessig å gjennomføre sett opp mot ressursbruk og gevinst.

En God ettermiddag ønskes.

Vennlig hilsen

Conrad Ravnanger
Kommunalsjef Helse og Omsorg, Gol kommune
Tlf: 96040384

Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

Nedenfor følger et kort resyme av RSK 001, med de viktigste punktene som skal følges.

> *Fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020.*

Standarden er bygget opp med 34 punkter bestående av grunnleggende prinsipper og revisjonshandlinger i forvaltningsrevisjon, hvor noen er anbefalinger og noen er obligatoriske krav. Standarden fastsetter normer for planlegging, gjennomføring og rapportering av forvaltningsrevisjon i kommuner, fylkeskommuner og i (fylkes)kommunalt eide selskap.

Punkt	Innhold
	Innledning
1-3	Krav til revisor
4-8	Bestilling og problemstilling
9-13	Revisjonsdialogen
14-15	Revisjonskriterier
16-19	Metode og data
20-22	Vurderinger og konklusjoner
23	Anbefalinger
24-28	Rapport
29-31	Dokumentasjon
32-34	Kvalitetssikring og kvalitetskontroll

Gjennomføring av forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave i kommuner og fylkeskommuner[12], og kontrollutvalget skal påse at det utføres forvaltningsrevisjon. Det skal utarbeides en plan for forvaltningsrevisjon som viser på hvilke områder det skal gjennomføres forvaltningsrevisjoner. Denne skal baseres på en risiko- og vesentlighetsvurdering, og den skal vedtas av kommunestyret eller fylkestinget selv.

Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger. Forvaltningsrevisjon skal ikke overprøve politiske prioriteringer som er foretatt av kommunens eller fylkeskommunens folkevalgte organer.

Krav til revisor:

Det skal utpekes en oppdragsansvarlig for hvert oppdrag i forvaltningsrevisjon, og denne er ansvarlig for å påse at standardens krav er oppfylt. Oppdragsansvarlig revisor skal sikre at forvaltningsrevisjonen gjennomføres med tilstrekkelig kunnskap om og ferdigheter i relevante metoder, og med tilstrekkelig kunnskap om temaet som revisjonen omhandler. Revisor skal være uavhengig og objektiv ved utførelsen av sine oppgaver.

Bestilling og problemstilling:

Forvaltningsrevisjonen skal gjennomføres i samsvar med kontrollutvalgets bestilling, og revisor skal vurdere om kontrollutvalgets bestilling lar seg gjennomføre. Revisor skal forsikre seg om at kontrollutvalget og revisor har lik forståelse av oppdraget, at rammene er tilstrekkelig klarlagt, og om nødvendig avklare bestillingen med kontrollutvalget.

[12] LOV 2018-06-22 nr 83, Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), syvende del, kapittel 22 til 26, §§ 22-1 til 26-1

Revisor skal sikre at det utarbeides problemstillinger som er tilstrekkelig konkretisert og avgrenset til å kunne besvares, og at de er egnet til å besvare kontrollutvalgets bestilling. Dersom det er behov for å endre problemstillinger underveis slik at det kan ha betydning for gjennomføringen av oppdraget, skal dette avklares med kontrollutvalget.

Revisor skal utarbeides en skriftlig prosjektplan for hver forvaltningsrevisjon, som redegjør for problemstillinger, revisjonskriterier eller grunnlaget for disse, og metodebruk.

Revisjonsdialogen:

Revisor skal iverksette tiltak som er egnet til å sikre god dialog med revidert enhet, øvrige involverte og andre relevante aktører. Senest før datainnsamling starter skal revisor sende oppstartsbrev til kommunedirektøren (alt. selskapet). Som hovedregel skal det avholdes oppstartsmøte hvor det redegjøres for bakgrunn, problemstillinger, revisjonskriterier, informasjonsbehov og planlagt gjennomføring av forvaltningsrevisjonen.

Utkast til rapport skal sendes kommunedirektøren (alt. selskapet som er gjenstand for forvaltningsrevisjon), og uttalelsen skal fremgå av rapporten i sin helhet. Endelig rapport skal oversendes kontrollutvalget, med kopi til kommunedirektøren (alt. selskapet).

Revisjonskriterier:

Med utgangspunkt i problemstillinger skal revisor etablerere revisjonskriterier utledet fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det reviderte området. Kildene skal presenteres for revidert enhet, som skal gis anledning til å komme med innspill. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for revidert enhet innenfor den aktuelle tidsperioden.

Metode og data:

Revisor skal sikre dataenes relevans (gyldighet, validitet) for problemstillingen, og datainnsamlingen skal gjennomføres på en måte som sikrer dataenes pålitelighet (reliabilitet). Metodevalg skal begrunnes og eventuelle svakheter i datamaterialet skal synliggjøres. Det skal innhentes data i tilstrekkelig omfang til å kunne gjøre vurderinger og svare på problemstillingene. Data som er fremkommet muntlig skal nedtegnes skriftlig og bekreftes av kilden. Personopplysninger skal behandles i tråd med kravene i personopplysningsloven.

Vurderinger, konklusjoner og anbefalinger:

Revisor skal vurdere innsamlede data opp mot revisjonskriteriene, og dersom det avdekkes vesentlige avvik skal det komme tydelig frem i rapporten. Vurderinger må være objektive, og med bakgrunn i disse skal revisor konkludere i forhold til problemstillingene.

Anbefalinger er ikke obligatorisk, men skal gis der dette er hensiktsmessig ut fra data, vurderinger og konklusjoner. Anbefalinger skal ikke gis i form av detaljerte løsninger.

Rapport:

Det skal skrives rapport til hvert forvaltningsrevisjonsprosjekt, og rapporten skal utformes så leservennlig som mulig med hensyn til språk og struktur.

Rapporten skal vise sammenhengen ("den røde tråden") mellom problemstillinger, revisjonskriterier, innsamlede data, vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger, og det skal være et klart skille mellom hva som er presentasjon av data (fakta) og hva som er revisors vurderinger. Praksis eller tilstand innen det reviderte området skal beskrives i et omfang som i tilstrekkelig grad underbygger revisors vurderinger og konklusjoner.

Dokumentasjon:

Forvaltningsrevisjon skal dokumenteres på en måte som er tilstrekkelig til å gi en totalforståelse av utførelsen av prosjektet, og til å underbygge revisors vurderinger og konklusjoner. Forhold som tilsier at det kan foreligge misligheter eller feil, skal dokumenteres særskilt. Det samme gjelder dersom det avdekkes åpenbare brudd på annet regelverk enn det som inngår i revisjonen. Dokumentasjon skal oppbevares i minst 10 år.

Kvalitetssikring og system for kvalitetskontroll

Utførelse av forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres, og denne skal dokumenteres. Den skal sikre at undersøkelse og rapport har nødvendig faglig og metodisk kvalitet og følger denne standard.

Revisjonsenheten skal dokumentere et system for kvalitetskontroll.

Vedlegg 3 – Metodebeskrivelser

Prinsipper for metodebruk i forvaltningsrevisjon følger av *"RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon* som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF). Denne bygger i stor grad på samfunnsvitenskapelig metode om etterprøvbarhet av funn, og rettslige prinsipper om at revidert enhet skal kunne få frem sitt syn (kontradiksjon) ut fra vår gjennomgang og vurdering av område vi ser på.

Sett i lys av en forvaltningsrevisjons begrensede ressursramme, samt hensiktsmessigheten i forhold til dens formål, er dokumentasjonen og sikring av denne ikke så omfattende som kravene som settes til vitenskapen og domstolene. Ut fra en vitenskapelig og filosofisk side er det ingen informasjon/dokumentasjon som er helt objektiv eller kilde som er 100% pålitelig.

I forvaltningsrevisjon tilstreber vi at vurderinger og anbefalinger skal gjøres på et objektivt og etterprøvbart grunnlag. Ofte er problemstillingene i en forvaltningsrevisjon mer lukkede og definerte enn forskning og etterforskning. Dette påvirker også våre valg av metode. En av hovedhensiktene med forvaltningsrevisjon er å få til læring og endring om det vurderes behov for dette. Ofte vil dette også skje gjennom prosessen når vi gjennomfører en forvaltningsrevisjon. Ved at det settes fokus på et tema og/eller område, vil ofte den reviderte selv se behov for endring.

Det å pålegge endring er en politisk prosess som er gjenstand for saksbehandling. Av den grunn vil ikke våre vurderinger få direkte virkning for å sette i gang endringsprosesser. Gjennom å fremme vurderinger, og eventuelt anbefalinger, som er relevante for problemstillingene søker vi å bidra til utvikling i den reviderte enhet.

I prosjekter kan vi benytte oss av kvalitative og kvantitative metoder[13]. Kvalitativ metode vektlegger forståelse og analyse av sammenhenger i en prosess hos den enkelte. De er viktige for å utvikle bedre forståelse av individer, i forhold til for eksempel motivasjon, følelser, holdninger og kognitive prosesser. Kvantitativ metode består av opptelling av fenomener eller kjennetegn ved en gruppe individer. Det brukes for å analysere et stort antall enheter, som for eksempel land, personer eller bedrifter. Kvalitative og kvantitative metoder er supplerende metoder som ikke kan erstatte hverandre.

Eksempler på aktuelle metoder for innsamling og analyse av informasjon / fakta ved forvaltningsrevisjon:

- Dokumentanalyse
- Samtaler / intervju / gruppeintervju
- Spørreundersøkelser
- Statistiske analyser
- Trendanalyser
- Økonomiske analyser (som regnskapsanalyse)
- Case
- Scenarioanalyse

[13] Store norske leksikon – https://snl.no/kvalitativ_metode og https://snl.no/kvantitativ_metode

- Observasjon

I denne revisjonen har vi i hovedsak benyttet følgende metode:

Dokumentanalyse

Dokumentanalyse består av å hente informasjon fra planer, rapporter, rutiner, vedtak, referater og lignende.

Styrkene ved dokumentanalyse er at informasjonen er skriftlig, og i mange tilfeller har flere personer vært involvert i utarbeidelsen av den. Er dokumentasjonen utarbeidet av den reviderte kan den antas å ha stor grad av pålitelighet. Er dokumentasjonen utarbeidet av, eller på vegne av, noen med en saksinteresse, er det grunn til å være mer forsiktig i bruken av dem.

Dokumentanalyse er ofte hensiktsmessig i forvaltningsrevisjon, siden det ofte finnes mange dokumenter med relevante data for våre undersøkelser. Svakheten er at dokumentanalyse i seg selv bare fanger opp det som er skriftlig dokumentert. For å motvirke dette vil dokumentanalyse ofte benyttes i kombinasjon med andre metoder.

Samtaler / intervju / gruppeintervju

Samtaler, intervju og/eller gruppeintervju egner seg godt til å undersøke åpne, beskrivende problemstillinger, og særlig der det er begrenset med skriftlig informasjon / dokumentasjon.

Utfordringer er å vurdere om det i tilstrekkelig grad gir et helhetlig og «korrekt» bilde av virkeligheten. Utvalgets størrelse og hvordan man velger ut hvem som skal intervjues vil ha betydning for påliteligheten.

Ved gjennomføring av intervjuer skal det føres referat fra samtalen, og de som er intervjuet skal i ettertid verifisere at referatet gir en riktig fremstilling av deres syn på et tema og/eller område.

Statistiske analyser

Statistikk dreier seg om analyse av tallfestede dataobservasjoner, og er et sentralt verktøy når man skal analysere kvantitative data. Det er også egnet for å analysere data der hvor man kan etablere sammenlignbare størrelser som kan kvantifiseres.

Den enkle formen for statistikk er beregninger som gjennomsnitt, median og prosentandeler. Den mer teoretiske delen er basert på sannsynlighetsteori, hvor begreper som tilfeldighet og usikkerhet står sentralt.

Det finnes flere ulike tilnærminger for statistisk analyse, og disse ulike tilnærmingene er ofte overlappende og brukes ofte om hverandre.

- *Deskriptiv statistikk* presenterer data gjennom tall og figurer, som eksempelvis gjennomsnitt, standardavvik, korrelasjon, histogrammer og spredningsplott.

- *Statistisk inferens* søker å trekke konklusjoner om populasjonen basert på et utvalg som er heftet med usikkerheter gjennom bruk av modeller. Dette deles ofte inn i hovedområder som estimeringsteori, statistisk hypotesetesting og statistisk beslutningsteori.
- *Eksplorativ statistikk* er en tilnærming som prøver å analysere data for å finne hypoteser som kan testes. Disse metodene kan basere seg på enkel manuell gransking av tall og figurer, eller mer beregningsmessige metoder som for eksempel clusteranalyse.

Vedlegg 4 – Utdrag fra kilder til revisjonskriterier

Fra lovverket:

Helselovgivningen:

Kommunen plikter å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere (hol § 3-1). Hvilke tjenester som er tilstrekkelige i det enkelte tilfellet vil bero på en skjønnsmessig vurdering fra kommunens side. Det er imidlertid krav om at hjelpen skal være forsvarlig, sett ut fra helsefaglige vurderinger (hol § 4-1).

Det formelle utgangspunktet er at forvaltningslovens regler *ikke* gjelder for tildeling av helse-omsorgstjenester, se pasientrettighetsloven § 2-7 første ledd.

Den praktiske hovedregelen er likevel at forvaltningsloven kapittel IV (saksforberedelse ved enkeltvedtak) gjelder for en lang rekke kommunale helse- og omsorgstjenester – helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon, opplæring, veiledning, avlastningstiltak, omsorgsstønad og brukerstyrt personlig assistanse. Dette gjelder i tilfeller der tjenesten forventes å vare i mer enn to uker.

Dette går fram av pasientrettighetsloven § 7-2 annet ledd med videre henvisninger til hol. § 3-2 første ledd nr. 6, § 3-6 og § 3-8.

Kommunens organisering og praksis for tildeling av helse- og omsorgstjenester skal bidra til å sikre at kommunen holder seg innenfor lovens minstestandard for hjelp og for likebehandling av brukere. Dette krever blant annet at det er utviklet kriterier for tildeling av tjenester og god praksis for kartlegging av den enkeltes behov for bistand.

Et grunnleggende prinsipp tildelingen av kommunale helsetjenester er at bruker gis anledning til å medvirke i både planleggingen og utformingen av tilbudet som skal gis. For å sikre etterprøvbarhet og gjennomsiktighet i saksbehandlingen er det viktig at alle vedtak er utformet med begrunnelser for vedtaket, både der det innvilges og avslås tjenester. Det bør komme frem av vedtaket hvilke opplysninger og momenter som er lagt til grunn for den endelige vurderingen. Alle enkeltvedtak har en klagerett som det må opplyses om i vedtaket (forvaltningsloven). Kommunen må ha et system som sikrer god oppfølging og behandling av klager på vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Forvaltningsloven:
Om saksforberedelse ved enkeltvedtak.

§ 11.(veiledningsplikt).

Forvaltningsorganene har innenfor sitt saksområde en alminnelig veiledningsplikt. Formålet med veiledningen skal være å gi parter og andre interesserte adgang til å vareta sitt tarv i bestemte saker på best mulig måte. Omfanget av veiledningen må likevel tilpasses det enkelte forvaltningsorgans situasjon og kapasitet til å påta seg slik virksomhet.

§ 11 a. (saksbehandlingstid, foreløpig svar).

Forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold.

Dersom det må ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en henvendelse kan besvares, skal det forvaltningsorganet som mottok henvendelsen, snarest mulig gi et foreløpig svar. I svaret skal det gjøres rede for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere, og såvidt mulig angis når svar kan ventes. Foreløpig svar kan unnlates dersom det må anses som åpenbart unødvendig.

I saker som gjelder enkeltvedtak, skal det gis foreløpig svar etter annet ledd dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt.

§ 16.(forhåndsvarsling).

Part som ikke allerede ved søknad eller på annen måte har uttalt seg i saken, skal varsles før vedtak treffes og gis høve til å uttale seg innen en nærmere angitt frist. Dersom en mindreårig over 15 år er part i saken og blir representert av verge, skal dette også gjelde den mindreårige selv. Fristen løper fra den dag varslet er avsendt, når ikke annet uttrykkelig er sagt.

§ 17.(forvaltningsorganets utrednings- og informasjonsplikt).

Forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Det skal påse at mindreårige parter har fått mulighet til å gi uttrykk for sitt syn, i den grad de er i stand til å danne seg egne synspunkter på det saken gjelder. De mindreåriges syn skal tillegges vekt i samsvar med deres alder og modenhet.

§ 25.(begrunnelsens innhold).

I begrunnelsen skal vises til de regler vedtaket bygger på, med mindre parten kjenner reglene. I den utstrekning det er nødvendig for å sette parten i stand til å forstå vedtaket, skal begrunnelsen også gjengi innholdet av reglene eller den problemstilling vedtaket bygger på.

I begrunnelsen skal dessuten nevnes de faktiske forhold som vedtaket bygger på. Er de faktiske forhold beskrevet av parten selv eller i et dokument som er gjort kjent for parten, er en henvisning til den tidligere framstilling tilstrekkelig. I tilfelle skal det i underretningen til parten vedlegges kopi av framstillingen.

Obligatorisk helseregister:

HVA ER IPLOS?
IPLOS er et lovbestemt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester.

IPLOS forskriftens § 2-1 pålegger kommunene å sende inn IPLOS data. Data sendes inn fra kommunens IT-baserte fagsystem/journal etter nærmere fastlagte rutiner. IPLOS

innsendingssystem (IPIS) skal benyttes ved innrapportering av data til registeret. Enkeltinstitusjoner eller private tjenesteleverandører skal ikke sende inn data.

IPLOS registret og registrering av ADL

ADL er funksjonsnivå kartlegging av en persons mestring av dagliglivets aktiviteter (Activities of Daily Living, ADL) hvor en registrerer skår for bistand/assistanse/helsehjelp i alt 20 variabler for dette. Dette er; alminnelig husarbeid, skaffe seg varer og tjenester, personlig hygiene, på- og avkledning, toalett, lage mat, spise, bevege seg innendørs, bevege seg utendørs, ivareta egen helse, hukommelse, kommunikasjon, beslutninger i dagliglivet, ivareta egen økonomi, sosial deltakelse, styre atferd, syn, hørsel, opplevelse av trygghet og initiativevne. Alle variablene skal registreres med skår på en skala fra 1–5, eventuelt 9 hvis opplysningen er vurdert som ikke relevant. Score over 3 innebærer behov for hjelp.

Vedlegg 5 – Kartleggingsskjema

Saksbehandling og dokumentasjon av tjenestetildelingen av helse- og omsorgstjenester i Gol kommune Identifisering av bruker (brukernr. Gerica):

Er følgene vurdert og dokumentert:	**Ikke akt.**	**OK**	**Man gel**	**Merknad**
Er samtykke dokumentert jf søknadskjema?				
Er eget kartleggingsskjema utfylt og fullstendig.				
Er IPLOS oppdatert og hva er snitt eller enkelte svake score som vil si behov for hjelp.	Snitt: Antall svake ADL score over 3;			
Er sak behandlet i tildelingsteam og er det dekkende referat fra denne behandlingen, slik det fremgår av tildelingsrutine.				
Er saksbehandlingstid akseptabel og eventuelt varslet om lenger tid enn en mnd.				
Oppfyller enkeltvedtaket lovmessige krav, slik som lovhenvisninger, krav til utredning, klageadgang med mer.				
Er innvilget tjeneste relevant i forhold til søknad, ADL, eget tildelingssystem (BEON) og brukers kartlagte behov.				
Er tjenesten regelmessig vurdert/evaluert i forhold til endret behov.				
Er vedtak tidsavgrenset, eller endret ved vurdert behov og er det varslet om ved endring.				
Fremstår saken fullstendig og er pasientjournal oppdatert regelmessig. (Arkivering/orden/fullstendighet)?				
Foreligger det dokumentasjon på at en har vurdert økonomisk dekning for innvilget tjenester eller at en kan tilby relevant tjeneste, om ikke hvordan løse behovet innenfor det kommunen har av tjenesteproduksjon, jf blant annet BEON, kjøp tjenester og rutine tildelingsteam om avdelingsleders ansvar økonomi.				
Kommentarer opp mot gjennomgangen saksbehandlingen/dokumentasjon:				

Vi kan kommuner

Viken kommunerevisjon IKS
Org.nr.: 985 731 098 MVA
post@vkrevisjon.no | vkrevisjon.no

Hovedkontor - Drammen
Postadresse: Postboks 4197, 3005 Drammen
Besøksadresse: Øvre Eiker vei 14, 3048 Drammen

Avdelingskontor - Hønefoss
Postadresse: Postboks 123, Sentrum, 3502 Hønefoss
Besøksadresse: Osloveien 1, 3511 Hønefoss

Avdelingskontor - Follo
Postadresse: Postboks 173, 1401 Ski
Besøksadresse: Parkaksen 7, 1400 Ski

Avdelingskontor - Hallingdal
Besøksadresse: Alfarvegen 117, 3540 Nesbyen