

# Forvaltningsrevisjon

# FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Rennebu kommunes kontrollutvalg i perioden februar 2025 til oktober 2025.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet.

Alle rapporter fra Revisjon Midt-Norge SA publiseres på [www.revisjonmidt norge.no](http://www.revisjonmidt norge.no).

Trondheim 12. januar 2026

Trine Holter

Oppdragsansvarlig revisor

Tor Arne Stubbe

Prosjektmedarbeider

# SAMMENDRAG

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra kontrollutvalget i Rennebu kommune. Tema er om det finnes etablert rutiner og retningslinjer for saks- og klagebehandling, om saksbehandling og vedtak om tildeling av tjenester blir gjort i tråd med lov og retningslinjer og om de tjenestene brukerne mottar i hverdagen, er i tråd med innhold i vedtak. Revisjonen er avgrensa til å gjelde sykehjem og Bo og mestring (BOM).

I **første problemstilling** konkluderer vi med at kommunen har gode rutiner for søknadsprosessen. Søknader behandles av forvaltningskontoret etter tildelingskriterier som nylig er politisk vedtatte. Disse er tilgjengelig på hjemmesida til kommunen. Det blir gjennomført kartleggingsbesøk hos førstegangssøkere. Alle helsefaglige vurderingene som ligger til grunn for vedtak, er skriftlig dokumentert. Det er svikt i systematisk skriftlig dokumentering av samtaler med bruker og pårørende. Det blir sendt ut vedtaksbrev som er i tråd med lovkrav.

Vi konkluderer med at verken forvaltningskontoret, sykehjemmet eller BOM svarer ut klager i tråd med lovkrav og interne rutiner. Flere brev mangler henvising til lov og opplysninger om klagerett. Forvaltningskontoret informerer alltid om svarfrist blir brutt, men det varierer i hvor stor grad dette blir gjort for klager behandla ved avdelingene.

Vi konkluderer med at kommunen har rutiner for klagebehandling, men at disse ikke alltid blir overholdt. Dette gjelder spesielt at svar går direkte fra kommunen til statsforvalter uten at klager er informert om resultatet av klagebehandlingen. Revisor kunne heller ikke se at lokal klagenemnd blir brukt slik rutinen tilsier. Det finnes ikke noe system for å følge opp og å kontrollere at klager blir svart ut i tide.

I **andre problemstilling** konkluderer vi med at kommunen har skriftlige rutiner for re-kartlegging. Det varierer hvor ofte rutinemessig re-kartlegging blir gjort. Ved sykehjemmet er det faste intervall, ved BOM skjer det løpende. De helsefaglige vurderingene som ligger til grunn for evt. endringer i tjenestetilbudet, blir dokumentert og ligger til grunn for nye vedtak.

Vi konkluderer med at det varierer hvor ofte det blir gjennomført pårørendesamtaler og om disse er planlagte eller etter behov. Det varierer om innhold i samtalene er dokumentert og hvor detaljert dette i tilfelle er. Forvaltningskontoret fatter alltid nye vedtak ved endra tjenestebehov ut over 14 dager, men det har vært tilfeller der endringer i tjenester ikke er fanga opp ved BOM.

Revisor anbefaler Rennebu kommune å:

- Arbeide målrettet med brukermedvirkning
- Arbeide med rutinemessig journalføring av innhold i samtaler og observasjoner fra dagligsamtaler med bruker og pårørende
- Gi opplæring i alle rutiner til de ansatte
- Tydeliggjøre rutinene for klagebehandling
- Kvalitetssikre klagebehandlingen
- Arbeide målrettet med å sikre skriftliggjøring og dokumentasjon i journal
- Arbeide målrettet med informasjon og kommunikasjon internt i organisasjonen

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bestilling

Kontrollutvalget (KU) i Rennebu kommune bestilte 20.11.24 (sak 32/24) forvaltningsrevisjon knyttet helse- og omsorgstjenesten. Basert på tema fra plan for forvaltningsrevisjon i plan for forvaltningsrevisjon og drøfting av ulike problemstillinger formulerte KU følgende bestilling:

- *I hvilken grad har kommunen etablert et hensiktsmessig system for å fastsette mål innen helse og omsorg, og etterleves disse?*
- *Brukes lederavtaler som et verktøy i mål- og virksomhetsstyringen?*
- *Utnyttes kompetanse og ressurser gjennom samarbeid på tvers innen helse og omsorg?*
- *Har kommunen riktig bemanning og riktig kompetanse for å gi kommunens innbyggere helse- og omsorgstjenestene de har krav på?*
- *Har kommunen skriftlige rutiner som sikrer at kartlegging og tildeling av tjenester samsvarer med gjeldende regelverk og kommunens målsettinger og etterleves disse?*
- *I hvilken grad sørger kommunen for tjenester og tiltak rettet mot unge voksne, er tilstrekkelig samordnet?*
- *På hvilken måte ivaretar kommunen lovpålagt medvirkning fra brukere og pårørende?*

Revisjon Midt-Norge presenterte 26.02.25, sak 11/25, på bakgrunn av bestillingsteksten forslag til revisjon som inneholder to problemstillinger. Den første er på overordna nivå å se på prosessen fra søknad om helse- og omsorgstjenester blir sendt fra innbygger til vedtak om tildeling er avslag etter fatta. Den andre er om de tjenestene som blir gitt, er i tråd med innhold i vedtak.

Kontrollutvalget la inn en avgrensning om at revisjonen skal se på tjenester gitt til pasienter ved sykehjemmet og ved avdeling for bo- og mestring (BOM). Prosjektplanen ble ellers vedtatt som foreslått.

## 1.2 Problemstillinger

Rapporten svarer på to hovedproblemstillinger:

1. Er det etablert gode system for prosessen fra søknad blir levert og til vedtak blir gjort?
2. Får brukere og pasienter helse- og omsorgstjenester i tråd med skriftlig vedtak?

## 1.3 Avgrensing

Oppdraget i bestillinga er å se på selve søknads- og saksbehandlingsprosessen, og om bruker får de tjenestene som ligger i vedtaket. Revisjonen gjør ingen vurderinger av om innhold i vedtak er korrekt eller om den faglige kvaliteten på de tjenestene som blir gitt er innafor god faglig standard. Revisor ser ikke på det konkrete innholdet i enkeltsaker.

Rennebu kommune har ikke gjennomført bruker- eller pårørendeundersøkelser på dette tjenesteområdet. Revisor har ikke innhentet data direkte fra brukere, pårørende eller interesseorganisasjoner. Informasjonsgrunnlaget for å se på brukermedvirkning er skriftlig materiale fra kartleggingsprosessen og notat i journal. Revisor går av personvern hensyn ikke inn i detaljer som kan identifisere enkeltbrukere eller pårørende. Bakgrunnen for disse avgrensningene blir diskutert i metodekapittelet.

## 1.4 Helse- og omsorgstjenesten i Rennebu kommune

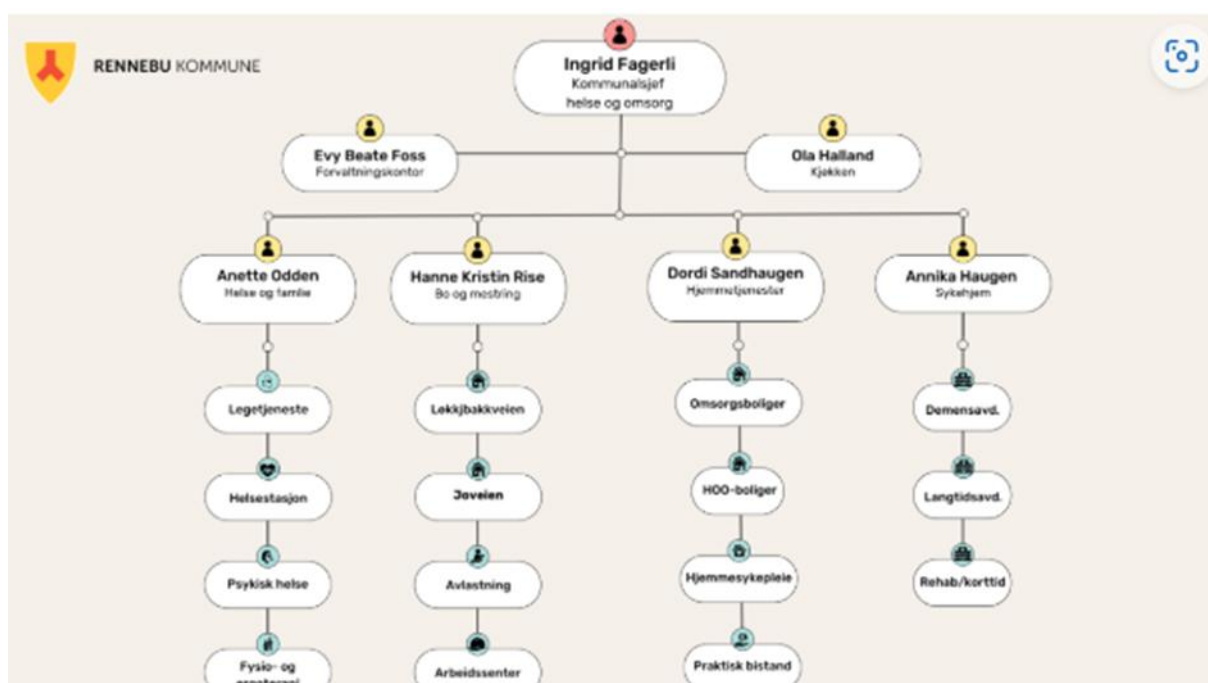
Rennebu kommune gikk gjennom en større omorganiseringssprosess i 2020. dagens organisasjon er presentert i figur 1.

### Forvaltningskontoret

Det ble i årsskifte 2021-2022 etablert et forvaltningskontor. Forvaltningskontoret (FK) ligger organisatorisk under kommunalsjef helse og omsorg. Forvaltningskontoret saksbehandler alle søknader om helse- og omsorgstjenester. Det er fem ansatte ved FK og kontoret har egen leder. Tre er utdannet sykepleiere og flere har etter- og videreutdanning innenfor bl.a. jus. I tillegg er arbeidsoppgaver knyttet til velferdsteknologi lagt hit. De ansatte ved FK saksbehandler alle søknader om helse- og omsorgstjenester, uavhengig av hva disse dreier seg om. Informasjon om tjenestene ligger på hjemmesida til kommunen og er også distribuert i form av brosjyrer som ligger f.eks. på legekantor. Det blir også arrangert pårørendekurs i regi av FK. Forvaltningskontoret har vanlig åpningstid og innbyggerne kan ta kontakt om de har spørsmål eller trenger hjelp til å fylle ut skjema.

## Bo og mestring (BOM)

Avdeling for bo og mestring har egen avdelingsleder. BOM har to bofellesskap, brukere som bor hjemme, avlastning, boveiledning og aktivitetskontakter. Det er totalt 30 ansatte. Disse er vernepleiere, helsefagarbeidere eller assistenter. Det er oppretta en boliglederstilling som er delt 50/50 mellom lederfunksjon og pleie. Bofellesskapene skal etter planen bli samlokalisert i løpet av 2026. Brukergruppen har varierende funksjonsnivå og sammensatte behov. Problematikken kan være alt fra utviklingshemming til ulike typer skader. Tjenester innfor psykisk helse og rus ligger utenfor ansvarsområdet til BOM, men enkelte av brukerne har tjenester også på dette området. Det er per august 2025 tolv brukere i bofellesskap, sju med BPA (brukerstyrt personlig assistent) og ni brukere på dagsenter.



Figur 1. Organisasjonskart for Rennebu kommune<sup>1</sup>

BOM har i tillegg arbeidssenteret som er et dagtilbud med ulike aktiviteter, også arbeidssenteret har egen leder. 20 prosent av stillingen til vedkommende er administrativ, resterende 80 prosent blir delt mellom arbeidssenteret og vakter på boligfellesskapene. Arbeidssenteret har i dag færre brukere og ansatte enn før. På datainnsamlingstidspunktet var

<sup>1</sup> [Helse og omsorg - Rennebu kommune](#)

det klart at senteret skulle flytte aktiviteten fra eksisterende lokaler, men det var ikke avklart hvor de nye lokalene skal ligge.

### **Rennebu sykehjem**

Sykehjemmet har rundt 50 ansatte og 32 pasienter fordelt på kort- og langtidsplasser i tillegg til plasser for personer med demens. I tillegg til avdelingsleder, har sykehjemmet en sekretær som er ansvarlig for innleie av vikarer og det er ansatt en fagsykepleier. Det er et brukerutvalg ved sykehjem og heldøgns omsorgsbolig og det har i nyere tid blitt etablert et pårørendeutvalg.

## **1.5 Metode**

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001<sup>2</sup>. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Rennebu kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3. Vi har brukt flere metoder for å samle inn data til dette prosjektet.

### **Intervju**

Kommunedirektør, kommunalsjef helse og velferd og leder av forvaltningskontoret (FK) deltok i et digitalt oppstartsmøte. Formålet med oppstartsmøte er både å gi informasjon om forvaltningsrevisjonen, avklare spørsmål og faktorer som er med på å legge rammene for oppdraget og å gjøre avklaringer om hva revisor trenger av praktisk bistand. Leder av forvaltningskontoret ble i møtet utpekt som kontaktperson og har bistått med å oversende etterspurte dokument og gjort praktisk tilrettelegging. Referat fra møtet er godkjent.

Revisor har intervjuet totalt åtte personer: leder og saksbehandler ved forvaltningskontoret, avdelingsleder og fagkoordinator ved sykehjem og avdelingsleder for bo og mestring (BOM). I tillegg ble lederne for boliger og arbeidssenteret ved BOM intervjuet. Med unntak av intervjuet med kommunalsjef, er alle intervjuene gjennomført fysisk. Kommunedirektøren sa opp stillingen underveis i datainnsamlingen og revisor har valgt å ikke intervju den som ble konstituert. Alle informantene har i etterkant av samtalen godkjent referatene. Det er de godkjente versjonene som ligg til grunn for analysen.

---

<sup>2</sup> [RSK 001](#)

Revisor mener intervju er en viktig informasjonskilde i dette prosjektet. Det er gjennomført intervju med personer med ulike oppgaver på ulike nivå i organisasjonen. Samtalene gir dermed informasjon som representerer flere ulike perspektiv, noe som gir et bredt datamateriale å basere analysen på.

### **Dokumentgjennomgang**

Det ligger en større mengde skriftlig dokumentasjon til grunn for analysen. Dette er bl.a. sentrale styringsdokument som planer for tjenesteområdet, retningslinjer for tildeling av tjenester, kartleggingsverktøy som blir brukt for å skaffe grunnlag for vedtak og saksbehandlings- og klagebehandlingsrutiner.

Informasjon om f.eks. retningslinjer for tildeling av tjenester og mandat for brukerråd for sykehjem og hjemmetjeneste, ligger tilgjengelig på kommunens hjemmeside. Dette er informasjon som forteller innbyggerne hvilke tjenester som finnes om og hva de har rett på.

Andre dokument, for eksempel rutiner for saksbehandling og for klagesaksbehandling, ligger på interne system. Revisor har fått disse tilsendt på forespørsel. Denne delen av datamaterialet viser om kommunen internt har skriftlige føringer, rutiner og retningslinjer for utforming av tjenester, og gir revisor inntrykk av rammer lagt på systemnivå.

### **Avviksgjennomgang**

Kommunen skifta kvalitetssystem fra QM+ til Compilo 1.mai 2025. Avvik meldt før 1.mai ligger i QM+ og avvik meldt etter 1.mai ligger i Compilo. De ansatte var på revisjonstidspunktet under opplæring i Compilo. Avvik er ikke en del av problemstillinga, men en gjennomgang kunne likevel gitt kunnskap om mulig risiko og hva det blir meldt avvik på, hvor ofte det skjer og om det er forskjell på enhetene. Slikt materiale ville kunne gitt nyttig informasjon f.eks. i forhold til endring av vedtak og klagebehandlinga. Serveren med data fra QM+ er imidlertid steng og det vil være både for tids- og ressurskrevende å få ut informasjonen. Det vil derfor ikke blir gjort noen detaljert gjennomgang av avvik.

### **Vedtaksgjennomgang**

Det ble gjort stikkprøver i saksbehandlersystemet Elements av totalt 10 tilfeldig valgte vedtak fattet av forvaltningskontoret for å se om søknadene er behandlet og vedtak formulert i tråd med lovkrav. Dette er vedtak som ikke er påklaga. Journalgjennomgangen skjedde opp mot ni

ulike sjekkpunkt som må eller bør være på plass for å oppfylle møte krav om kvalitet til god helsehjelp i lov, forskrift og anbefalinger. Den eneste føringen for utplukk er at det skulle være søknader både på tjenester gitt ved sykehjemmet og BOM i perioden 2020-2025. Gjennomgangen ble gjort ved at en ansatt ved forvaltningskontoret åpnet journalene og forklarte og diskuterte disse med revisor. Disse vedtakene vil gi revisor inntrykk av generell praksis i saksbehandlingen og om denne blir gjort i tråd med lovverk og retningslinjer.

### **Klagegjennomgang**

Revisor har sett på alle klagesaker fra forvaltningskontoret, BOM og sykehjem som har gått videre til statsforvalteren i perioden januar 2020 - august 2025. Avgrensninga er gjort for å se på de mest komplekse klagesakene og håndteringen av disse. Avdelingsleder eller saksbehandler tok opp klagen slik at revisor kunne føre systematiske notater i henhold til kontrollskjema og samtidig gjøre avklaringer undervegs. Gjennomgangen ble gjort på Teams. Alle klagen ble sjekket opp mot journal for å se om det er gjort nye kartlegginger, om det er hentet inn nye og supplerende opplysninger fra andre kilder og om bruker og pårørende er hørt.

Ved å sammenligne to uavhengige kilder, kan revisor se om tjenester tildelte etter faglige vurderinger og lovverk faktisk blir gitt og om tjeneste blir gitt på korrekt måte.

Revisor har i datainnsamlingen ikke gått detaljert inn i enkeltsaker og oppgir av mulig problematikk rundt personvern heller ikke hvor mange saker som er gjennomgått.. For å sikre personvern og habilitetshensyn, foretok revisor separat klagegjennomgang med forvaltningskontoret, sykehjemmet og BOM.

#### **1.5.1 Vurdering av metode**

Kommunen har ikke gjennomført brukerundersøkelser, men det er etablert brukerråd for sykehjem og heldøgns omsorgsbolig. Pårørenderepresentantene er delvis rekruttert av tidligere medlemmer og av avdelingsleder ved sykehjemmet. Brukerrådet har overvekt av representanter fra kommunen og blir ledet av kommunalsjef. Dette vil kunne prege hvilke saker som står på agendaen og det vil kunne prege diskusjonene i selve møtet. Revisor har gått gjennom både møteinnkallinger og referat og kan ikke se at tema som har vært oppe i møtene vil gi noe spesielt innblikk i brukervedvirkningsperspektivet. BOM har ikke et etablert brukerutvalg og det er derfor ikke mulig å få brukerstemmen fra dette tjenesteområdet. Revisor

har derfor vurdert det som lite hensiktsmessig å bruke ressurser på å bruke data fra brukerrådet.

Det er nylig etablert et pårørendeutvalg. Utvalget er sammensatt av personer med erfaringer fra enkeltbrukeres hverdag. Data fra utvalget vil i liten grad kunne si noe om kommunens tjenestetilbud på overordna nivå og revisor har derfor valgt å ikke intervju noen fra pårørendeutvalget.

Vi har i stedet brukt alternative kilder for å samle data om brukermedvirkning og brukerperspektivet. Tematikken er belyst gjennom data fra kartleggingssamtale, søknadsbehandling og notat i journal. Sjekkpunktene er om bruker og evt. pårørende er tatt med på råd når det gjelder tildeling og organisering av de tjenester som blir gitt, om bruker har fått tildelt primærkontakt, om det er gjennomført pårørendesamtale og om det er gjennomført skriftlig re-vurdering av tilbudet. Dette er skriftlig, dokumentert informasjon som ligger i brukers journal.

### **1.5.2 Totalvurdering**

Analysen er basert på et svært omfattende datamateriale og datainnsamlinga har vært både tid- og ressurskrevende. Revisor vurderer at datamaterialet totalt sett gir et bredt og godt grunnlag for å belyse problemstillingene som ligger i bestillinga fra kontrollutvalget. Analysen er basert på en helhetlig sammenstilling av all informasjon som er samlet i prosjektet og funn, konklusjoner og anbefalinger er basert på datamaterialet sett under et. For å unngå usikkerhet om habilitet i behandling av rapporten, har kontrollutvalgets faste medlemmer foretatt en habilitetsvurdering og alle er kjent habile.

Analysen er basert på den kunnskapen og informasjonen revisor hadde tilgjengelig på det tidspunktet rapporten ble ferdigstilt. Endringer eller opplysninger som har kommet fram etter 15. september 2025, er ikke del av datamaterialet og vil ikke gjenspeiles i rapporten.

Revisor vil likevel understreke at kommunen både er i gang med og planlegger en større satsing på utviklings- og forbedringsarbeid. I tillegg er det planlagt økt grad av opplæring av de ansatte.

## 1.6 Uttalelse om rapport

En foreløpig rapport ble sendt til kommunedirektøren for uttalelse 15.12.2025. Revisjon Midt-Norge SA mottok svar 22.12.2025. Uttalelsen er vedlagt rapporten (vedlegg 2).

Revisor har følgende generelle kommentar til innhold i høringssvaret fra kommunen:

- Høringssvaret inneholder flere punkt om økt satsing på forbedringsarbeid. Punkt om økt satsing på opplæring i samband med innføring av Helseplattformen (HP), utarbeiding og oppdatering av og opplæring i rutiner, maler for f.eks. utforming av svarbrev og andre pågående eller planlagt prosesser på forbedringsarbeid er omtalt flere steder i rapporten.
- Det kommer tydelig fram i dokumentet at det er forvaltningskontoret som gjør vedtak om tildeling av tjenester og behandler klager på tildelte tjenester. Det er ikke gjort noen endringer i dokumentet som omhandler denne tematikken.
- Kommentaar til kommunens tilsvaar på avsnitt 2.3.5 Rutiner for klagebehandling  
Det er på flere punkt i høringsutkastet gjort tydelig at forvaltningskontoret har ansvar for klagebehandling som går på tildelte tjenester og at avdelingene har ansvar for klage på utførte tjenester. Revisor har likevel valgt å ytterligere tydeliggjøre ansvarfordeling i dokumentet.
- Kommentaar til kommunens tilsvaar på avsnitt 2.3.6 Behandling av klagesaker - innhold i brev  
Rutiner for klagesaksbehandling er et av flere dokument i samledokumentet «Rutiner for saksbehandling for helse- og omsorgstjenester». Det står her at avdelingene skal behandle klager på utføring av tjenestene. Lederne og andre ansatte i avdelingene forteller at de ikke er kjent med dokumentet, at de ikke kjenner til noen mal for oppsett eller innhold og at de heller ikke har fått opplæring i saksbehandlingen. Heller ikke kommunalsjef kjenner til i hvilken grad opplæring er gjort. Det er ikke gjort endringer i rapporten på dette punktet.
- Kommentaar til kommunens tilsvaar på avsnitt 2.3.6 Behandling av klagesaker - saksgang  
Ingen av de ansatte i BOM nevnte Helseplattformen (HP) som informasjonskilde. På sykehjemmet er arbeidsoppgavene knyttet til den enkelte pasient hentet rett ut fra HP. De ansatte ved BOM er fortsatt under opplæring og innholdet i de tjenesten som blir gitt til for brukerne i BOM, er ikke like detaljstyrt som på sykehjemmet. At problematikken primært gjelder for BOM, er tydeliggjort i endelig rapport.

- Kommentarer til kommunens tilsvaer på avsnitt 2.4 Konklusjon

Revisor så i gjennomgangen av de tilfeldig utplukkede klagesakene i perioden 2020-2025 at det var mangler også i svarbrev fra forvaltningskontoret. Dette gjaldt bl.a. informasjon klagerett. Det er ikke gjort endringer i rapporten på dette punktet.

- Kommentar til kommunens tilsvaer på funn: «Svar på klager på innhold i tjenesten har i flere tilfeller feilaktig blitt sendt statsforvalter, ikke til den lokale klagenemnda»:

Det kommer i rapporten tydelig fram at svar på klager til lovpålagte tjenester skal til statsforvalter og svar på klager på ikke lovpålagte tjenester skal til kommunal klagenemnd. Det er ikke gjort endringer på dette punktet.

- Kommentar på kommunens tilsvaer på funn: «Det finnes ingen oversikt hvem som har ansvar for de ulike trinnene i klagebehandlingen eller rutiner for å sikre at klagen virkelig er svart ut. Dette utgjør fører til en risiko for at klager ikke blir svart ut innafor frist. Det varierer i hvor stor grad klager blir informert om forsinkelsen og om det blir gitt informasjon om bakgrunn for denne»:

Det kommer i rapporten fram at forvaltningskontoret i all hovedsak behandler klager innafor frist. I de tilfellene denne ikke blir overholdt, blir det rutinemessig sendt ut grunngitte informasjonsbrev om forsinkelsen. Også dette kommer fram i rapporten og det er ikke gjort noen endringer på dette punktet.

- Kommentar på kommunens tilsvaer til funn under avsnitt 4 Konklusjoner og anbefalinger:

«Kommunen har ingen skriftlige føringer eller dokumenterte system for hvordan informasjon om mottatte klager og resultat av klagebehandling skal bli kommunisert internt»

Konklusjonen fra revisor peker på at det ikke finnes skriftlige retningslinjer som beskriver kontrollpunkt eller system som sikrer at avdelingene blir informert om evt. endringer i vedtak, ikke hvorvidt det fins retningslinjer for hvordan klager skal bli behandla. Det er derfor ikke gjort noen endringer i teksten på dette punktet.

# 2 TILDELING AV TJENESTER

## 2.1 Problemstilling

**Er det etablert gode system for prosessen fra søknad blir levert og til vedtak blir gjort?**

Dette kapittelet ser på forhold knyttet til søknadsprosess og saksbehandling. Følgende punkt vil bli belyst:

- Blir det gitt informasjon til bruker om søknadsprosess og tjenestetilbudet?
- Blir det gjort kartlegging av brukers behov?
- Blir det brukt standardisert kartleggingsverktøy?
- Medvirker bruker og pårørende i utformingen av tjenestene som mottas?
- Er alt vedtaksgrunnlag skriftlig dokumenter?
- Finnes det skriftlige tildelingskriterier?
- Blir det fattet skriftlige enkeltvedtak?
- Er innhold i skriftlig vedtak i tråd med lovkrav?
- Overholdes saksbehandlingsfrist?

## 2.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er på overordna nivå utledet for denne problemstillingen:

**Kommunen skal ha en forsvarlig praksis for behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester og det skal fattes skriftlige vedtak som er i tråd med lovkrav**

Utlede underkriterier er:

- Kommunen skal kartlegge og dokumentere hjelpebehovet til den enkelte søker
- Kommunen skal sikre brukermedvirkning
- Kommunen bør ha skriftlige tildelingskriterier
- Kommunen skal fatte skriftlige enkeltvedtak om tildeling av tjenester som er i tråd med lovkrav
- Kommunen bør ha skriftlige rutiner for klagebehandling
- Kommunen skal svare ut klager i tråd med lovkrav

Utleddning av vurderingskriteriene ligger i vedlegg 1.

## 2.3 Data

### 2.3.1 Kartlegging av tjenestebehov

Forvaltningskontoret bruker egne kartleggingsskjema for å få oversikt over hvilke hjelpebehov søker har. Skjema er utviklet i samarbeid med andre kommuner, men er basert på prinsippene fra det nasjonale registersystemet IPLOS. Kartleggingen ser både på fysisk og kognitiv helse. I tillegg blir fysiske boforhold vurdert.

Det blir i intervju sagt at det alltid gjennomføres kartleggingsbesøk hos søkere kommunen ikke kjenner fra før. Informasjon om kjente brukere blir henta fra hjemmetjenesten, fastlege og evt. spesialisthelsetjenesta. Journalgjennomgang og gjennomgang av klager viser at kartlegging er gjennomført og dokumentert og ligger til grunn for alle vedtak.

Samtale med søker og pårørende står sentralt i kartleggingen. Den generelle informasjonen på hjemmesiden og i brosjyrene, inneholder en oppfordring om å ha med seg pårørende på møtet som både kan støtte undervegs og samtidig gi ytterligere informasjon. Det blir i intervju fortalt at denne oppfordringen blir gjentatt når kartleggingsbesøket blir avtalt.

Informasjon gitt av hjemmetjeneste eller lege står sentralt som grunnlag for vurdering og vedtak. De ansatte ved forvaltningskontoret forteller at de gjennom å kombinere hjemmebesøk og informasjon fra lege eller andre tjenester, får et godt og oversiktlig totalbilde av situasjonen.

#### Revisors vurdering:

Revisor vurderer kriteriet om at hjelpebehov for den enkelte søker skal kartlegges og dokumenteres som ivarettatt.

*Det er etablert rutiner for kartlegging, kartleggingen skjer ved hjelp av standardiserte verktøy og informasjonen som ligger til grunn for vurderingene er skriftlig dokumentert.*

### 2.3.2 Brukermedvirkning i tildelingsprosessen

Søkerne blir i kartleggingssamtalen spurt både om egen vurdering av tjenestebehov og hvordan de ønsker at tjenestene skal bli utformet og tilrettelagt. Det blir i disse samtalene gjort vurdering av samtykkekompetanse. Pårørende eller andre støttepersoner er også sentrale når det gjelder brukermedvirkning. I enkelte tilfelle har ikke søker innsikt i sine egne utfordringer, for eksempel pasienter med demensdiagnose. Forvaltningskontoret ber da søker om samtykke til å kontakte pårørende eller andre støttepersoner om det trengs ytterligere informasjon.

Gjennomgang av kartleggingsnotat viser at innhold i samtaler er dokumentert og at krav om brukermedvirkning på denne måten blir ivaretatt.

Klagegjennomgangen viser at noen brukere og pårørende opplever å ikke bli lyttet til eller ikke opplever å bli gitt påvirkningsmulighet. Dette kan dreie seg både om tildeling og om innhold i tjenestene. Det ble i intervju sagt at innbyggernes forståelse av hva som ligger i brukermedvirkning, og at det kan være høye forventninger til tildeling og omfang på tildelte tjenester, i enkelte tilfeller kommer i konflikt med kommunen sitt syn på dette. Dette kan bidra til at bruker og pårørende i noen tilfeller kan oppleve å ha manglende medvirkningskraft.

Journalgjennomgangen viser at alle brukere har fått oppnevnt en primærkontakt. Primærkontakten vil være den ansatte som kjenner pasienten best. Det ble i intervju pekt på at det kan være utfordrende å få ordningen med primærkontakt til å fungere i perioder med lav bemanning, under ferieavvikling og perioder med sykefravær. Manglende eller mangelfull journalføring gjør at den aktuelle ansatte ikke får nok kunnskap om bruker, noe som vil være til hinder for å sikre god nok brukermedvirkning.

### **Revisors vurdering:**

Revisor vurderer kriteriet om brukermedvirkning som ivaretatt.

*Samtale med bruker og eventuelle pårørende står som et sentralt utsjekkspunkt i kartleggingsverktøyet og gjennomgangen av vedtak viser at disse er dokumentert i journal. Både bruker og pårørende kan be om samtaler og alle får oppnevnt primærkontakt. Det kan imidlertid være en utfordring om ønsker og synspunkt hos bruker og pårørende ikke blir journalførte. Ansatte som ikke kjenner bruker, vil i slike tilfeller mangle informasjon som kan hjelpe dem med å gi brukeren tjenestene på den måten vedkommende har ønsket.*

### **2.3.3 Tildelingskriterium**

Rennebu har den siste tiden jobbet med å revidere og å tydeliggjøre tildelingskriteriene. Kriteriene ligger tilgjengelig for alle på hjemmesida til kommunen. Revideringa har blant annet gått på klarspråk, men også å skille mellom de lovpålagte og de ikke lovpålagte tjenestene.

Ikke lovpålagte tjenester er matombringing, trygghetsalarm, dagsentertilbud for hjemmeboende, arbeidssenter, TT-kort og ledsagerbevis. Rennebu har de siste årene hatt anstrengt økonomi, men kommunalsjef sier at det per august 2025 ikke er planlagt å fjerne

noen av de ikke lovpålagte tjenestene. Det kan imidlertid være at de blir gitt i en annen form, her blir arbeidssenteret brukt som eksempel. De gjeldende tildelingskriteriene ble revidert i 2024 og politisk behandlet og vedtatt i april 2025.

Flere av de ansatte sier i intervju at de er positive til arbeidet med å tydeliggjøre kriteriene. Klargjøring av hvilke tjenester kommunen kan tilby, avklaring av innholdet i de enkelte tjenestene og en oversikt over hvilke vilkår som må oppfylles for å få tildelt tjenestene, gjør det lettere for mulige søkere å orientere seg og å finne ut hva de kan søke om å få. Dette kan bidra til å dempe det forventningsgapet som flere ansatte i intervju fortalte at de opplever en del innbyggere har. Det bidrar også til å tydeliggjøre ansvar hos andre tjenesteytere. Et eksempel er at sårstell i utgangspunktet skal bli gjort på legekantoret og ikke av hjemmetjenesten, slik praksis ofte har vært fram til nå.

### **Revisors vurdering:**

Revisor vurderer kriteriet om at kommunen bør ha skriftlige tildelingskriterier som ivaretatt.

*Rennebu kommune har skriftlige og oppdaterte tildelingskriterier. Disse ligger tilgjengelig for publikum på hjemmesida og er nylig politisk behandla og vedtatt.*

### **2.3.4 Skriftlige vedtak**

Revisor har fått tilsendt et omfattende dokument med skriftlige rutiner for saksbehandling. Her ligger bl.a. rutiner for hvordan nye søknader skal legges inn i saksbehandlingssystemet, delegering av ansvar til avdelingsleder for beslutningsteam, framgangsmåte for kartlegging og dokumentasjon, en oversikt over hvilke punkt som skal ligge inne i skriftlige vedtak, retningslinjer for klagebehandling og rutiner for re-kartlegging av tjenestebehov. Dateringen viser at det varierer når de ulike dokumentene sist ble revidert.

Vedtakene skal inneholde mottaksdato, historikk, hvilke tjenester som er eller ikke er tildelt, lovhenvvisning, en faglig grundig begrunnelse for vedtaket og informasjon om klagerett og -frist. Saksbehandlerne skal kun ha en rådgivende funksjon og det er avdelingsleder som skal signere endelig vedtak. Alle vedtakene revisor så i gjennomgangen, var formulert i tråd med krav i lovverk og retningslinjer.

Forvaltningskontoret har ansvar for å fatte vedtak og alle de ansatte behandler søknader uavhengig av hvilke tjenester det blir søkt om. Avdelingslederne på sykehjemmet og BOM blir

tatt med på råd før vedtak blir fattet i de største sakene. Vedtakene inneholder hvilke tjenester som skal bli gitt og omfang på disse. Det er avdelingene som utformer planen for hvordan tjenestene skal bli gitt. I de tilfeller der tjenestene ikke fungerer godt nok eller kan bli gitt på en mer effektiv måte, er det avdelingene som skal legge til rette for eventuelle endringer.

### **Revisors vurdering:**

Revisor vurderer kriteriet om at kommunen skal fatte skriftlige enkeltvedtak om tildeling av tjenester som ivaretatt.

*En gjennomgang av tilfeldig valgte vedtak viser at disse er behandlet i tråd med lovverk og at det skriftlige vedtaket om tildeling av tjenester inneholder alle punkt som er pålagt ved lov.*

### **2.3.5 Rutiner for klagebehandling**

Forvaltningskontoret behandler klage som går på tildeling av tjenester. Disse blir behandlet av samme saksbehandler som fattet det påklagede vedtaket. Når det gjelder klage på innhold i tjenestene, er det leder ved avdelingen klagen gjelder som skal behandle klagen. I saker der det er høyt konfliktnivå eller klagen dreier seg om forhold på organisatorisk nivå, tar kommunalsjef klagebehandlinga.

Revisor har fått tilsendt rutiner for klagebehandling. Rutinen er utarbeidet av forvaltningskontoret og er datert i mars 2025. Dokumentet gir en oversikt over alle stegene i klagebehandling og inneholder en oversikt over hvilke punkt som skal med i et klagesvar. Dokumentet skiller mellom klager på lovpålagte og ikke lovpålagte oppgaver, men inneholder ikke tydelig informasjon om at ansvaret for klagebehandling er delt mellom forvaltningskontoret og avdelingene.

Vi fikk i intervju vite at det ikke finnes noen system for avsjekk av om de enkelte oppgaver i klagebehandlinga er gjort eller hvem som har ansvar for å fullføre saksbehandlingen. Det ble sagt at dette i flere tilfeller har ført til at klager på tjenester ikke har blitt behandlet innafor frist og at purringer har blitt oversett.

Avdelingslederne fortalte at de kjente seg usikker på klagebehandling. De sa de ikke er kjent med at det fins rutiner for klagesaksbehandling og at de savnet opplæring. Kommunalsjefen sa i intervju at hun var usikker på om opplæring var gitt og i tilfelle i hvilket omfang. Revisor har ikke sett noen dokumentasjon på at det er gitt opplæring eller hvordan denne er gitt.

## Revisors vurdering:

Revisor vurderer kriteriet om at kommunen bør ha skriftlige rutiner for klagebehandling som ivarettatt.

*Kommunen har utarbeidet skriftlige klagerutiner og disse er tilgjengelige i kvalitetssystemet Compilo. Det er en utfordring at rutinene er formulert på en måte som ikke er tydelig på fordeling av ansvar for klagebehandlingen. Det er også problematisk at avdelingslederne ikke er klar over at det finnes skriftlige rutiner og at det ikke har blitt gitt tilstrekkelig opplæring.*

### 2.3.6 Behandling av klagesaker

#### Innhold i brev

I dokumentet «Rutine for klagebehandling» ligger en liste med punkt som skal være en del av klagebehandling. Dette kan for eksempel være re-kartlegging som grunnlag for ny vurdering. Det er også lista opp hvilke punkt som skal inn i svarbrevet, for eksempel er beskrivelse av det som kom fram i re-kartlegginga, henvisning til lovverk og opplysninger om videre klagerett.

Vi fikk i gjennomgangen av vedtak fra forvaltningskontoret demonstrert at en mal for oppsett av svarbrev automatisk kommer opp når det blir åpna en sak koda som vedtak eller klage i saksbehandlersystemet. Malen inneholder flere overskrifter og fungerer som «huskeliste» for hva som skal bli tatt med. Saksbehandler gjør likevel noen selvstendige vurderinger i svarbrevet og legger i noen tilfeller til eller tar ut tekst.

Det kom i samtale med avdelingslederne fram at de ikke var kjente med at en slik brevmal eksisterer. De tar derfor ofte utgangspunkt i tidligere svar når de skal formulere sine brev. Det varierte om det var de eller noen av de andre ansatte, for eksempel primærkontakt, som formulerte og sendte ut svaret. Det varierte også om avdelingsleder signerte svarbrevet som gikk til klager.

Verken brevene fra forvaltningskontoret eller brev fra avdelingene oppfylte konsekvent kravene til innhold i klagesvar. Enkelte klagesvar mangla historikk, henvisning til lov og/eller informasjon om klagerett og -frist. Dette gjaldt i hovedsak klager svart ut fra avdelingene, men revisor så også eksempel på mangler i brev fra forvaltningskontoret. Det viste seg også at svarfrist i flere tilfeller av saker behandlet ved avdelingene ble brutt og at det varierte om klager var informert om forsinkelsa eller informert om bakgrunnen for denne. Saksbehandling gjennomført av forvaltningskontoret ble i all hovedsak gjort i tråd med frist. I de tilfeller de ikke ble, fikk klager grunnlagt informasjon om dette.

Klager på ikke lovpålagte tjenester skal ifølge rutinene behandles ved avdelingene og gå til lokal klagenemnd, ikke til statsforvalter. Revisor så i gjennomgangen ingen saker som var sendt til lokal klagenemnd, men så eksempler på svarbrev som var sendt direkte til statsforvalter fra avdelingene.

### **Utforming av svarbrev**

Forvaltningskontoret behandler klager på tildeling av tjenester og bruker maler for oppsett av svarbrev. Disse malene ligger i saksbehandlersystemet og alle ansatte ved kontoret blir gitt opplæring i dette. Gjennomgangen viser at malene blir fulgt.

Det er avdelingene som skal svare ut klager på ikke lovpålagte tjenester. Gjennomgangen viste at det var forskjell både på innhold og utforming av svarbrev fra avdelingene. Noen klagesvar ble sendt ut per e-post og mangla kommunens logo og kontaktinformasjon. Flere sa under intervju at denne måten å svare ut klager på ikke ga inntrykk av at klagebehandlingen blir gjort spesielt profesjonelt, men at dette var en effektiv løsning som likevel ble brukt.

Noen svar var kortfattet og inneholdt i liten grad annet enn oppsummering av opprinnelig vedtak. Enkelte inneholdt ingen ytterligere begrunnelser for konklusjonen. Andre inneholdt lengre forklaringer og argumentasjon for konklusjonen eller svarte ut klagen punkt for punkt uten å ytterligere underbygge disse med henvisning til lov eller regelverk.

Revisors stilte i intervju med ansatte ved avdelingene spørsmål om hvorfor svarbrevene er formulert ulikt. Det ble da trukket fram at de som skal gjennomføre saksbehandlingen manglet både mal for svarbrev og ikke hadde fått opplæring i hvordan svarbrevene skal bli utformet og hva de skal inneholde. En konsekvens av dette er at utforming av brevene noen ganger blir tilpassa diskusjonen i forkant og kjennskap til den som har levert klagen. Korte svar gir mindre grunnlag for videre diskusjon, lengre svar kan inneholde forklaringer og opplysninger som kan bidra til å forebygge videre klager. Et eksempel er klagesvar som går gjennom andre aktuelle søkbare tjenester. Her blir det forklart hvorfor disse tjenestene er eller ikke er alternative muligheter til å få dekket de behovene klager mener ikke er oppfylt gjennom dagens vedtak.

### **Saksbehandlingsfrist**

Behandling av klager på tildelte tjenester blir gjort av forvaltningskontoret. Disse blir i all hovedsak behandlet innafor frist. I de tilfellene de ikke blir, blir det sendt ut grunnlagt informasjon om dette.

Gjennomgangen viste at det varierer i hvor stor grad saksbehandlingsfrist hos avdelingene blir holdt. Det blir i intervju sagt at det kan ta langt tid før avdelingene blir gjort kjent med at det har kommet klager og at de dermed kommer sent i gang med saksbehandlingen. I enkelte saker skal flere ulike instanser komme med informasjon som skal ligge til grunn for behandling av klage og at det kan ta tid å få samlet all dokumentasjon. Det varierer om klager får beskjed om forsinkelsen og om det blir informert om grunnen til at frist ikke blir overholdt.

## **Saksgang**

Revisor får opplyst at det ikke er noe fast system for hvordan klagesaker blir registret inn i postsystemet. Det ble tydelig i klagegjennomgangen at det kan være vanskelig å få full oversikt over all kommunikasjon som ligger til den enkelte sak. I noen tilfeller hadde de som skal behandle sakene ikke lesetilgang på alle dokument i saken. Vi ble i intervju fortalt at dette kan gjøre det vanskelig å sikre at klagen blir svart ut på rett måte og til rett tid. Den skriftlige rutinen inneholder ingen punkt om at avdelingene skal stå som kopimottaker når vedtaksbrev blir sendt ut.

Kommunalsjefen fortalte at avdelingslederne alltid blir informert om eventuelle klager som kommer inn, men at de ikke blir informert om innhold. I flere intervju med de ansatte ved BOM blir det imidlertid fortalt at det har vært situasjoner der avdelingen ikke har vært klar over at klagen eksisterer eller at vedtak har blitt endret som følge av klagesaksbehandlingen.

Klagegjennomgangen viser at over halvparten av klagenes på vedtak om tildelte tjenester går videre til statsforvalter. Dette er saker der klager ikke har fått medhold og uenig i konklusjonen fra kommunen. I noen tilfeller så vi at klager selv sendte klagen direkte til statsforvalter uten først å påklage vedtaket til kommunen. I flere tilfeller har kommunen ikke blitt informert om at klage er sendt. Flere sa i intervju at saksbehandlingen kan bli forsinket om kommunen ikke får informasjon om klagen så tidlig som mulig.

Avdelingene har også i enkelttilfeller sendt svar på klage direkte til statsforvalter. Revisor så i gjennomgangen ingen eksempel på klagesvar som hadde gått til lokal klagenemnd. Oversending til statsforvalter har i noen tilfelle blitt gjort uten at klager er informert om resultat av klagebehandlingen. Klager har i disse tilfellene først fått informasjon om resultatet fra klagebehandlingen fordi de står som kopimottaker på brevet kommunen har sendt statsforvalteren.

Klagegjennomgangen viste at statsforvalter i mange tilfeller sender klagen direkte tilbake til klager og kommune uten å gjøre noen vurderinger. Svarbrevet inneholdt i disse tilfellene en påpekning av at klagen enda ikke er behandlet av kommunen og at statsforvalter dermed ikke

har noen sak å behandle. I flere av tilfellene blir det oppfordret til direkte kommunikasjon mellom klager og kommune og at saken bør kunne bli løst uten å bringe inn statsforvalter som klageinstans.

Flere av de vi intervjuet, fortalte at de ønsket å forbedre kommunikasjon og informasjonsflyt i organisasjonen generelt, men spesielt mellom de ulike ledernivåene og de ansatte. Manglende informasjon gjør at det er vanskeligere for avdelingene å holde oversikt over brukere og tjenester. Det gjør det også vanskeligere å planlegge og på den måten sikre at det blir gitt gode tjenester.

### Revisors vurdering:

Revisor vurderer kriteriet om at kommunen skal svare ut klager i tråd med lovkrav som ikke ivaretatt.

*Rennebu kommune har utarbeidet en skriftlig rutine som hva som skal være med i et svarbrev for klagesaker, men ikke alle ansatte kjenner til at de finnes eller innholdet i disse. Det finnes en mal for svarbrev i saksbehandlingssystemet. Det varierer hvor aktivt malen blir brukt. Brevene kan derfor mangle for eksempel historikk, begrunnelse og informasjon om klagerett.*

*I flere tilfeller er svarfrist brutt. Det varierer i hvor stor grad klager er informert og om forsinkelsen er grunnlagt. Kommunen har i enkelttilfeller sendt svarbrev med konklusjon på klagesaken direkte til statsforvalter uten å informere klager om klager er behandlet eller om utfall av den nye vurderinga.*

## 2.4 Konklusjon

Rennebu kommune har etablert gode rutiner og system for prosessen rundt søknad om tjenester på sykehjem og BOM. Alle søknader om tjenester blir behandlet av forvaltningskontoret. Tildelingskriteriene er nylig revidert og politisk behandlet og vedtatt, disse ligger tilgjengelig på hjemmesida til kommunen. Det gjennomføres kartleggingsbesøk hos førstegangssøkere og alle helsefaglige vurderinger er dokumenterte og ligger som grunnlag for alle vedtak. Det kan imidlertid være et problem at ikke all informasjon fra samtaler med bruker og pårørende er dokumentert og blir tatt med inn i grunnlag for utforming av de tildelte tjenestene. Det blir sendt ut vedtaksbrev som er i tråd med lovkrav.

Verken forvaltningskontoret, sykehjemmet eller BOM svarer konsekvent ut klagesvar i tråd med lovkrav og interne rutiner. Gjennomgangen viser at flere brev mangler henvisning til lov og opplysninger om klagerett. Saksbehandlere gjør individuelle vurderinger for hva som skal stå

i brevet og ikke. I noen tilfeller blir klager ikke fanget opp eller saksbehandlingen blir forsinket pga. manglende opplysninger.

Dette utgjør en risiko for at klager ikke blir svart ut innafor frist. I enkelte tilfeller svarer avdelingene ut klager direkte til statsforvalter, ikke slik det står i rutinen til lokal klagenemnd. Det er også eksempel på at klagesvar går direkte til statsforvalter med klager i kopi. Det finnes ingen kontrolliste for hvem som har ansvar for de ulike trinnene i klagebehandlingen eller at klagen virkelig er svart ut.

## **2.5 Anbefalinger**

Revisor anbefaler Rennebu kommune å:

- Arbeide målrettet med brukermedvirkning
- Arbeide med rutinemessig journalføring av innhold i samtaler og observasjoner fra dagligsamtaler med bruker og pårørende
- Gi opplæring i alle rutiner til de ansatte
- Tydeliggjøre rutinene for klagebehandling
- Kvalitetssikre klagebehandlingen

# 3 VEDTAK OG PRAKSIS

## 3.1 Problemstilling

**Får brukere og pasienter helse- og omsorgstjenester i tråd med skriftlig vedtak?**

Dette kapitlet handler om det er samsvar mellom de tjenestene som ligger i vedtak og de tjenestene bruker i realiteten mottar tjenesteyting i praksis. Følgende punkt blir belyst:

- Blir det gjort rutinemessige re-kartlegging av brukers behov?
- Blir det fattet nye vedtak ved endrede behov?

## 3.2 Revisjonskriterier

Følgende overordna revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

**Kommunen skal regelmessig evaluere tjenestetilbudet**

Utledda underkriterier er

- Kommunen skal ha skriftlige rutiner for re-kartlegging
- Kommunen skal dokumentere informasjon som kommer fram i kartlegging og løpende observasjoner og samtaler

**Kommunen skal fatte nye vedtak ved endra tjenestebehov**

Utledda underkriterier er

- Kommunen skal fatte nye vedtak om det blir gjort endringer i tjenester som strekker seg over en lengre periode

Utleddning av vurderingskriteriene ligger i vedlegg 1.

## 3.3 Data

### 3.3.1 Rutiner for re-kartlegging

Gjennomgang av vedtak fra forvaltningskontoret viser at de inneholder dato for når tjenesten skal bli evaluert. Revisor får i intervju opplyst at det ved mindre endringer, f.eks. ved økt behov for hjelp til personlig hygiene i inntil 14 dager, kan justeringer bli gjort uten nytt vedtak. Om det er nødvendig med nye tjenester eller det økte behovet strekker seg over tid, skal det fattes nytt vedtak. Gjennomgang av journaler viser at dette blir gjort.

Avdelingsleder på sykehjemmet forteller at de har rutine for å re-kartlegge behov for langtidspasienter hver tredje måned, mens korttidspasienter blir vurdert ukentlig. Revisor har ikke sett denne rutinen. Avdelingsleder i BOM forteller i intervju at det ikke finnes ikke en fast rutine for jevnlig og systematisk re-kartlegging. Vurdering av behov blir vurdert løpende i hverdagen og blir ofte gjort av hjemmetjenesten, men disse blir ikke alltid journalført. Informasjonen blir da videreført muntlig til de andre ansatte på avdelinga.

Ifølge avdelingsleder på sykehjemmet, er prosedyren at pårørende skal få tilbud om minimum en samtale i året, men at dette ikke alltid blir gjennomført. BOM har ifølge avdelingsleder ingen faste pårørendesamtaler, men både brukere og pårørende kan be om samtaler. Dette kan være planlagte samtaler som del av tjenestene eller samtaler som oppstår som følge av konkrete situasjoner. Journalgjennomgang viser at innholdet i slike samtaler ikke alltid blir journalførte.

#### Revisors vurdering:

*Revisor vurderer kriteriet om at kommunen skal ha skriftlige rutiner for re-kartlegging som delvis ivare tatt.*

### 3.3.2 Dokumentasjon av tjenestebehov

Gjennomgangen viste at alle gjennomførte re-kartlegginger er dokumentert og lagt i brukerens journal. Enkelte av brukerne i BOM har brukerstyrt personlig assistent (BPA). BPA-tjenesten er ikke forpliktet til å føre journal, men det avholdes BPA-møter og noe informasjon kommer fram her. Tjenester utført av BPA er i en del tilfeller udokumentert, noe det i intervjuene blir sagt gjør det vanskelig å ha oversikt over hva som faktisk blir gitt av

assistanse og om de tjenestene vedkommende bruker får er de rette for å få dekket sine behov.

Brukermedvirkning er også sentralt i evaluering av de tildelte tjenestene. Dette skjer blant annet gjennom hverdagspraten mellom bruker og tjenesteyter, i pårørendesamtaler og i ansvarsgruppemøter. Basert på det som kommer fram i hverdagssamtalene, kan tjenestene blir justert i forhold til det som lå i den første planen. Et eksempel kan være å gi de omfordele timene med praktisk hjelp over hver tredje, ikke annenhver dag. Samtalenotat lå i alle de journalene revisor har sett på. Omfang og detaljnivå i notatene varierte.

### **Revisors vurdering:**

*Revisor vurderer kriteriet om dokumentasjon på informasjon fra kartlegginger og samtaler som delvis ivaretatt.*

*Det er en utfordring at løpende re-kartlegginger basert på observasjon eller gjennom hverdagssamtaler ikke alltid er journalført eller blir dokumentert på annen vis. Manglende dokumentasjon fra tjenester gitt fra BPA, vil gjøre at viktig informasjon om hvordan bruker fungerer i hverdagen kan forsvinne. Dette gjør at det kan bli vanskeligere å tilpasse tjenestene i forhold til den enkelte bruker sine individuelle ønsker og behov.*

### **3.3.3 Oppdatering av vedtak ved endring av tjenester**

Journalgjennomgangen viste at det blir gjennomført re-kartlegging og at informasjonsgrunnlaget er dokumentert fra. Om endring av innhold eller behov for tjenester er av mindre omfang, ikke varer over to uker og ikke krever at det blir tilført ytterligere ressurser, blir det ikke fatta nye vedtak. Gjennomgangen av journal opp mot siste vedtaksbrev viser at det blir sendt ut oppdaterte vedtaksbrev om endring av behov er av større omfang eller vil vare over tid. Disse vedtakene kan eventuelt være satt til å vare over en kortere tid og at opprinnelig vedtak vil gjelde igjen etter denne perioden.

Ifølge kommunalsjefen, står avdelingene automatisk som mottaker på vedtakene som blir sendt ut. Revisor har i de gjennomgåtte vedtakene ikke kunnet se dette. Kommunalsjefen sa også at informasjon om endringer i vedtak blir delt i møtene forvaltningskontoret har med sykehjemmet og BOM.

Vi fikk i flere intervju blitt fortalt at det har vært tilfeller der BOM ikke har fanga opp at det har blitt fatta vedtak med endring i tjenester. Enkelte sa at konsekvensen av dette er at bruker i verste tilfelle kan få tjenester som ikke er i tråd med de faglige vurderingene for tjenestebehov.

### **Revisors vurdering**

*Revisor vurderer kriteriet om at det skal bli fatta nye vedtak ved endra behov som ivaretatt.*

*Det er imidlertid en utfordring at avdelingene ikke alltid fanger opp om det er gjort endringer i tjenestetildelingen og at bruker dermed i noen tilfeller ikke får de tjenestene vedkommende ut fra faglige vurderinger er tildelt.*

## **3.4 Konklusjon**

Rennebu kommune har utarbeidet skriftlige rutiner for å re-evaluere og sender ut oppdaterte vedtak om tjenester blir justert. Det er imidlertid problematisk at observasjoner og informasjon ikke alltid er skriftliggjort i journal og at grunnlag for vedtak dermed ikke er dokumentert. Det er også en utfordring at informasjon om oppdaterte vedtak ikke blir fanga opp av avdelingene.

## **3.5 Anbefaling**

- Arbeide målrettet med å sikre skriftliggjøring og dokumentasjon i journal
- Arbeide målrettet med informasjon og kommunikasjon internt i organisasjonen

# 4 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

## 4.1 Konklusjon

Rennebu kommune har etablert gode rutiner og system for prosessen rundt søknad om tjenester på sykehjem og BOM. Alle søknader om tjenester blir behandlet av forvaltningskontoret. Det gjennomføres kartleggingsbesøk hos førstegangssøkere og alle helsefaglige vurderinger er dokumenterte og ligger som grunnlag for alle vedtak. Det er brukermedvirkning i denne prosessen, men ikke all informasjon fra samtaler med bruker og pårørende er skriftlig dokumentert. Tildelingskriteriene er nylig revidert og politisk behandlet og vedtatt, disse ligger tilgjengelig på hjemmesida til kommunen.

Det er utarbeida skriftlige rutiner for klagebehandling, men disse mangler tydeliggjøring av hvem som har ansvaret for de enkelte oppgavene i prosessen. Det foreligger ingen informasjon om at ansatte får rutinemessig opplæring i disse.

Kommunen har ingen skriftlige føringer eller dokumenterte system for hvordan informasjon om mottatte klager og resultat av klagebehandling skal bli kommunisert internt. Det finnes heller ingen sjekklister for om ulike punkt i mal for klagesaksbehandling er gjennomført og om klagen faktisk er svart ut og svarbrev er sendt klager og eventuelt statsforvalter.

Verken forvaltningskontoret, sykehjemmet eller BOM svarer konsekvent ut klager i tråd med lovkrav og interne rutiner. Gjennomgangen viser at flere brev mangler henvisning til lov og opplysninger om klagerett. Det finnes ingen oversikt hvem som har ansvar for de ulike trinnene i klagebehandlingen eller rutiner for å sikre at klagen virkelig er svart ut. Dette utgjør fører til en risiko for at klager ikke blir svart ut innafor frist. Det varierer i hvor stor grad klager blir informert om forsinkelsen og om det blir gitt informasjon om bakgrunnen for denne. Svar på klager på innhold i tjenesten har i flere tilfeller feilaktig blitt sendt statsforvalter, ikke til den lokale klagenemnda.

Rennebu kommune har utarbeidet skriftlige rutiner for å re-evaluere og oppdatere vedtak om tjenester blir justert. Det er imidlertid problematisk at observasjoner og informasjon som blir fanget opp i den daglige pleien ikke alltid er skriftliggjort i journal. Det er også en utfordring at informasjon om oppdaterte vedtak ikke blir fanga opp av avdelingene. Det blir alltid sendt ut individuelle vedtaksbrev og brev om justering av tjenester, disse er i tråd med lovkrav.

## **4.2 Anbefalinger**

Revisor anbefaler Rennebu kommune å:

- Arbeide målrettet med brukermedvirkning
- Arbeide med rutinemessig journalføring av innhold i samtaler og observasjoner fra dagligsamtaler med bruker og pårørende
- Tydeliggjøre og gi opplæring i alle aktuelle rutiner til de ansatte
- Kvalitetssikre klagebehandlingen
- Arbeide målrettet med kommunikasjon internt i organisasjonen

# KILDER

Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Helse- og omsorgsdepartementet (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>.  
Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Justis- og beredskapsdepartementet (1967) *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. Norge. Available at: [Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker \(forvaltningsloven\) - Lovdata](#)

Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift> om ledelse og kvalitetsforbedring.

Helse og omsorgsdepartementet: Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal (journalforskriften). [Forskrift om pasientjournal - Lovdata](#)

Helsedirektoratet (2017) *Veileder for saksbehandling Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven>.

Helsedirektoratet (2018) *Veileder til forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>.

Helsedirektoratets veileder (2017): *Brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/gjennomfore/7e-medvirkning-fra-pasienter-brukere-og-parorende>

Helsedirektoratets veileder Helsedirektoratet (2015): *Saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen* om saksbehandling. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven>

Helse og omsorgsdepartementet: Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal (journalforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-21-1385>

Følgende skriftlig dokumentasjon fra Rennebu kommune er gjennomgått:

- Interne rutiner for saksbehandling for helse- og omsorgstjenesten
- Vurderingsmoment for tildeling av tjenester fra hjemmetjenesten
- Søknadsskjema for hjemmetjeneste
- Kartleggingsskjema IPLOS
- Vedtaksmal forvaltningskontoret
- Kriterier for tildeling av helsetjenester (politisk vedtatt 2025)
- Diverse brosjyrer om forvaltningskontoret og tilgjengelige tjenester
- Felles prosedyrer for avviksregistrering og oppfølging
- 16 tilfeldige utvalgte pasientjournaler
- Tilfeldig utvalgte klagesaker fra forvaltningskontoret, sykehjem og BOM

# VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIUM

Følgende revisjonskriterier er utledet basert på gjeldende lov, regelverk og veiledere for hovedproblemstilling 1:

*Er det etablert gode system for prosessen fra søknad blir levert og til vedtak blir gjort?*

- Kommunen skal kartlegge og dokumentere den enkelte søkers hjelpebehov på en individuell og helhetlig måte.
- Kommunen skal sikre brukermedvirkning i saksbehandlingen.
- Kommunen bør ha skriftlige tildelingskriterier
- Kommunen skal fatte skriftlige enkeltvedtak om tildeling av tjenester i tråd med lovkrav.

## **Kartlegging og dokumentasjon av hjelpebehov**

Revisjonskriterium

Kommunen skal kartlegge og dokumentere den enkelte søkers hjelpebehov på en individuell og helhetlig måte.

Normgrunnlag

- Forvaltningsloven § 17  
→ Kommunen har plikt til å innhente nødvendige og relevante opplysninger.
- Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a  
→ Pasient og bruker har rett til nødvendige tjenester basert på individuelle behov.
- Journalforskriften §§ 4 og 8  
→ Relevante opplysninger, vurderinger og beslutningsgrunnlag skal dokumenteres.
- Helsedirektoratets veileder om saksbehandling  
→ Kartleggingen skal danne et tydelig og dokumentert grunnlag for vedtak.

## **Brukermedvirkning**

Revisjonskriterium

Kommunen skal sikre brukermedvirkning i saksbehandlingen.

## Normgrunnlag

- Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1  
→ Bruker har rett til å medvirke ved valg og utforming av tjenester.
- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10  
→ Kommunen skal legge til rette for brukarmedvirkning.
- Forvaltningsloven § 17  
→ Søker skal få mulighet til å gi opplysninger av betydning for saken.
- Helsedirektoratets veileder: *Brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten*  
→ Brukermedvirkning skal være reell og dokumentert.

## Skriftlige tildelingskriterier

### Revisjonskriterium

Kommunen bør ha skriftlige og tydelige tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester.

## Normgrunnlag

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1  
→ Kommunen har ansvar for planlegging og styring av tjenestene.
- Forvaltningsrettslige prinsipper om likebehandling og forutberegnelighet  
→ Like saker skal behandles likt.
- Sivilombudets praksis  
→ Tildelingskriterier bør være skriftlige for å sikre etterprøvbarhet.
- Helsedirektoratets veileder om saksbehandling  
→ Klare kriterier bidrar til rettssikkerhet og ensartet praksis.

## Skriftlige vedtak i tråd med lovkrav

### Revisjonskriterium

Kommunen skal fatte skriftlige vedtak om tildeling, endring eller avslag på tjenester i tråd med lovkrav.

## Normgrunnlag

- Forvaltningsloven § 2  
→ Vedtak om tjenester er enkeltvedtak.
- Forvaltningsloven §§ 23–25  
→ Vedtak skal være skriftlige og inneholde begrunnelse, faktum og rettslig grunnlag.

- Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7  
→ Bruker har rett til skriftlig vedtak og informasjon om klageadgang.
- Helsedirektoratets veileder om saksbehandling  
→ Vedtak skal være individuelle, konkrete og forståelige.

Følgende revisjonskriterier er utledet basert på gjeldende lov, regelverk og veiledere for hovedproblemstilling 2:

*Får brukere og pasienter helse- og omsorgstjenester i tråd med skriftlig vedtak?*

- Kommunen skal ha skriftlige rutiner for re-kartlegging
- Kommunen skal dokumentere informasjon som kommer fram i kartlegging og løpende observasjoner og samtaler
- Kommunen skal fatte nye vedtak om det blir gjort endringer i vedtak som strekker seg over en lengre periode

## **Rutiner for klagebehandling**

Revisjonskriterium

Kommunen bør ha skriftlige rutiner for behandling av klager på vedtak om helse- og omsorgstjenester.

Normgrunnlag

- Forvaltningsloven kapittel VI (§§ 28–34)  
→ Regulerer klageadgang, frister, saksbehandling og oversendelse.

## **Behandling og besvarelse av klager**

Revisjonskriterium

Kommunen skal behandle og besvare klager i tråd med gjeldende lovkrav og interne retningslinjer.

Normgrunnlag

- Forvaltningsloven §§ 28–33  
→ Klager skal behandles reelt og innen fastsatte frister.
- Forvaltningsloven § 34  
→ Klageinstansen skal foreta en full ny vurdering av saken.

- Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2  
→ Gir rett til å klage på vedtak om helse- og omsorgstjenester.

### **Kommunen skal ha skriftlige rutiner for re-kartlegging**

Normgrunnlag

Kommuneloven § 25-1 (internkontroll)

Kommunen skal ha systemer og rutiner som sikrer at lovpålagte oppgaver blir utført på en forsvarlig måte.

### **Kommunen skal fatte oppdaterte, skriftlige vedtak ved endret behov**

Kriterium:

Når en bruker får endrede behov, skal kommunen oppdatere vedtaket om tjenester slik at det samsvarer med den nye situasjonen. Vedtak skal være skriftlige, begrunnede og tydelige, slik at brukeren vet hva de har rett på og hvorfor.

Normgrunnlag:

- Forvaltningsloven §§ 23, 24 og 25: Vedtak skal være skriftlige og begrunnes.
- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-2: Kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester.
- Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a: Brukeren har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

# VEDLEGG 2 – UTTALELSE



REVISJON MIDT-NORGE SA  
Brugata 2

7715 STEINKJER

Unntatt offentlighet - Off. §13 jf. M. §13 første ledd

Deres ref:

Vår ref  
2025/636

Saksbehandler  
Ingrid Fagerli

Dato  
22.12.2025

## Svar på høringsutkast - Forvaltningsrevisjon Helse- og omsorgstjenesten

Vi ser til tilsendt høringsutkast til rapporten «Helse- og omsorgstjenesten» i Rennebu kommune. Høringsutkastet ble mottatt 15.12.25 kl. 16.36, med frist for skriftlig tilbakemelding senest 22.12.25. Rapporten er planlagt behandlet i kontrollutvalgets møte 20. januar 2026.

Kommunalsjef har gjennomgått rapportutkastet sammen med avdelingsledere for forvaltning, bo og mestring og sykehjemmet. Kommunen har følgende kommentarer til rapporten:

### Generelle merknader

#### Inføring av Helseplattformen (HP)

Det ble under revisjonen informert om at rutiner er under revisjon og/eller utarbeidelse. Etter inføringen av Helseplattformen pågår det et omfattende arbeid med tilpassing og endring av rutiner. Dette er en tidkrevende prosess, ettersom organisasjonen må bli kjent med det nye legesystemet og hvilke konsekvenser dette har for arbeidsprosesser og ansvarsfordeling i tjenestene.

#### Forvaltningskontoret – skille mellom klage på vedtak og klage på tjeneste

Forvaltningskontoret er kommunens inngangsport til alle helse- og omsorgstjenester. Kontoret har ansvar for all saksbehandling knyttet til søknader, revurdering av vedtak, samt behandling av klager på vedtak. Klager som gjelder utførelsen av tjenesten (klage på tjeneste) behandles av avdelingsleder for den aktuelle tjenesten.

#### Avsnitt 2.3.5 Rutiner for klagebehandling

Ansvar for behandling av klager på enkeltvedtak er entydig lagt til forvaltningskontoret. Dette ansvaret er ikke delt mellom forvaltningskontoret og de utførende avdelingene. Avdelingene har kun ansvar for å besvare klager som gjelder selve innholdet i tjenestetryktingen (klage på tjeneste). Kommunen ser at det er behov for å tydeliggjøre dette ansvarsforholdet ytterligere. Det vil derfor bli utarbeidet et flytdiagram som viser rolle- og ansvarsfordeling i klagebehandlingen, samt en egen rutinebeskrivelse for håndtering av klager på tjeneste.

#### Avsnitt 2.3.6 Behandling av klagesaker - innhold i brev

De oversendte rutinene for saksbehandling er utarbeidet som interne arbeidsverktøy for saksbehandlere ved Forvaltningskontoret, og er ikke ment brukt av avdelingsledere i tjenestene. Eksempelvis er dokumentet «Rutiner for saksbehandling for helse- og omsorgstjenester» en retningslinje rettet mot saksbehandlere i Forvaltningskontoret. Rutinen er merket «Helse og omsorg - Forvaltning og administrasjon», som er tidligere benevnelse for Forvaltningskontoret.

Adresse:  
Rennebu kommune

Telefon:  
947 88 930

Kommunenummer:  
5822

E-post:  
postmottak@rennebu.kommune.no

Myndighet:  
7588 Rennebu

Org.nr.:  
940 083 672

Dette er bakgrunnen for at rutinen ikke er gjort særskilt kjent i øvrige avdelinger, utover at disse har leseltingang. Saksbehandlere ved Forvaltningskontoret er godt kjent med rutinen, og nye ansatte gis opplæring i rutinen ved oppstart.

Det vises her øvrig til kommentar under avsnitt 2.3.5 vedrørende behov for forbedring og tydeliggjøring av rutiner for håndtering av klager på tjeneste.

#### **Avsnitt 2.3.6 Behandling av klagesaker - saksgang**

Det fremgår korrekt at den skriftlige rutinen ikke inneholder et eget punkt om at avdelingene skal stå som kopimottaker når vedtaksbrev sendes ut. Avdelingene blir imidlertid informert om nye vedtak gjennom Helseplattformen, ved at Forvaltningskontoret sender forordning når vedtak foreligger.

Kommunen ser likevel at det er behov for å styrke og tydeliggjøre informasjonsflyten til ansatte i tjenestene. Dette vil bli fulgt opp gjennom videre arbeid med rutiner og opplæring knyttet til bruk av Helseplattformen og samsendingen mellom Forvaltningskontoret og tjenesteavdelingene.

#### **Avsnitt 2.3.6 Utforming av svarbrev**

Dette forholdet gjelder klager på tjeneste. Kommunen viser til pågående og planlagt arbeid med gjennomgang og revisjon av rutiner og brevmalen i kommunens saksbehandlingsystem, med sikte på å sikre tydelig, korrekt og ensartet utforming av svarbrev.

#### **Avsnitt 2.4 Konklusjon**

Alle vedtak som sendes ut fra Forvaltningskontoret har siden 2021/2022 inneholdt informasjon om klagerett, ettersom dette er innarbeidet i egen vedtaksmal. Kommunen legger til grunn at gjeldende mal benyttes ved utsending av vedtak. Eventuelle avvik kan skyldes eldre saker eller tekniske forhold, og vil bli fulgt opp for å sikre at malene benyttes konsekvent.

**Kommentar til funn:** «Svar på klager på innhold i tjenesten har i flere tilfeller feilaktig blitt sendt statsforvalter, ikke til den lokale klagenemnd».

**Kommunens kommentar:** Klage på innhold i tjeneste som gjelder lovpålagte helse- og omsorgstjenester skal etter forvaltningslovens regler behandles og oversendes Statsforvalteren for endelig avgjørelse dersom vedtaket ikke omgjøres til gunst for klager. Slike klager skal derfor ikke behandles av kommunal klagenemnd.

Klage på ikke-lovpålagte tjenester behandles derimot av kommunal klagenemnd.

**Kommentar til funn:** «Det finnes ingen oversikt hvem som har ansvar for de ulike trinnene i klagebehandlingen eller rutiner for å sikre at klagen virkelig er svart ut. Dette utgjør fare for en risiko for at klager ikke blir svart ut innenfor frist. Det varierer i hvor stor grad klager blir informert om forsinkelsen og om det blir gitt informasjon om bakgrunn for denne».

**Kommunens kommentar:** Forvaltningskontoret behandler klager på enkeltvedtak i samarbeid med «Lov og rutine for sakshandling av vedtak» fra 2021. Det fremgår av rutinen at dersom sakshandlingsbøden vil overstige fire uker, skal det sendes foreløpig svar til klager. I foreløpig svar skal det gis informasjon om årsaken til at saken ikke kan ferdigbehandles tidligere, samt når endelig svar kan forventes.

#### **Avsnitt 4 Konklusjoner og anbefalinger**

**Kommentar til funn:** «Kommunen har ingen skriftlige føringer eller dokumenterte system for hvordan informasjon om mottatte klager og resultat av klagebehandling skal bli kommunisert internt».

**Kommentar til funn:** Det kommer frem av gjeldende rutine at «Klager skal behandles i beslutningsteam (hverfaglig team). Saken og saksdokumentene til pasient/bruker gjennomgås på nytt før vedtaket enten opprettholdes eller endres. Beslutningsteamet kan oppheve eller endre vedtaket. I vedtaket skal det beskrives hvilke endringer som er foretatt og hvorfor».

Denne rutinen sikrer at informasjon om mottatte klager og resultat av klagebehandling behandles og dokumenteres internt i beslutningsteamet. Kommunen erkjenner samtidig at det kan være behov for

ytterligere tydeliggjøring av hvordan denne informasjonen kommuniseres til øvrige berørte avdelinger, og dette vil vurderes i pågående arbeid med revisjon av rutiner.

Rennebu kommune takker for et grundig arbeid og vil ta med seg revisjonens vurderinger i det videre forbedringsarbeidet innen helse- og omsorgstjenesten.

Med vennlig hilsen  
Rennebu kommune

Ingrid Fagerli  
kommunalsjef

[ingrid.fagerli@rennebu.kommune.no](mailto:ingrid.fagerli@rennebu.kommune.no)

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.*

Kopi til:

Evvy Foss, avdelingsleder Forvaltning

Gerd Staverløkk, Kommunedirektør

Hanne Kristin Rise, avdelingsleder Bo og mestring

Anniken Haugen, avdelingsleder sykehjem



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - [www.revisjonmidt norge.no](http://www.revisjonmidt norge.no)