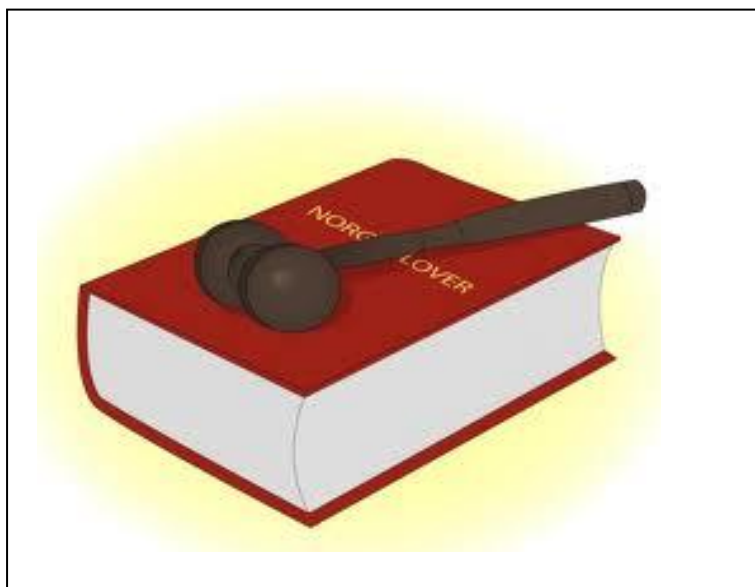


Forvaltningsrevisjon i Tolga kommune

Internkontroll og kvalitetssikring av helse- og omsorgstjenester

Formålet med prosjektet er å undersøke om tjenestesøkere får enkeltvedtak i tråd med forvaltningsreglene, og om kommunen har en internkontroll som sikrer at det blir gitt tjenester i tråd med vedtak og kvalitetsstandarder.



INNHOLD

SAMMENDRAG.....	2
1 INNLEDNING.....	4
1.1 Bakgrunn.....	4
1.2 Forvaltningsrevisjon	4
1.3 Kvalitetssikring av enkeltvedtak	5
1.4 Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene	6
2 FORMÅL, PROBLEMSTILLINGER OG AVGRENSNING	7
2.1 Formål	7
2.2 Problemstillinger	8
2.3 Avgrensning	8
3. METODE	10
4. KILDER FOR REVISJONSKRITERIER	10
5. PROBLEMSTILLING 1	13
Har saksbehandlingen for enkeltvedtak skjedd i tråd med forvaltningsloven, særlover og kommunale kriterier for tildeling av tjenester?	13
5.1 Revisjonskriterier	13
5.2 Fakta om saksbehandlingen	13
5.3 Revisjonens vurdering	22
5.4 Revisjonens konklusjon	26
6. PROBLEMSTILLING 2	27
Har kommunen et internkontrollsystem som sikrer at det ytes tjenester i tråd med enkeltvedtak og kvalitetsstandarder?	27
6.1 Revisjonskriterier	27
6.2 Fakta	28
6.3 Revisjonens vurdering	34
6.4 Revisjonens konklusjon	40
7. REVISJONENS ANBEFALINGER.....	41
8. UTTAELSE FRA RÅDMANNEN	41
9. KILDER OG VEDLEGG.....	42
9.1 Kilder	42
9.2 Vedlegg: Rådmannens uttalelse.....	43
9.3 Vedlegg: Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for 2018	44

Oppdal, 15. november 2019

Svein Magne Evavold
Revisjonssjef

Leidulf Skarbø
Revisor

SAMMENDRAG

Formålet med denne rapporten har vært å finne ut om Tolga kommune har en internkontroll og et kvalitetssystem som sikrer at brukere og pasienter får de pleie- og omsorgstjenestene de har krav på. Lovverk og forskrifter stiller bestemte krav både til saksbehandlingen og til systemene for internkontroll av tjenesteytingen. Vi har undersøkt om innbyggernes rettssikkerhet blir ivaretatt når de søker om tjenester, og om kommunen innfrir kravene til system og rutiner for at tjenestene skal holde tilfredsstillende kvalitet.

Har saksbehandlingen for enkeltvedtak skjedd i tråd med forvaltningsloven, særlover og kommunale kriterier for tildeling av tjenester?

For å svare på dette spørsmålet har vi gått gjennom mappene for 25 enkeltvedtak fra 2018. Selv om utvalget bare utgjør en liten del av alle vedtak i denne perioden, mener vi at det er grunnlag for å kunne generalisere rundt mange av funnene. Vi har målt den dokumenterte saksbehandlingen opp mot de mest sentrale bestemmelsene om enkeltvedtak i forvaltningsloven og særlovene på området. Vi har fokusert på følgende:

- Om den lovbestemte saksbehandlingstiden har blitt overholdt.
- Om kravet til brukermedvirkning har blitt ivaretatt.
- Om faktagrunnlaget, begrunnelse for vedtaket og redegjørelse for hovedhensyn ved skjønnsutøvelsen har blitt nedtegnet.
- Om det er dokumentert at Tolga kommunes kriterier for tildeling av tjenester blir etterlevd.
- Om det er angitt korrekte og fullstendige hjemler for de reglene som enkeltvedtakene bygger på.
- Om søkerne får den nødvendige underretningen om vedtaket til å vite hva de har fått rettskrav på og hvordan de skal gå frem dersom de er misfornøye med vedtaket.

Vår hovedkonklusjon er at søknader behandles raskt og effektivt, men at saksbehandlingsreglene for pleie- og omsorgstjenester ikke har blitt godt nok ivaretatt for noen av de punktene vi har undersøkt. Dette gjelder følgende:

- Det er ikke tydelig nok angitt når og hvordan brukermedvirkningen fant sted.
- Faktagrunnlaget, begrunnelsen for vedtaket og hovedhensynene som ble lagt til grunn for skjønnsutøvelsen har ikke blitt presisert godt nok.
- Vi finner det ikke dokumentert at behovene har blitt vurdert opp mot kommunens kriterier for tildeling av tjenester.
- Hjemmelshenvisningene har vært mangelfulle eller feilaktige.
- I meldingene om vedtak for hjemmesykepleie er det gitt ufullstendig informasjon om det innvilgede tjenesteomfanget.

For andre sjekkpunkter har kommunen levd opp til kravene. Søknadene har blitt behandlet godt innenfor tidsrammen i forvaltningsloven, og meldingene om vedtak gir utfyllende informasjon om klageadgang, innsynsrett og hvilken hjelp som kan ytes i forbindelse med klage. I tillegg har kommunen etablert et hensiktsmessig rammeverk for behandlingen av søknader, og det elektroniske saksbehandlingssystemet har god funksjonalitet.

Har kommunen et internkontrollsystem som sikrer at det ytes tjenester i tråd med enkeltvedtak og kvalitetsstandarder?

Vi har operasjonalisert denne problemstillingen ved å holde 7 ulike dimensjoner ved kommunens internkontrollsystem opp mot kravene i helse- og omsorgslovgivningen. To ulike forskrifter står sentralt:

- *Kvalitetsforskriften* stiller krav om skriftlig nedfelte prosedyrer som sikrer at mottakerne får tilfredsstilt sine grunnleggende behov.
- *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring* omhandler virksomhetens plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sin aktivitet slik at kvaliteten sikres og forbedres.

Fakta har blitt innhentet gjennom dokumentstudier og et gruppeintervju med de to aktuelle enhetslederne og rådmannen.

Vår hovedkonklusjon er at kommunens kvalitetssystem legger godt til rette for at den interne kontrollen skal fungere tilfredsstillende, men at kravene til systematikk og dokumentasjon av arbeidet med kvalitetsforbedring kunne vært bedre ivaretatt.

Vi mener at kommunen har vært flink til å utarbeide skriftlige prosedyrer, til å sørge for brukermedvirkning i den daglige tjenesten, og til å bruke avvikssystemet som grunnlag for kvalitetsforbedring. På andre områder har vi kommet med noen innspill til forbedringer:

- Internkontrollen rundt vedtaksoppfølging kan bli bedre. Dette gjelder både kontroll av at brukerne får det tjenesteomfanget som er vedtatt, og at det er faste rutiner for når vedtak uten tidsbegrensning skal tas opp til ny vurdering.
- Det bør utarbeides særskilte risiko- og sårbarhetsanalyser for tjenestekvaliteten slik forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring stiller krav om.
- Vi sakner en mer systematisk innhenting og analyse av brukererfaringer og kvalitetsindikatorer. Det bør dokumenteres bedre at slike data blir brukt som grunnlag for kvalitetsarbeidet.
- Det bør dokumenteres på en tydeligere måte hvordan prosessene rundt kvalitetsforbedring blir gjennomført.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget i Tolga vedtok i sitt møte den 18.02.19 at det skulle gjennomføres en forvaltningsrevisjon om internkontroll og kvalitetssikring av helse- og omsorgstjenester. Utvalget ba om at det ble rettet fokus mot hjemmesykepleie og sykehjemstjenester.

Prosjektutvelgelsen var basert på en overordnet analyse for 2016-2019. I kapittelet for tjenesteproduksjon het det:

Enkeltvedtak er grunnleggende for innbyggernes rettigheter og rettssikkerhet innenfor mange tjenesteområder. Det er ofte avgjørende for hvordan personer/brukere med særskilte behov blir fulgt opp og om behovene blir dekket tilfredsstillende. (...) Å foreta forvaltningsrevisjon av enkeltvedtak er alltid aktuelt. Det kan også være et alternativ å undersøke hvordan kommunen følger opp enkeltvedtakene.

1.2 Forvaltningsrevisjon

Kontrollutvalget i Tolga kommune skal påse at de føres kontroll med at den økonomiske forvaltning foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak, og at det blir gjennomført systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger utfra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Dette betegnes som forvaltningsrevisjon.

Forvaltningsrevisjon innebærer blant annet undersøkelser om:

- a) Forvaltningen bruker ressurser til å løse oppgaver som samsvarer med kommunestyrets vedtak og forutsetninger,
- b) Forvaltningens ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til målene som er satt på området,
- c) Regelverket etterleves,
- d) Forvaltningens styringsverktøy og virkemidler er hensiktsmessige,
- e) Beslutningsgrunnlaget fra administrasjonen til de politiske organer samsvarer med offentlige utredningskrav,
- f) Resultatene i tjenesteproduksjonen er i tråd med kommunestyrets forutsetninger og/eller om resultatene for virksomheten er nådd.

I følge § 7 i forskrift om revisjon skal forvaltningsrevisjon gjennomføres og rapporteres i henhold til god kommunal revisjonsskikk og etablerte og anerkjente standarder på området. Denne rapporten er utarbeidet med grunnlag i RSK 001 *Standard for forvaltningsrevisjon* fastsatt av Norges kommunerevisorforbunds styre 1. februar 2011, som er gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk.

1.3 Kvalitetssikring av enkeltvedtak

Enkeltvedtak er en sentral del av forvaltningens myndighetsbruk. Vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer skal følge saksbehandlingsreglene for enkeltvedtak slik de er angitt i forvaltningslovens kapittel IV-VI. Dette til forskjell fra vedtak som er rettet mot et ubestemt antall eller en ubestemt krets av personer. Dersom sakene ikke forberedes og behandles etter de reglene som der er angitt, kan vedtakene være ugyldige. Et enkeltvedtak skal alltid være gjenstand for en konkret og individuell vurdering.

Bestemmelsene om enkeltvedtak i forvaltningslovens kapittel IV-VI er utslag av fire hovedprinsipp:

- *Undersøkelsesprinsippet.* Før vedtak fattes skal saken være tilstrekkelig opplyst. Forvaltningsorganet har ansvar for å innhente alle opplysninger som har betydning for saken.
- *Prinsippet om rett til imøtegåelse.* Partene skal ha anledning til å gjøre seg kjent med saken, komme med sine anførsler og gis mulighet til å klage.
- *Framdriftsprinsippet.* Forvaltningen plikter å utrede saken og treffe vedtak så raskt som mulig.
- *Grunngiingsprinsippet.* Forvaltningen skal grunngi sine vedtak samtidig med at de treffes.

Forvaltningsloven inneholder viktige rettsikkerhetsgarantier for den enkelte i møtet med offentlig forvaltning. Disse blir i noen tilfeller supplert med tilleggsbestemmelser i særlover. Dette er tilfelle for helse- og omsorgslovgivningen. Tilleggene til forvaltningsloven er begrunnet med behovet for særlige regler som sikrer at pasientenes og brukernes interesser blir ivaretatt når det gjelder informasjon, medvirkning og rett til å klage.

Etter kommunelovens § 23 har rådmannen ansvaret for at lovverket følges, og at administrasjonen er gjenstand for betryggende kontroll. Dette betyr at kommunen må ha faste prosedyrer for hvordan enkeltvedtak skal saksbehandles, og det må være etablert en internkontroll som avdekker svikt i rutinene.

Helsedirektoratet utga i 2016 en veileder for saksbehandling av enkeltvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven. Veilederen gir uttrykk for sentrale myndigheters forståelse av god saksbehandling innen sektoren, og gir en praktisk innføring i de reglene som gjelder ved tildeling av tjenester.

1.4 Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene

Kvaliteten på tjenestene dreier seg om å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov. Kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunen selv eller fra brukere og pårørende.

Grunnleggende for alle helse- og omsorgstjenester er forsvarlighetskravet. Dette er en minstestandard for akseptabel kvalitet, og er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og etiske normer. Helsedirektoratet ¹ har pekt på at tjenester med god kvalitet i tillegg kjennetegnes ved at de:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukerne og gir de innflytelse
- er samordnet og preget av god kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) og forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) beskriver nærmere hvilken kvalitet som skal kunne forventes. Sammen med helsepersonelloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten danner de den rettslige rammen rundt de kvalitetskravene som kommunen er stilt over for.

Dersom tjenestene skal være forsvarlige må det arbeides systematisk med å avdekke situasjoner der det har oppstått eller kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser. Det er nødvendig å utarbeide systematiske skriftlige prosedyrer, rutiner og retningslinjer for å kvalitetssikre tjenestene. Virksomhetslederen har ansvaret for å få på plass hensiktsmessige internkontrollrutiner og påse at disse fungerer. Dersom det mangler en felles forståelse for hvordan oppgavene skal utføres, kan det bli utviklet en uheldig praksis hvor den enkelte ansatte avgjør hvordan ting skal gjøres. Det er ikke mulig å utforme standarder eller retningslinjer for all tjenesteyting. Derfor er det i tillegg nødvendig å bygge en felles etisk plattform for all skjønnsutøvelse.

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring for perioden 2019-2023. Det ble pekt på som en utfordring at informasjonen og dataene om uønskede hendelser og pasientskader er fragmentert og ligger hos ulike aktører. For kommunale helse- og omsorgstjenester er det lite data å bygge på. På samme måte som i de årlige

¹ Helse- og sosialdirektoratet (2005) *Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015.*

stortingsmeldingene om kvalitet og pasientsikkerhet ble det lagt vekt på betydningen av ledelse, kultur og systemer. Forskning har vist at god kvalitet og pasientsikkerhet utvikles best i arbeidskulturer der medarbeidere og ledere har et eierskap til kvalitetsforbedring og en faglig ambisjon om å utvikle seg til å bli bedre. Det ble understreket at ansvaret er plassert hos virksomhetslederen. «*Dette krever at ledere etterspør relevant informasjon om egne kvalitetsutfordringer, undersøker om tiltak gir ønsket effekt, og påser at styringssystemene fungerer i tråd med hensikten og bidrar til kvalitetsforbedring av tjenesten*» heter det i handlingsplanen.

Arbeidet med kvalitetsutvikling må bygge på kunnskap om hvor skoen trykker. Helsedirektoratet har ansvaret for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som har dette til formål. For 2018 er det publisert 23 ulike kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse forteller noe om den objektivt målbare kvaliteten, men sier ikke noe om erfaringer fra brukere og pårørende. Mange kommuner benytter bruker- og pårørendeundersøkelser som grunnlag for å skaffe seg slik tilleggsinformasjon.

Riksrevisjonen ² har i en nasjonal undersøkelse om kvalitet og tilgjengelighet i eldreomsorgen blant annet konkludert med at man mangler nødvendig kunnskap om kvaliteten, at det er store utfordringer med pasientsikkerheten, og at det gjennomføres få tilsyn og forskes lite kvalitetstemaet.

2 FORMÅL, PROBLEMSTILLINGER OG AVGRENSNING

2.1 Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke om Tolga kommune har en internkontroll og et kvalitetssystem som sikrer at brukere og pasienter får de helse- og omsorgstjenestene de har krav på. Dersom det avdekkes noen avvik kan rapporten brukes til læring og forbedring.

Kommunens plikt til å yte forsvarlige tjenester følger av helse- og omsorgstjenesteloven, mens innbyggernes korresponderende rett til tjenestene er regulert av pasient- og brukerrettighetsloven. Sistnevnte gir pasienter og brukere rettskrav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og sosialfaglig behovsvurdering. Begge lovene bygger på at det skal fattes enkeltvedtak om hvilke tjenester som skal ytes. Rettssikkerheten i saksbehandlingen er viktig. Den skal verne innbyggerne mot usaklig

² Dokument 3:5 (2018-2019) Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen.

forskjellsbehandling og vilkårlig bruk av offentlig myndighet. Idealene om upartiskhet, partsdeltakelse, innsyn og overprøvingsmuligheter skal sikres. I forvaltningsloven kommer disse idealene til uttrykk som krav om saksbehandling, begrunnede vedtak og klagemulighet.

Etter at enkeltvedtakene er fattet må kommunen fylle sin rolle som tjenesteyter. Tjenestene skal ytes i samsvar med enkeltvedtakene, og som minimum holde den kvaliteten som følger av de rettslige standardene for forsvarlige tjenester. Dette stiller krav til god internkontroll. Noen av de mest sentrale funksjonene til et internkontrollsystem er nettopp å sikre at vedtak blir fulgt opp, at tjenestene holder tilfredsstillende kvalitet, og at organisasjonen drar lærdom av uønskede hendelser. Kravene til skriftlige internkontrollrutiner er nedfelt i helse- og omsorgslovgivningen, og vi vil undersøke hvordan dette har blitt fulgt opp i Tolga kommune.

2.2 Problemstillinger

Med bakgrunn i formålet med forvaltningsrevisjonen er følgende problemstillinger utarbeidet:

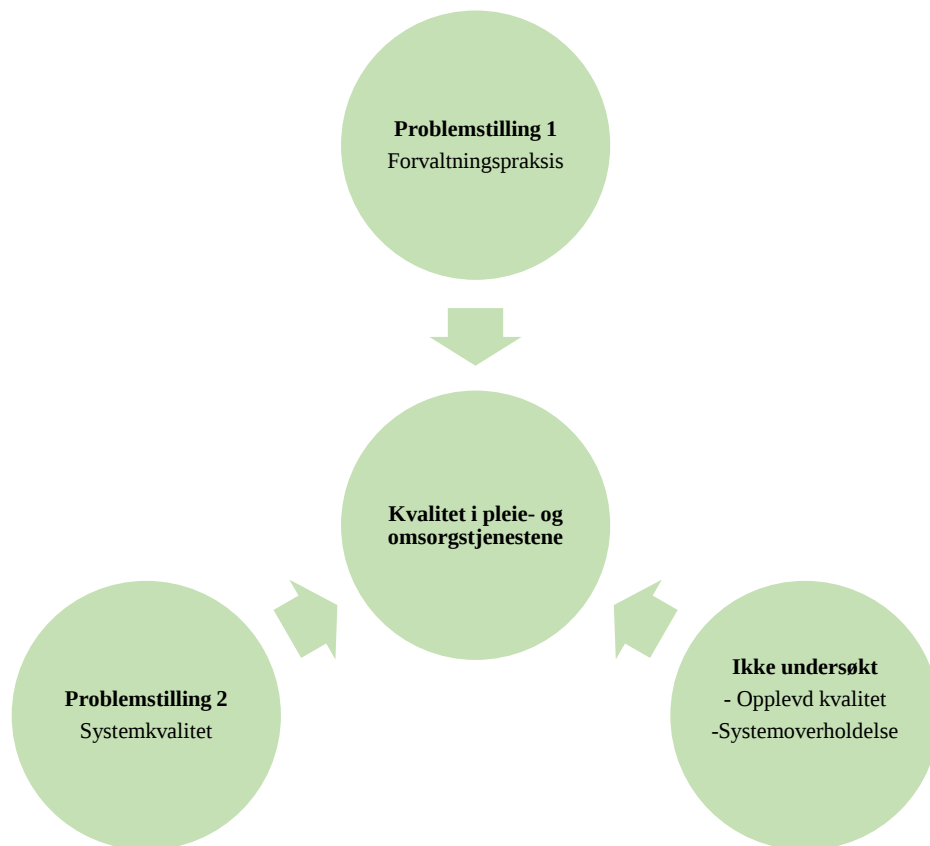
- 1. Har saksbehandlingen for enkeltvedtak skjedd i tråd med forvaltningsloven, særlover og kommunale kriterier for tildeling av tjenester?**
- 2. Har kommunen et internkontrollsystem som sikrer at det ytes tjenester i tråd med enkeltvedtak og kvalitetsstandarder?**

2.3 Avgrensning

Temaet for undersøkelsen er kvaliteten på kommunens helse- og omsorgstjenester. Kontrollutvalget har bedt om at fokuset rettes mot hjemmesykepleie og sykehjemstjenester. Kvalitet på kommunale tjenester er vanskelig å måle. Det skilles gjerne mellom *objektivt målbar kvalitet* og *opplevd kvalitet*. Prosjektet omhandler bare den objektivt målbare kvaliteten, og ikke de subjektive opplevelsene til brukerne. Det er viktig å være bevisst på at det ikke nødvendigvis er sammenheng mellom den opplevde kvaliteten og den målbare kvaliteten. Den objektive kvaliteten har også flere sider som kan måles på ulike måter. Prosjektet avgrenses ytterligere til det som kan betegnes som *prosesskvalitet*, og som handler om de rutiner og prosedyrer som er beskrevet og innarbeidet for å sikre tilfredsstillende kvalitet..

Omfanget av enkeltvedtak er stort. For å begrense ressursbruken knyttet til den første problemstillingen er det nødvendig å foreta et utvalg. Utvalget har videre blitt tidsavgrenset til vedtak som ble fattet i løpet av 2018.

Den andre problemstillingen vil vi avgrense til systemkontroll. I stedet for å sjekke hvordan enkeltvedtak har blitt fulgt opp, vil vi undersøke om internkontrollsystemene holder tilfredsstillende standard for å sikre at kravene i lov og forskrift blir fulgt. Det er ikke nødvendigvis samsvar mellom hva systemdokumentene forteller, og hva som er praksis for tjenesteytingen. Graden av systemoverholdelse har ikke blitt undersøkt.



3. METODE

Prosjektbeskrivelsen ble godkjent av kontrollutvalget før prosjektet ble igangsatt. Det ble sendt oppstartbrev til rådmannen der vi varslet om oppstart av prosjektet. Prosjektet ble gjennomført med dokumentinnsamling, samtaler, gruppeintervju og dokumentanalyse av enkeltvedtak.

Etter forespørsel til rådmannen har revisjonen fått oversendt en anonymisert liste over enkeltvedtak for pleie- og omsorgstjenester som ble fattet i løpet av 2018. Listen inneholdt 112 enkeltvedtak for 9 ulike tjenestetyper. Vi har plukket ut 25 for kontroll, og i tråd med kontrollutvalgets fokusområder har vi tatt for oss hjemmesykepleie og sykehjemstjenester. For at utvalget ikke skulle bli for spinkelt for å kunne si noe generelt om saksbehandlingen har vi også tatt med to andre tjenestetyper; omsorgsbolig og praktisk bistand. Funnene fra de kontrollerte saksmappene har vi holdt opp mot en sjekkliste som vi har utledet fra revisjonskriteriene.

I tillegg har vi innhentet dokument fra kommunens kvalitetssystem og gjennomført dokumentstudier av disse. Dette har blitt supplert med et gruppeintervju med rådmannen og de to berørte enhetslederne. Intervjuet ble gjennomført i form av semistrukturerte spørsmål. Referat ble sendt til intervjudeltakerne for verifisering.

Datafunnene har vi målt opp mot noen av de mest sentrale kravene til et internkontrollsystem for sektoren. En foreløpig rapport ble sendt til rådmannen for uttalelse.

4. KILDER FOR REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for de krav og forventninger som benyttes for å vurdere tilstanden på et revidert område. Revisjonskriteriene er uttrykk for en norm eller ideal for hvordan tilstanden bør være på det reviderte området, og danner også et naturlig utgangspunkt for revisjonens anbefalinger.

Gjennom kommunelovens § 23.2 har rådmannen et generelt krav på seg til å sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll. Som kilder til mer konkrete revisjonskriterier for dette prosjektet vil vi benytte bestemmelser fra:

1. Forvaltningsloven
2. Helse- og omsorgstjenesteloven.

3. Pasient- og brukerrettighetsloven.
4. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften).
5. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien).
6. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene.
7. Lokalt fastsatte kriterier i Tolga for tildeling av tjenester.

Forvaltningslovens bestemmelser om enkeltvedtak

Kommunen har plikt til å gi den veiledningen som er nødvendig for at partene skal kunne ivareta sine rettigheter på best mulig måte (§ 11). Saken skal forberedes og avgjøres uten ugrunnet opphold. Dersom det må forventes at det tar uforholdsmessig lang tid, skal det snarest mulig gis et foreløpig svar hvor det så vidt mulig skal angis når svar kan forventes (§ 11 a).

Saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Dette skal være gjort skriftlig (§ 17 og § 23). Et enkeltvedtak skal grunngis. Begrunnelsen skal gis samtidig med at vedtaket treffes, og vise til de reglene og de faktiske forhold som vedtaket bygger på. De hovedhensyn som har vært avgjørende for skjønnsutøvelsen bør nevnes (§ 24 og § 25).

Partene skal underrettes om vedtaket så snart som mulig. Det skal gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere fremgangsmåten ved klage. Det skal informeres om retten til partsinnsyn (§ 27).

Helse- og omsorgstjenesteloven

Det følger av lovens § 2-2 at forvaltningslovens regler gjelder for kommunens helse- og omsorgstjenester. Tildeling av tjenester skal dermed skje i form av enkeltvedtak. Det overordnede kravet til kvalitet på tjenestene er angitt som et krav om forsvarlighet (§ 4-1). For å yte forsvarlige tjenester er kommunen pålagt å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (§ 4-2), og å gi slik informasjon som pasienter, brukere og pårørende har krav på etter pasient- og brukerrettighetsloven (§ 4-3).

Pasient- og brukerrettighetsloven

Dette er en rettighetslov, som gir pasienter og brukere rettskrav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og sosialfaglig behovsvurdering (§ 2-1a). Retten til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester er presisert i § 2-1e. Tjenester som er ment å vare i mer enn to uker skal gis etter enkeltvedtak (§ 2-7).

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker, og det skal legges stor vekt på hva disse mener ved utformingen av

tjenestetilbudet (§ 3-1). Pasient og bruker skal motta den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter på best mulig måte (§ 3-2). Klager på vedtak etter loven skal behandles av Fylkesmannen.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften)

Forskriftens formål er å bidra til å sikre kvalitet på tjenesten med en helhetlig tilnærming til brukerens behov gjennom individuelle, fleksible og helhetlige løsninger. Forskriften stiller krav til kommunen om å utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som skal sikre at brukerne av pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov. I § 3 er dette eksemplifisert med prosedyrer som søker å sikre at

- brukere får de tjenester vedkommende har bruk for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes.
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenestene.
- brukere av tjenester medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov (§ 2). Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverdi og livsførsel, og sikre at medisinske behov blir ivaretatt (§ 3).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Den omhandler virksomhetens plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sin aktivitet slik at forskriftens formål blir ivaretatt. Dokumentasjon av at dette blir ivaretatt skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Lokalt fastsatte kriterier for tildeling av tjenester

Tolga kommune har et eget styringsdokument som omhandler kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester. For langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester har kriteriene blitt nedfelt gjennom en lokal forskrift vedtatt av kommunestyret. Denne trådte i kraft fra 1. juli 2017.

5. PROBLEMSTILLING 1

Har saksbehandlingen for enkeltvedtak skjedd i tråd med forvaltningsloven, særlover og kommunale kriterier for tildeling av tjenester?

5.1 Revisjonskriterier

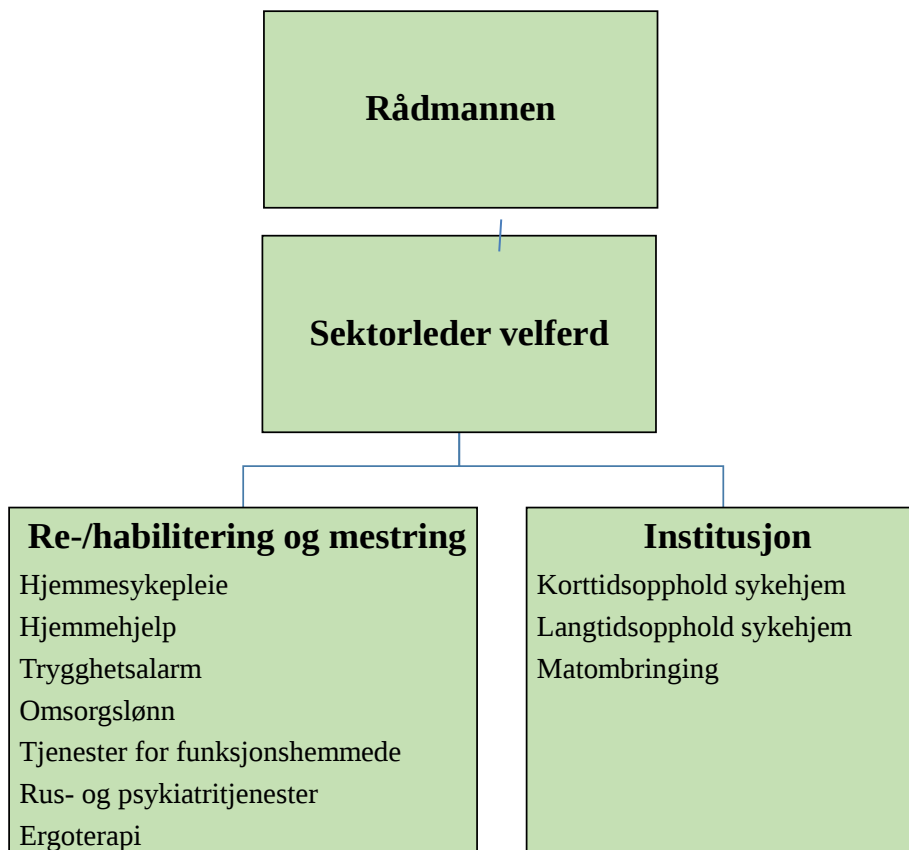
Med utgangspunkt i kildene som er angitt i kap. 4 har vi utledet følgende revisjonskriterier som et utplukk av enkeltvedtak har blitt målt opp mot:

1. Søknader skal forberedes og avgjøres uten ugrunnet opphold. Det skal det gis foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt. (*Fvl. § 11a*)
2. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker, og det skal legges stor vekt på hva disse mener ved utformingen av tjenestetilbudet (Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1).
3. Saken skal være så godt skriftlig opplyst som mulig. Vedtaket skal begrunnes og vise til de faktiske forhold som vedtaket bygger på. De hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøvingen av skjønn bør nevnes. (*Fvl. §§ 17, 23, 24 og 25*)
4. Tolga kommunes kriterier for tildeling av tjenester skal følges. (*Kommunelovens § 23 pkt 2*)
5. Et vedtak skal ha en hjemmel som viser til de reglene som vedtaket bygger på. (*Fvl § 25*)
6. Partene skal underrettes om vedtaket så snart som mulig. Det skal gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere fremgangsmåten ved klage. Det skal informeres om retten til partsinnsyn. (*Fvl § 27*)

5.2 Fakta om saksbehandlingen

Organisering

Tolga kommunes pleie- og omsorgstjenester er organisert i to enheter som sorterer under sektorlederen for velferd.



Myndighet

- *Rådmannen* har etter delegeringsreglementets pkt 34.2 myndighet til å fatte vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven.
- Rådmannen har gjennom administrativt vedtak videre delegert denne myndigheten til *sektorlederen for velferd*.
- Sektorleder for velferd har videre delegert sin myndighet til *tiltaksteamet*.

Saksbehandlingssystem

Tolga kommune benytter dataløsningen CosDoc for å understøtte søknadsprosesser, saksbehandling og journalføring. Systemet inneholder både elektronisk sakarkiv og pasientarkiv.

Tildeling av tjenester

Pleie- og omsorgstjenestene tildeles av tiltaksteamet i Tolga kommune. Tiltaksteamet består av de to enhetslederne for pleie- og omsorgstjenester og ergoterapeut, samt at sektorleder for velferd deltar i møtene etter behov. I styringsdokumentet for tildeling av tjenester er det nedfelt følgende målsetninger for teamets funksjon:

- Sikre søkere en rettferdig og lik vurdering av alle typer omsorgstjenester uansett hvor de bor i kommunen.

- Sikre den enkelte bruker de nødvendige omsorgstjenester etter Helse og omsorgstjenesteloven.
- Sikre at prinsippet om hjelp på lavest effektive omsorgsnivå legges til grunn.

Informasjon om tjenestene

Under Tolga kommunes hjemmeside er det gitt informasjon om den enkelte omsorgstjeneste, med opplysninger om hva tjenesten omfatter og hvilke behov som må være tilstede for å få tildelt tjeneste. For hjemmetjenestene er det også laget en informasjonsbrosjyre for potensielle brukere. Et felles søknadsskjema for alle pleie- og omsorgstjenestene er også lagt ut på hjemmesiden.

Rutinebeskrivelser for saksbehandlingen

Tiltaksteamet har en rutinebeskrivelse som sier at

Formålet med rutinen er å styrke tjenestemottakeres rettssikkerhet ved å legge til rette for god kvalitet i kommunens saksbehandling av pleie- og omsorgstjenester.

Beskrivelsen angir hva som skal gjøres ved mottak av søknader, i saksutredningsfasen, i vedtaksfasen og under eventuell klagebehandling.

IPLOS-registrering

IPLOS er et nasjonalt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov hos de som søker eller mottar helse- og omsorgstjenester. Kommunens plikter er regulert av en egen forskrift. Det skal gjøres en individuell vurdering av hver enkelt søker eller tjenestemottaker, hvor funksjonsnivået skal fastsettes med en score fra 1 til 5 for ulike variabler som til sammen skal gi uttrykk for bistandsbehovet. Oppdatert registrering skal alltid foreligge når det fattes nytt vedtak.

Omfanget av enkeltvedtak for pleie- og omsorgstjenester

Registeret revisjonen har fått oversendt er gruppert i 9 ulike tjenestetyper. For perioden fra 1. januar til 31. desember 2018 er det journalført 112 enkeltvedtak. 7 av søknadene ble avslått, og 1 søknad ble satt på venteliste. Alle avslag gjaldt omsorgsbolig. De resterende 104 søknadene ble innvilget med tjenester.

Revisjonens utvalg av enkeltvedtak

Vi har foretatt utplukk av 25 enkeltvedtak for kontroll blant 5 tjenestetyper. Vedtakene for disse tjenestetypene utgjør 83 % av samtlige enkeltvedtak.

	Antall enkeltvedtak	
	I alt	Kontrollerte
Hjemmesykepleie	23	5
Praktisk bistand	10	5
Korttidsopphold institusjon	39	5
Langtidsopphold institusjon	5	5
Omsorgsbolig	16	5
Sum	93	25

Tjenestebeskrivelser og kriterier for tildeling av de kontrollerte tjenestene

Tolga kommune har to styringsdokumenter som angir hvilke kriterier som skal være oppfylt for at tjenester skal tildeles:

- Dokumentet «*Kriterier for tildeling av tjenester innen pleie og omsorg/tjenestebeskrivelser*» (ikke datert). I kommunestyrets sak 53/05 den 28.09.2005 ble et dokument med tilsvarende tittel tatt til etterretning. Det er uklart om kommunestyret har behandlet gjeldende dokumentversjon.
- Lokal forskrift om «*tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i institusjon eller tilsvarende bolig særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester*» (FOR-2017-12-14-2217) fastsatt av Tolga kommunestyre 14.12.2017 i sak 72/17.

Vi gjengir her hva kommunen har fastsatt i sine styringsdokumenter.

Hjemmetjenester (hjemmesykepleie og praktisk bistand)

Forutsetninger:

- Egen søknad, eventuelt ved hjelpeverge eller pårørende.
- Omsorgstrengende må ha et særlig behov på grunn av:
 - sykdom
 - funksjonshemming
 - andre årsaker
- Tjenestemottaker må bo utenfor institusjon.
- Tjenestemottaker må bo eller oppholde seg i kommunen.

Kriterier:

- Behov for hjelp til personlig hygiene, mat, medisiner, sårstell, omsorg og tilsyn.
- Behov for hjelp til dagliglivets gjøremål, rengjøring, klesvask etc.
- Behov for trening og bistand i forhold til det å bo selvstendig, tilvenning til bosituasjon, trening i dagliglivets funksjoner, sosial trening/nettverksbygging, personlig økonomi og lignende.

Ved tildeling må forutsetningene være til stede, og minst ett av kriteriene være oppfylt.

Korttidsopphold institusjon

Korttidsopphold kan deles inn i 3 ulike typer opphold:

- Rehabilitering
- Utredning og behandling
- Avlastning

Forutsetninger:

- Søker må selv ønske innleggelse.
- Egen søknad, eventuelt ved hjelpeverge eller pårørende må foreligge.
- Søknad fra spesialisthelsetjenesten om opphold.
- Søker må ha et klart mål for oppholdet.
- Søker må bo eller oppholde seg i kommunen.

Vurderingskriterier:

Rehabilitering	Utredning og behandling	Avlastning
Søker må være motivert for egeninnsats	Kartlegging av fysisk og psykisk funksjonsevne	At omsorgsarbeidet er fysisk og/eller psykisk krevende
Søker må ha forståelse for egen situasjon	Behov for å komme til krefter etter langvarig/alvorlig sykdom	At omsorgsarbeidet innebærer nattarbeid eller avbrudd i nattesøvn
Søker må kunne samarbeide og ta instruks i en trenings-situasjon	Behov for hjelp og veiledning til ernæring og kartlegging av ernærings-status	Om omsorgsarbeidet skjer i perioder eller hele tiden
Søker må være i stand til å nyttiggjøre seg et rehabiliteringsopphold	Pleie og omsorg ved livets slutt	At omsorgsarbeidet har vart over tid
Søker må delta aktivt i opptrening når rehabiliteringsoppholdet starter	Behov for sosialt samvær og psykisk støtte som ikke kan ivaretas utenfor institusjon	At omsorgsarbeidet fører til sosial isolasjon og mangel på ferie og fritid
Søker må være medisinsk utredet, og ha medisinsk stabil helsetilstand	Behov for trening og hjelp til å mestre dagliglivets utfordringer	Om omsorgsarbeidet omfatter flere personer, for eksempel foreldre
Søker skal være tverrfaglig utredet	Utredning og avklaring av tjenestebehov etter sykehusopphold	

Langtidsopphold i institusjon

Den lokale forskriften om «tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i institusjon eller tilsvarende bolig særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester» (FOR-2017-12-14-2217) får anvendelse foran andre

styringsdokumenter når det søkes om langtidsopphold. I forskriftens § 6 er det angitt hvilke momenter som skal inngå i vurderingen av tildeling av plass og mulighet til å stå på vurderingsliste:

- a) *hvilke typer helse- og omsorgstjenester det er behov for, og hvor omfattende og varig behovet for helse- og omsorgstjenester er,*
- b) *om det er nødvendig med tjenester, tilsyn eller tilstedeværelse gjennom hele døgnet eller med korte mellomrom,*
- c) *om pasienten eller brukeren har kognitiv svikt, og hvor alvorlig den kognitive svikten er,*
- d) *pasientens eller brukerens evne til selv å tilkalle hjelp ved behov,*
- e) *om alternativer til bo- og tjenestetilbud i sykehjem eller tilsvarende bolig er prøvd ut eller vurdert og ikke funnet hensiktsmessig eller forsvarlig, herunder korttidsopphold i sykehjem, opphold i omsorgsinstitusjon, (hverdags)rehabiliteringstiltak, helse- og omsorgstjenester i hjemmet, dagtilbud, forebyggende tjenester, tilrettelegging av hjemmet eller omgivelsene, hjelpemidler, tekniske løsninger og velferdsteknologi, frivillig bistand fra nærstående og avlastning,*
- f) *om pasienten eller brukeren uten endring av bosituasjonen risikerer å komme til skade eller å få sin helsetilstand eller funksjonsevne forverret, eventuelt om flytting kan virke skadeforebyggende eller bidra til at vedkommende får mulighet for å forbedre sin helsetilstand eller funksjonsevne,*
- g) *hensynet til andre personer, herunder om pasienten eller brukeren er til fare for andre, og*
- h) *om geografiske forhold gjør det uhensiktsmessig å gi tjenester der pasienten eller brukeren bor.*

I forskriftens § 7 er det nedfelt hvordan brukermedvirkning skal gjennomføres, og i § 8 er det angitt hvilke forhold som skal være utredet under saksbehandlingen.

Omsorgsbolig:

I den lokale forskriften om tildeling av langtidsopphold eller særskilt tilrettelagt bolig fremgår det av § 4 at den har anvendelse for Tolga kommunes 20 boliger der det vanligvis gis et individuelt tilpasset tjenestetilbud. De vurderingsmoment og saksbehandlingsregler som er angitt for langtidsopphold for sykehjem gjelder dermed også for disse omsorgsboligene.

Resultat fra revisjonens stikkontroller

Saksnr	Kontrollpunkt					
	1.	2.	3.	4.	5.	6.
	Behandlingstid	Bruker- medvirkning	Opplyst sak og begrunnet vedtak	Vurdering etter kriteriene	Hjemmel	Underretning om vedtaket
Hjemmesykepleie						
19	OK	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	Merknad
42	OK	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	Merknad
71	OK	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	Merknad
99	OK	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	Merknad
107	OK	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	Merknad
Praktisk bistand						
3	Merknad	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	OK
65	OK	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	OK
75	OK	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	OK
86	Merknad	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	OK
101	OK	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	OK
Korttidsopphold						
12	Merknad	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	OK
36	OK	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	OK
52	OK	Merknad	Avvik	Merknad	Avvik	OK
73	OK	Merknad	Avvik	Merknad	Avvik	OK
92	OK	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	OK
Langtidsopphold						
5	OK	Merknad	Merknad	Avvik	Avvik	OK
7	OK	Merknad	Merknad	Avvik	Avvik	OK
60	OK	Merknad	Merknad	Avvik	Avvik	OK
61	OK	Merknad	Merknad	Avvik	Avvik	OK
91	OK	Merknad	Merknad	Avvik	Avvik	OK
Omsorgsbolig						
13	OK	Merknad	Merknad	Avvik	Avvik	OK
22	OK	Merknad	Merknad	Avvik	Avvik	OK
34	OK	Merknad	Merknad	Avvik	Avvik	OK
80	OK	Merknad	Merknad	Avvik	Avvik	OK
106	OK	Merknad	Merknad	Avvik	Avvik	OK

Avvik

Skriftlig opplyst faktagrunnlag og redegjørelse om hovedhensyn for skjønn:

Sak 52 og 73 (korttidsopphold) inneholder ingen faktaopplysninger om søkerens behov.

Vurdering etter kriterier:

Søknader om langtidsopphold ved sykehjemmet og omsorgsbolig skal avgjøres etter de kriterier som er fastsatt i § 6 i lokal forskrift vedtatt av kommunestyret. I § 8 er det angitt hvilke forhold som skal være utredet under saksbehandlingen.

Ingen av de kontrollerte sakene inneholder skriftlig dokumentasjon på at disse bestemmelsene har blitt fulgt.

Opplysning om hjemmel for vedtaket:

Hjemmesykepleie:

- Vedtakene i sakene 19, 42, 71 og 107 henviser ikke til pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1 a, andre ledd. Det er ikke tilstrekkelig å henvise til kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr 6 bokstav a slik det er gjort. Det skal også henvises til søkerens rett til tjenester.
- Vedtaket i sak 99 har ingen hjemmelshenvisning.

Praktisk bistand:

Det er feilaktig henvist til Lov om sosiale tjenester §§ 4-2 a og 4-3. Kommunens ansvar for å yte nødvendig praktisk bistand er hjemlet i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr 6 bokstav b. Det skal i tillegg henvises til søkerens rett til nødvendig hjelp etter pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1 bokstav a.

Korttidsopphold:

I tillegg til den oppgitte hjemmelen etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr 6 bokstav c skal det også henvises til søkerens rett til nødvendig hjelp etter pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1 bokstav a.

Langtidsopphold:

I tillegg til den oppgitte hjemmelen etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr 6 bokstav c skal det også henvises til søkerens rett til nødvendig hjelp etter pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1 bokstav e og lokal forskrift for Tolga kommune (FOR-2017-12-14-2217).

Omsorgsbolig:

- Sak 13. Det er ingen hjemmelshenvisning for vedtaket. Søknaden ble avslått, men vedkommende ble satt på venteliste. Retten til å bli satt opp på vurderingsliste er hjemlet i pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1 bokstav e, andre ledd og lokal forskrift (FOR-2017-12-14-2217).
- Sak 22. Det er feilaktig henvist til Lov om sosiale tjenester § 4-3. Søknaden ble avslått, men vedkommende ble satt på venteliste. Tilsvarende hjemmel som for sak 13 skulle ha vært angitt.
- Sak 34, 80 og 106. Det er angitt hjemmel etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2, første ledd pkt 6, bokstav c. I tillegg skulle det vært henvist til pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1 e og lokal forskrift i Tolga (FOR-2017-12-14-2217).

Merknader

Behandlingstid:

- I sak 3 (praktisk bistand) foreligger det ikke skriftlig søknad, men en telefonhenvendelse om økt behov for tjenester. Manglende nedtegnning av datoen for denne henvendelsen gjør det ikke mulig å kontrollere om saksbehandlingstiden er overholdt.
- I sak 86 (praktisk bistand) er det opplyst at det har blitt søkt om utvidet hjelp. På grunn av manglende dokumentasjon av søknaden er det ikke mulig å kontrollere om saksbehandlingstiden er overholdt.
- I sak 12 (korttidsopphold) er ikke søknaden nevnt i dokumentlisten, og det er heller ikke opplyst om datoen for denne. Dermed er det ikke mulig å kontrollere om saksbehandlingstiden er overholdt.

Dokumentasjon av brukermedvirkning:

- Ingen av sakene presiserer når og hvordan brukermedvirkning har foregått.
- I saksbehandlingsmalen for korttids- og langtidsopphold er det en standardrubrikk som heter «*bruker uttaler:*». Denne har ikke blitt utfyllt.

Skriftlig opplyst faktagrunnlag og redegjørelse om hovedhensyn for skjønn:

- Ingen av sakene (med unntak for sak 61 og 91) har gjengivelse eller referanse til andre dokument som viser resultatene fra IPLUS-kartlegging.
- Ingen av sakene inneholder en tydelig presisering av hvilket faktagrunnlag vedtaket baserte seg på.
- For tildeling av omsorgsboliger er det ikke foretatt en individuell vurdering av behov for fysisk tilrettelagt bolig som tilfredsstiller kravene for å få kompensert momsutgifter knyttet til boligene.

Vurdering etter kriterier:

Sakene inneholder ingen skriftlige henvisninger eller referanser til kommunens styringsdokument om hvilke kriterier som må være oppfylt for å få tildelt tjenester.

Underretning om vedtaket:

I vedtakene om hjemmesykepleie er det angitt hvilke tjenester hjelpen omfatter, hvor ofte den enkelte tjenesten skal bli gitt, og hvor stort tidsforbruk som er estimert pr tjeneste pr besøk. I meldingen om vedtak er det bare gjengitt hva hjelpen skal omfatte.

5.3 Revisjonens vurdering

Etter vår vurdering legger kommunens saksbehandlingssystem, de nedfelte saksbehandlingsrutinene og kriterier for tjenestetildeling til rette for at innbyggerne skal få en korrekt behandling når de søker om pleie- og omsorgstjenester. Tildelingen skjer som enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette krever at saksbehandlerne også har forvaltningskompetanse i tillegg til den helsefaglige. Saksbehandlerne for pleie- og omsorgstjenester i Tolga har primært helsefaglig kompetanse. Dette vurderer revisjonen som en kritisk faktor i forhold til kravene om en korrekt saksbehandling, og det stiller store krav til internkontrollen.

Vi har undersøkt 25 enkeltvedtak for å se om praksis er i overensstemmelse med regelverket og de nedfelte rutinene for Tolga kommune. Under gjennomgangen av sakene har vi valgt å skille mellom hva som må betraktes som direkte avvik i forhold til regelverket, og merknader som må anses som forbedringspunkter for å heve kvaliteten på saksbehandlingen.

Avvik i forhold til regelverket

I begrunnelsen for et enkeltvedtak skal det beskrives hvilke faktiske forhold vedtaket bygger på. I to av enkeltvedtakene vi har gjennomgått er faktaopplysningene så spinkle at vi vurderer manglene som avvik i forhold til bestemmelsene i forvaltningsloven. Vi har også anførsler for de øvrige vedtakene på dette kontrollpunktet, noe vi kommer tilbake til i avsnittet for merknader.

Vi har sjekket om det er dokumentert at behovene har blitt vurdert opp mot kommunens kriterier for tildeling av tjenester. For langtidsopphold på sykehjem og tildeling av omsorgsboliger er kriteriene fastsatt i form av en lokal forskrift. Den trådte i kraft 1. juli 2017. I forskriften er det listet opp hvilke momenter behovene skal vurderes opp mot, og hva saksutredningen skal inneholde.

Når det er fastsatt i forskrifts form hvilke kriterier som er bestemmende for om innbyggerne skal få en tjeneste eller ikke, må det dokumenteres gjennom saksfremlegget at utredningsplikten har blitt ivaretatt. Ingen av de 10 aktuelle vedtakene om langtidsplass og omsorgsbolig som vi har sjekket inneholder henvisninger til disse kriteriene eller en tilfredsstillende dokumentasjon av at saksbehandlingsreglene har blitt fulgt.

For ethvert enkeltvedtak skal det foretas en fullstendig og korrekt hjemmelshenvisning. Dette følger av 1. ledd i forvaltningslovens § 25. For lovpålagte helse- og omsorgstjenester skal det henvises både til

rettighetsbestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven og kommunens plikt etter helse- og omsorgstjenesteloven. For langtidsopphold i sykehjem og omsorgsboliger også til den lokale forskriften om tildelingsregler.

For alle de 25 enkeltvedtakene vi har kontrollert har vi funnet feil eller mangler ved hjemmelshenvisningene. Ingen av vedtakene henviser til innbyggernes *rett* til å få nødvendige tjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven. Det er ikke tilstrekkelig å henviser til kommunens plikt, det skal også vises til søkerens lovfestede rettigheter. Vi finner det kritikkverdig at dette ikke er gjort. Det samme gjelder den manglende henvisningen til den lokale forskriften for tildeling av langtidsplass og omsorgsbolig, og at det for praktisk bistand er henvist til utdaterte bestemmelser i sosialtjenesteloven. Det viser etter revisjonens vurdering at kommunen ikke har sørget for å oppdatere vedtaksmalene etter hvert som det juridiske rammeverket har endret seg.

Merknader - forbedringspunkter

Kravet om at saksbehandlingen skal skje uten ugrunnet opphold synes å være godt ivaretatt i Tolga. Vi har merket oss at det i all hovedsak har gått kort tid fra søknaden er datert til vedtaket foreligger. For å kunne overprøve om den lovfestede rammen på 4 uker blir overholdt, er det nødvendig at søknadstidspunktet blir dokumentert. For 3 av sakene har vi funnet mangler i så henseende.

Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved utformingen av helse- og omsorgstjenester. Bestemmelsen må betraktes som en svært sentral rettighetsbestemmelse for kommunens innbyggere, og etter revisjonens vurdering bør det derfor nedtegnes i alle enkeltvedtak hvordan dette har foregått. I tillegg til de behov og ønsker som kommer til uttrykk i søknaden, skjer medvirkningen i de fleste sakene gjennom samtalene som leder frem til en helsefaglig tilstandsvurdering.

I saksopplysningene for enkeltvedtakene er det i de fleste tilfellene gjort godt rede for søkerens helsetilstand og omsorgsbehov. Formuleringene tyder stort sett på at det har blitt gjennomført samtaler med søkeren eller pårørende. Men vi sakner en presis nedtegnning av *hvordan* og *når* denne brukermedvirkningen fant sted. Vi har også sett at det obligatoriske feltet i saksbehandlingsmalen som skal gjengi uttalelser fra bruker ikke har blitt benyttet. Søkerens samtykkekompetanse og eventuell kontakt med pårørenderepresentant betrakter vi også som en så sentral del av faktagrunnlaget at det bør nedtegnes. Selv om underliggende dokument i pasientjournalene kan dokumentere samtaler, medvirkning og

samtykkekompetanse, bør disse etter revisjonens vurdering oppsummeres og presiseres i hoveddokumentet. Eksempelvis:

«Brukermedvirkning ble ivaretatt gjennom samtale under hjemmebesøk utført av NN den xx.xx.xx (hvor også pårørende NN var til stede). Samtykkekompetanse etter Pbrl § 4-3 ble vurdert, jfr vedlegg av xx.xx.xx. I samtalen ble det gitt uttrykk for følgende behov og ønsker:.....»

I følge saksbehandlingsreglene for enkeltvedtak skal saken være så godt skriftlig opplyst som mulig. Vedtaket skal begrunnes og vise til de faktiske forholdene det bygger på. Også de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøvingen av skjønn bør nevnes. Faktagrunnlaget for tildeling av pleie- og omsorgstjenester vil i all hovedsak bestå av en søknad, en redegjørelse for helsetilstand og eksisterende tjenester, en IPLOS-kartlegging av funksjonsnivå i forbindelse med hjemmebesøk, samt uttrykte behov og ønsker fra søker eller pårørende. I noen tilfeller også uttalelse fra fastlege. Slike fakta skal danne grunnlag for en helsefaglig vurdering av behovet opp mot de kriteriene for tildeling av tjenester som er fastsatt. Faktaopplysningene skal være fullstendig dokumentert i saksmappene gjennom egne dokumenter eller elektroniske journalopplysninger.

Så vidt revisjonen har bragt på det rene er de relevante opplysningene sporbare, men koblingen mellom hoveddokumentene og underliggende dokument i saksmappene kunne med fordel vært synliggjort bedre. Eksempelvis gjennom fullstendige opplistinger av andre saksdokument, og ved å utnytte systemets mulighet til å gjengi IPLOS-kartleggingen i hoveddokumentet. Etter vår vurdering følger det av forvaltningslovens § 25 andre ledd at faktagrunnlaget skal presiseres sammen med selve vedtaket. Dette kan løses med henvisninger til underliggende dokumenter. Eksempelvis:

Vedtaket bygger på de opplysninger om behov for tjenester som fremkommer i søknad av xx.xx.xx undertegnet av NN, og rapport fra hjemmebesøk og IPLOS-kartlegging av xx.xx.xx utført av NN.

Etter forvaltningslovens § 25, tredje ledd bør det nevnes i vedtaket hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende for forvaltningens skjønn. Det følger av forarbeidet at selv om det står «bør» i loven, så skal en slik redegjørelse som regel gis. Hensikten med begrunnelsesplikten er for det første å sikre at det ikke skjer en usaklig forskjellsbehandling eller at saksbehandlingen er vilkårlig. Derneft at det skal være mulig å vurdere lovligheten av et vedtak dersom det kommer til klagebehandling.

Vedtakene som vi har kontrollert er gjennomgående lite spesifikt begrunnet. Eksempelvis; «Søker vurderes å ha behov for hjemmesykepleie». Etter vår vurdering ville det hevet kvaliteten på saksbehandlingen dersom det var mer presist angitt

hvilke hovedhensyn denne vurderingen var basert på. For tildeling av omsorgsbolig må det også tas hensyn til de kravene som skatteetaten stiller til vedtaket for at kommunen skal få kompensert momsutgifter for boligene. Det må gis en særskilt begrunnelse for at beboerne har behov for en fysisk tilrettelagt bolig, og det må være en direkte sammenheng mellom den fysiske tilretteleggingen og beboerens behov. Etter revisjonens vurdering er ikke dette tilstrekkelig ivare tatt i de sakene vi har sett på.

Felles for alle sakene vi har undersøkt er en mangelfull henvisning til kommunens kriterier for tildeling av pleie- og omsorgstjenester. Myndigheten til å fatte forvaltningsvedtak om tildeling er delegert langt nedover i organisasjonen. Likevel har folkevalgte det overordnede ansvaret for at innbyggerne får de tjenestene de har krav på, at det ikke skjer noen usaklig forskjellsbehandling, og at innbyggernes rettigheter etter loven blir ivare tatt. Det er også av stor politisk interesse at kommunen ikke er for raus eller for knipen med tjenestene. For at dette skal fungere etter intensjonene må behovene måles opp mot de fastsatte kriteriene når det skal fattes enkeltvedtak.

Etter revisjonens vurdering er det ikke dokumentert at kriteriene for tildeling av tjenester har blitt brukt aktivt. Dette kan skyldes at kriteriene har kommet så godt under huden på saksbehandlerne at de brukes selv om de ikke nevnes. Men det kan også skyldes at kriteriene er så romslige, omfattende og omtrentlige at det sjelden kommer søknader som uten tvil må lede til avslag. Dette kunne vært strammet inn ved for eksempel å knytte kriteriene opp mot score ved IPLOS-kartleggingen. Slik det fremstår av den skriftlige dokumentasjonen har kriteriene blitt neglisjert. Styringsdokumentet blir dermed verdiløst, noe revisjonen finner kritikkverdig. Det fremstår også som uklart for revisjonen om det har blitt foretatt revidering av kriteriedokumentet etter at det ble behandlet av kommunestyret i 2005.

Underretninger om vedtaket skal sendes uten ugrunnet opphold, og i tillegg til vedtaket inneholde informasjon om klageadgang, klageorgan og innsynsrett. Vårt hovedinntrykk er at Tolga har gode rutiner på dette. Vi finner det imidlertid betenkelig at det i underretningen om vedtak om hjemmesykepleie ikke blir informert om vedtakets bestemmelser om hvor ofte tjenestene skal gis og hva som er estimert i vedtaket om tidsbruken pr tjeneste pr besøk. Etter vår vurdering er dette en så sentral del av vedtaket at det ikke skal være nødvendig for brukeren å kreve dokumentinnsyn for å få tilgang til opplysningene. Underretningen bør være så detaljert at det blir klart for brukeren og pårørende hva som konkret har krav på av innvilgede tjenester.

5.4 Revisjonens konklusjon

Hovedinntrykket vårt etter gjennomgang av 25 enkeltvedtak for 5 ulike tjenester er at søknader om tjenester saksbehandles raskt og effektivt, men at saksbehandlingsreglene ikke har blitt godt nok ivaretatt.

Alle vedtakene vi har kontrollert inneholder feil eller ufullstendigheter ved hjemmelshenvisningene. Innbyggernes rett til å få tildelt tjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven har ikke blitt angitt som hjemmelsgrunnlag, og det er heller ikke henvist til den lokale forskriften til Tolga kommune om rett til tildeling av sykehjemsplass og omsorgsbolig. Slik vedtakene fremstår har ikke behovene blitt vurdert opp mot innbyggernes rettighetsbestemmelser eller kriterier fastsatt i form av en forskrift. Dette mener vi er kritikkverdige avvik fra regelverket.

I tillegg mener vi at kvaliteten på saksbehandlingen kunne vært hevet ved å presisere eller dokumentere faktagrunnlaget bedre, og ved å angi mer presist hvilke hovedhensyn som har ligget til grunn for skjønnsutøvelsen. For tjenester som ikke er omfattet av den lokale forskriften skal behovene vurderes opp mot kriterier som kommunestyret har fastsatt i et eget styringsdokument. Vi finner det ikke dokumentert at dette har blitt gjort. Vi mener også at søkerens rett til å medvirke til utforming av tjenestene er en så sentral bestemmelse at det skulle vært presisert tydeligere når og hvordan dette har blitt ivaretatt. Underretningen om vedtak for hjemmesykepleie inneholder ikke informasjon om hvilken frekvens og tidsbruk som er vedtatt for tjenesteytingen. Vi mener at brukeren må få full informasjon om det tjenesteomfanget vedkommende har fått rettskrav på.

Selv om vi har pekt på flere mangler ved saksbehandlingen, er det grunn til å presisere at noen hensyn synes å være godt ivaretatt. Søknadene har blitt behandlet godt innenfor tidsrammen i forvaltningsloven, og meldingene om vedtak gir utfyllende informasjon om klageadgang, innsynsrett og hvilken hjelp som kan ytes i forbindelse med klage. I tillegg har kommunen etter revisjonens mening etablert et hensiktsmessig rammeverk for behandlingen av søknader, og det elektroniske saksbehandlingssystemet har god funksjonalitet.

Tolga kommune har en organisering hvor saksbehandlerne primært har helsefaglig kompetanse. En så sterkt desentralisert forvaltningsmyndighet er etter vår oppfatning en kritisk faktor for kvaliteten på saksbehandlingen, og stiller store krav til internkontrollen. Det har ligget utenfor problemstillingen å undersøke om kommunen har en hensiktsmessig organisering av forvaltningsmyndigheten for tildeling av tjenester. Men vi finner det naturlig at dette spørsmålet reiser seg når rapporten skal følges opp.

6. PROBLEMSTILLING 2

Har kommunen et internkontrollsystem som sikrer at det ytes tjenester i tråd med enkeltvedtak og kvalitetsstandarder?

6.1 Revisjonskriterier

Fra kildene som er gjennomgått i kapittel 4 har vi utledet følgende revisjonskriterier for denne problemstillingen:

1. Kommunen skal ha skriftlig nedfelte prosedyrer som sikrer at mottakerne av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt sine grunnleggende behov.
(Kvalitetsforskriftens § 3)
2. Kommunen skal ha rutiner som sikrer brukermedvirkning ved utformingen av tjenestene.
(Pasient- og brukerrettighetslovens kap. 3, Kvalitetsforskriftens § 3, Verdighetsgarantiens § 3)
3. Kommunen skal ha et kontrollsystem som sikrer at tjenester gis i tråd med enkeltvedtak.
(Kommunelovens § 23 pkt 2, Kvalitetsforskriftens § 3, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7)
4. Kommunen skal ha system og rutiner for at avvik og uønskede hendelser blir meldt inn og lukket.
(Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 7-9)
5. Kommunen skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for avvik i forhold til lov, forskrift og kvalitetsstandarder.
(Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6)
6. Erfaring fra brukere og pårørende skal brukes til å evaluere, planlegge og forbedre tjenestene.
(Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 7 og 8)
7. Kommunen skal arbeide systematisk med planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering slik at kvalitetskravene i helse- og omsorgslovgivningen blir ivaretatt.
(Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 5-9)

6.2 Fakta

Prosedyrebeskrivelser

Kommunen benytter kvalitetssystemet *Compilo*, hvor de detaljerte prosedyrene for utføring av pleie- og omsorgstjenester er samlet. Kommunen har strukturert rutinebeskrivelsene sektorvis. Innen velferdssektoren er rutinene knyttet til institusjon og rehabilitering/mestring samlet hver for seg. Rutinene består både av innlastede dokument og skrevne dokumenter.

Det ligger også rutinebeskrivelser i pasientjournalssystemet CosDoc knyttet til pasientbehandling. Disse standard sykepleierrutinene (VAR) er importert derfra til Compilo. Rutinebeskrivelsene er dermed samlet i ett elektronisk system. VAR-rutinene kan kopieres videre fra Compilo over til den enkelte pasient eller bruker sin pasientjournal i CosDoc.

Systemet gir automatisk melding om revisjon av rutinene én gang i året. Meldingen går til den som er oppført som eier av rutinen. Dette ligger på roller, hvor personer deretter blir knyttet opp mot rollen. Man får ikke lagret og distribuert en prosedyre dersom man ikke definerer en revisjonsansvarlig. Denne systemstrukturen gir sikkerhet for at ansvaret for en rutine er klart plassert. Revisjon kan skje som hurtigrevisjon, - hvor man viderefører eksisterende rutine, - eller som endring.

Både Compilo og CosDoc er anerkjente og godt utviklede systemer for å ivareta kvalitetskravene som tjenesten er underlagt, og vurderes av enhetslederne som godt fungerende verktøy. Compilo skal dekke strategi, risikovurdering, dokumentasjon, avvik og tiltak og rapportering i forhold til HMS. Høsten 2018 så kommunen et behov for å systematisere kvalitetssystemet bedre, og det ble avsatt en ½ stilling som skulle arbeide målrettet med dette et års tid. Utfordringene med å få høynet kvaliteten var imidlertid større på andre sektorer enn innen velferd.

Alle ansatte innen pleie og omsorg har tilgang til Compilo. Betydningen av aktivt bruk av systemet blir tatt opp i rapporter og møter. Tilgangen til VAR-prosedyrene og muligheten for å knytt disse opp mot den enkeltes pasientjournal har vært mye omsnakket. Systemet gir tematiske eller enhetsvise oversikter over hvilke prosedyrebeskrivelser og andre kvalitetsdokumenter som eksisterer. Når prosedyrer legges inn eller endres kommer de på leseliste for de ansatte. Den ansatte har ansvaret for å kvittere for at prosedyren er lest og forstått, og lederne kan løpende følge med på om dette blir gjort. Som tidligere sektorleder har rådmannen bekreftet at dette kontrollpunktet har blitt brukt aktivt.

Enhetslederne har erfart at graden av aktivt bruk av prosedyrene i stor grad avhenger av kompetansen til den enkelte. De har registrert at yngre sykepleierne er veldig flinke til å sjekke hva beskrivelsene sier. Ledelsen har tatt opp temaet om viktigheten av aktiv bruk i mange runder. Også gjennom ½-stillingen i kommunen for utvikling av internkontrollsystemet har dette blitt løftet opp som et generelt tema.

Rutiner som sikrer brukervedvirkning

Søkerens behov og ønsker skal fylles ut på kommunens felles søknadsskjema for pleie- og omsorgstjenester. Søknadsskjemaet skal være lagt ut på kommunens hjemmeside, men det var ikke mulig å få det frem da revisor ville kontrollere skjemaets funksjonalitet.

Ved søknader om pleie- og omsorgstjenester fra hjemmeboende blir det gjennomført et vurderingsbesøk med samtale med søker og eventuelt pårørende. Dette blir gjort selv om søkeren har hatt tjenester fra før. Kartlegging av funksjonsnivået (IPLOS-kartlegging) blir gjort samtidig med samtalen. For hjemmetjenester er det som oftest enhetslederen som gjennomfører hjemmebesøket. For søknader om sykehjemsplass avhenger det av tilstanden til søkeren, og både kreftsykepleier og demensteamet har blitt benyttet. Søknaden og kartleggingen blir tatt med til møte i tiltaksteamet, hvor det fattes vedtak.

Det er skrevet en egen rutinebeskrivelse for kartlegging av samtykkekompetanse. I demenstilfeller blir fastlegen involvert. Kommunen hadde tilsyn i 2016 om samtykkekompetanse og bruk av tvang, og under oppfølgingen av tilsynet fikk alle ansatte opplæring om temaet.

Det er ikke blitt opprettet noe særskilt bruker- eller pårørenderåd hverken for sykehjemstjenester eller hjemmetjenester. I omsorgsboligene blir det avholdt allmannamøter, - rundt 2 ganger i året, - hvor de kan ta opp ulike tema, for eksempel knyttet til fritidsaktiviteter og rutiner for måltider.

Både sykehjemmet og hjemmetjenestene har etablert ordning med primærkontakt. Dette betyr at pasient, bruker og pårørende har en ansatt å forholde seg til når behov og ønsker skal formidles. Dokumentasjon av samtalene blir skrevet ned og scannet inn i journalsystemet. Ved innflytting på sykehjemmet blir det gjennomført en inntakssamtale.

Prosedyrebeskrivelser for utarbeiding av individuell plan er på plass. Ved søknad om å få tildelt en koordinator har kommunen en egen koordinerende enhet som fatter vedtak. Denne har bestått av ergoterapeut (leder og systemkoordinator),

sektorleder velferd, 3 deltakere fra oppvekstsektoren og leder for NAV. Dersom det blir tildelt en koordinator utarbeider denne individuell plan sammen med systemkoordinatoren og brukeren. Arbeidet gjennomføres etter prinsippet om at det skal være så nært og brukerstyrt som mulig. Ifølge kommunens årsmelding for 2018 hadde 15 brukere individuelle planer.

Etter de to enhetsledernes vurdering gis de ansatte i stor grad rom for å tilpasse den daglige tjenesten til den enkelte brukers behov og ønsker. De legger stor vekt på å formidle at hjelpen skal gis når brukerne ønsker det. Pasientene ved sykehjemmet står opp når de vil og spiser frokost når de vil, - rett nok innenfor en viss tidsramme som er basert på prosedyrene for veiledende døgnrytme. Enhetslederne opplever ikke noen stor konflikt mellom tilpasning til den enkeltes behov på den ene siden og effektivitetshensyn på den andre. De har erfart at nyutdannede har blitt opplært til å fokusere mye på å imøtekomme individuelle behov. På kurs og samlinger er dette et gjentakende tema, og enhetslederne mener at dette har ført til endrede holdninger. Individuelle behov som blir formidlet gjennom pårørende oppleves av og til som problematisk. Det er ikke alltid at det som formidles er pasientens egne behov, men derimot den pårørendes forventninger til kommunen.

De intervjuede lederne har erfart at oppfølging av den såkalte Tolga-saken har gjort kontrollutvalget og kommunestyret mer opptatt av brukerstyring og brukervedvirkning. Administrasjonen har fått i oppdrag å se på prosedyrene for brukervedvirkning, og det har blitt arbeidet en overordna prosedyre for systematisk å sikre brukervedvirkning for hele velferdssektoren. Det er planlagt en 2- dagers samling om temaet for alle ansatte i sektoren når denne er på plass.

Rutiner som sikrer at tjenester gis i tråd med enkeltvedtak

Kommunen har ikke faste rutiner for å kontrollere at faktisk tjenesteomfang for hjemmetjenester er i tråd med det omfanget som står i enkeltvedtaket. I noen tilfeller er vedtakene knyttet opp til brukerens løpende behov, og hvor slik kontroll derfor er lite relevant. Dette gjelder først og fremst der det bør tas hensyn til prognosen for søkerens helse, slik at vedkommende skal slippe å søke om økt omfang stadig vekkt. Tilstanden for kreftpasienter som vil være hjemme kan eksempelvis endre seg ganske fort.

Hovedregelen er likevel at det blir angitt et konkret omfang av tjenester i enkeltvedtakene. Enhetslederne mener at kommunen har de nødvendige kontrollmuligheter, men har ikke kunnet bekrefte at de brukes. Vedtakene blir registrert i pasientjournalen, og det blir satt opp arbeidslister for tjenestene som skal ytes til den enkelte bruker i samme systemet. Avstemming mellom faktisk

tidsbruk og hva som står i vedtaket avhenger av at den enkelte arbeidstaker selv sjekker omfangsbestemmelsene i vedtaket. Enhetslederne kan ikke gå god for at dette blir gjort. Deres oppfatning er imidlertid at ingen får mindre tjenester enn hva som står i vedtaket, men de utelukker ikke at noen kan få mer.

I vedtakene om hjemmetjenester blir det som hovedregel ikke fastsatt noen begrensning for hvor lenge tilbudet skal vedvare. Kommunen har ingen faste sykluser for å revurdere eksisterende tilbud. I intervjuet med enhetslederne og rådmannen ble det påpekt at det løpende vurderes om eksisterende tilbud er tilpasset brukerens behov, men de erkjente at de kunne vært flinkere til å følge faste rutiner for slik revurdering. For korttidsplass ved sykehjemmet er tidsrommet angitt, mens det for langtidsplass naturlig nok ikke er slike bestemmelser.

Avvikshåndtering

Tolga kommune har en felles overordnet prosedyrebeskrivelse for avvikshåndtering, samt en egen prosedyre for å melde og behandle avvik og uønskede hendelser. I et annet felles styringsdokument kalt *alvorsgrad avvik* er håndteringsmåtene for ulike former for uønskede hendelser beskrevet. Disse ligget lagret på fellesområdet i kvalitetssystemet Compilo.

Avviksmeldinger knyttet til den enkelte bruker eller pasient blir registrert både i pasientjournalssystemet CosDoc og i Compilo. Det betyr at slike meldinger må skrives to plasser ettersom det ikke er integrasjon mellom de systemene for dette. HMS-avvik skal bare registreres i Compilo. Enhetslederne har bekreftet at dette fungerer i praksis. De tror imidlertid at det er en underrapportering av avvik, noe de baserer på hva de har hørt fra ansatte. Inntrykket deres er at de ansatte er flinkere til å skrive avvik knyttet til bruker- og pasientbehandling enn for uønskede hendelser innen HMS-området.

Avklaringer av hva som er å regne som registreringsverdig avvik har vært et gjentakende tema mellom ledelsen og ansatte. Det har eksempelvis vært diskusjoner rundt fall og medikamentbruk. Det har blitt avklart at et avvik handler om uønskede hendelser for noe man har en prosedyrebeskrivelse på.

Avviksmeldinger går til enhetslederne. Det er melder som definerer hvilket type avvik det dreier seg om. Er det et avvik innen HMS-området, så går de også til hovedverneombudet. Vedkommende må ha lest avviket før det kan lukkes av enhetslederen. I avvikssystemet er det satt tidsfrister på lukking av avvik, og dersom disse ikke overholdes går de oppover til neste ledd i organisasjonen.

I månedlige møter mellom pleie- og omsorgsledelsen, tillitsvalgte og verneombud er innmeldte avvik et fast tema. Kontrollutvalget har tilgang til Compilo, og medlemmene kan se hvor mange avvik kommunen har på ulike områder og hvilke betegnelser de har. Detaljer rundet det enkelte avvik kan kontrollutvalget etterspørre.

Det er rådmannens oppfatning at rutinene for avvikshåndtering fungerer mye bedre på denne sektoren enn for resten av kommunen. Dette finner hun naturlig utfra det regelverket som tjenestene er underlagt.

Risiko- og sårbarhetsanalyse

Kommunen har ikke etablert særskilte rutiner for ROS-analyse som er knyttet opp mot kravene for pleie- og omsorgsområdet etter *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*.

Det blir utarbeides ROS-analyser i kommunen i forbindelse med beredskapsplanen, hvor sektorvise underplaner eksempelvis omhandler hendelser med pasienter som blir borte. I kommunens årshjul er det innarbeidet rutiner for ROS-analyser på HMS-området. Det siste halvåret har ikke dette blitt fulgt opp på velferdssektoren på grunn av sykmelding. Disse prosessene styres av kommunens personalsjef.

Erfaringsdata fra brukere

Kommunen har ikke noen løsning som systematiserer erfaringsdata fra ulike kilder. I den nye overordnede prosedyren for brukervedvirkning som er under utarbeiding vil det bli beskrevet hvordan man skal synliggjøre at brukerne blir involvert. I den grad det er dokumentert at erfaringer fra brukerne blir samlet inn og brukt er dette å finne ulike plasser, slik som i pasientjournalene, avviksmeldinger i CosDoc og gjennom resultater fra bruker- og pårørendeundersøkelser.

Tolga kommune abonnerer på KS sitt verktøy for brukerundersøkelser «*bedrekommune.no*». Revisjonen har fått opplyst at det har vært intensjonen å gjennomføre den enkelte undersøkelse om lag hvert 3. år. Måltall og hovedresultatet fra sist gjennomførte undersøkelse blir presentert i målekartet til velferdssektoren i kommunens årsmelding. I følge årsmeldingen for 2018 ble brukerundersøkelse for hjemmetjenesten og sykehjemmet sist gang gjennomført i 2013, og ny undersøkelse skulle bli gjennomført i 2019. I målekartet for velferdssektoren i budsjettdokumentet for 2019 er imidlertid ikke brukerundersøkelse tatt inn som noen resultatindikator. Revisjonen har heller ikke fått andre opplysninger som tyder på at undersøkelser vil bli gjennomført i år.

I intervjuet med lederne ble det fremhevet at erfaringer fra brukerne og pårørende blir innhentet gjennom samtaler med den enkelte, og at de ansatte formidler videre til ledelsen hva det har blitt gitt uttrykk for. Nye turnusplan blir i stor grad styrt av når brukerne har behov for tjenester og hvordan man må bemanne etter dette.

Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring

Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene stiller krav til at virksomheten skal kunne dokumentere at aktivitet blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig. Kvalitetssystemet Compilo legger til rette for at Tolga kommune skal kunne innfri dette kravet. I intervjuet med lederne ble det imidlertid erkjent at dokumentasjonen fremstår som noe fragmentert.

Forskriftskravet om evaluering og korrigering er primært knyttet opp til kvalitetssystemets avviksmødel. I intervjuet med lederne ble det også trukket frem at klagesaker gir en mulighet til å fange opp forhold som må korrigeres, og at det gis og mottas meldinger om uheldige forhold i faste møter. Det gjennomføres eksempelvis faste møter mellom ledelse, verneombud og tillitsvalgte ved omsorgstunet. I rådmannens strategiske ledergruppe er det møter med sektorlederne, personalsjef og økonomisjef, og enhetene har avdelingsmøter og fagmøter.

Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer er lite kjent for enhetslederne. KOSTRA-indikatorer har blitt mye brukt på sektorledernivå, eksempelvis under organisasjonsendringene i 2015/16. Kvalitetsindikatorer for omsorgstjenestene inngår også i Kommunebarometeret, og de intervjuede lederne opplever at politikerne er svært interessert i slike sammenlignende data. Disse brukes eksempelvis under budsjettseminar, der sektorledere, enhetsledere og tillitsvalgte er til stede sammen med politikerne. I kommunens budsjettdokument for 2019 er det imidlertid ikke angitt noen mål eller tiltak som er direkte relatert til kvalitetsforbedring.

6.3 Revisjonens vurdering

Har kommunen skriftlig nedfelte prosedyrer som sikrer at mottakerne av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt sine grunnleggende behov?

Etter revisjonens vurdering oppfyller Tolga kommune dette kravet.

Kvalitetsforskriftens har som formål å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverdi og livsførsel. For å løse disse oppgavene har kommunen plikt til å utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukernes rettigheter og kravene om forsvarlige helsetjenester blir imøtekommet. En prosedyre kan være alt fra en enkelt sjekkliste til en mer åpen beskrivelse av rammene for individuelt tilpassede tjenester.

For de ansatte vil dokumentene særlig ha to funksjoner; for det første for å finne ut hvordan arbeidsoppgaver skal utføres, og for det andre å kunne konstatere om det har skjedd brudd på prosedyrer og rutiner som må meldes som avvik. Dette betyr at lederne for pleie- og omsorgstjenestene i Tolga må sørge for at forskrifter, regelverk og prosedyrebeskrivelser er dokumentert i tilstrekkelig omfang, og at de er lett tilgjengelig for de ansatte. Det innebærer også ansvar for å påse at de ansatte har tilfredsstillende kunnskap om innholdet i systemdokumentene, og at prosedyrene etterleves i det daglige. I motsatt fall er det stor fare for at systemdokumentene får leve sitt eget liv frikoblet fra virksomhetens praksis.

Basert på den informasjonen vi har innhentet er det vår vurdering at kommunen har vært svært flink til å samle prosedyrebeskrivelser i et hensiktsmessig elektroniske kvalitetssystem, og at det arbeides aktivt med ajourhold av prosedyrene. Vi har fått et gjennomgående inntrykk av høy bevissthet rundt viktigheten av at rutiner og prosedyrer er nedfelt skriftlig, og at de skal være lett tilgjengelig og kjent for de ansatte.

Har kommunen rutiner som sikrer brukermedvirkning ved utforming av tjenestene?

Vår vurdering er at Tolga kommune har arbeidsrutiner som ivaretar lov- og forskriftsfestede krav til brukermedvirkning. Den overordnede prosedyren for brukermedvirkning som er under slutføring vil legge til rette for at rutiner også blir tilfredsstillende synliggjort og dokumentert.

Pasient- og brukerrettighetsloven er utarbeidet for å sikre at brukere og pårørende har innflytelse på de helse- og omsorgstjenestene de mottar. § 3-1 slår fast at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av tjenesteytingen. Graden av brukermedvirkning er å betrakte som en sentral kvalitetsindikator.

Synet på forholdet mellom de som gir og de som mottar hjelp har vært i stor endring de siste par 10-årene. Dette blir avspeilet i utviklingen av det juridiske rammeverket. Det har blitt et viktig generelt prinsipp at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren eller de pårørende. Brukermedvirkning, selvbestemmelse og hensynene til respekt og verdighet skal vektlegges på lik linje med de helsemessige behovene. Gjennom pasient- og brukerrettighetsloven, kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien har medbestemmelsesretten blitt nedfelt i lovverket, og kommunen har en korresponderende plikt til å utarbeide rutiner og prosedyrer som setter standarder for hvordan dette skal ivaretas.

Kravet til brukermedvirkning gjelder både på utredningsstadiet før det blir fattet vedtak, og i den påfølgende daglige utførelsen av tjenestene. Å utarbeide og følge opp individuell plan skal sikre samordning og brukermedvirkning når en person trenger sammensatte og omfattende tjenester. Gode systemer for utforming av individuelle planer vil bidra til dette. En ordning med bruker- og pårørenderåd er et annet eksempel på hvordan brukerne kan gis innflytelse.

Tolga kommune har nedfelte prosedyrer for samtaler med bruker eller pårørende ved søknad om tjenester, og har en egen prosedyrebeskrivelse for kartlegging av samtykkekompetanse. Brukere og pasienter har en primærkontakt som skal ivareta deres ønsker og behov i det daglige. Det er også utarbeidet prosedyrebeskrivelse for utarbeiding av individuelle planer. Ved siden av arbeidet med systemkvalitet har revisjonen fått inntrykk av at det har blitt arbeidet aktivt med de ansattes holdninger i takt med sentrale myndigheters krav til en mer brukerorientert tjeneste. Etter revisjonens vurdering gir dette til sammen grunnlag for å si at kommunen har en praksis for brukermedvirkning som lever opp til kravene i lovverket. Vi ser svært positivt på det arbeidet kommunen har utført den siste tiden med å få på plass en overordnet prosedyre som skal dokumentere og synliggjøre denne praksisen på en bedre måte.

Har kommunen et kontrollsystem som sikrer at tjenester gis i tråd med enkeltvedtak?

Etter revisjonens vurdering har ikke kommunen tilfredsstillende rutiner for å kontrollere at faktisk tjenesteyting for hjemmetjenestene er i tråd med

omfangsbestemmelsene i enkeltvedtakene. Det er heller ikke etablert tilfredsstillende rutiner for å revurdere vedtak som det ikke er satt tidsbegrensning for. Når enkeltvedtak blir gitt uten tidsbegrensning er det etter vår vurdering nødvendig å ha faste sykluser for å vurdere tjenesteomfanget opp mot utviklingen i brukerens behov.

Etter kommunelovens § 23.2 har rådmannen ansvar for at vedtak blir iverksatt, og at virksomheten drives under betryggende kontroll. En av de viktigste funksjonene til et internkontrollsystem er å sikre at vedtak blir fulgt opp. Enkeltvedtakene om tjenester angir hvilke tjenester brukerne har fått rettskrav på. Kommunen må dermed ha et system som sikrer at ingen får tjenester uten at det foreligger et enkeltvedtak, og at ingen får mer eller mindre tjenester enn det som er vedtatt. Brukerens behov for tjenester vil endre seg i takt med endret helsetilstand. Derfor må kommunen i tillegg ha rutiner som sikrer en systematisk revurdering av tjenestens innhold og omfang.

Etter hva revisjonen har fått opplyst har ikke kommunen noen faste rutiner for å sjekke at arbeidslister for hjemmetjenestene blir satt opp i overensstemmelse med tjenesteomfanget i enkeltvedtakene. Det er heller ingen systematisk kontroll av at faktisk utført arbeid sammenfaller. Basert på informasjon fra intervju har vi imidlertid ikke noe holdepunkt for at dette har ført til at brukerne får mindre tjenester enn vedtatt. Det later imidlertid til at det kan bli utført mer arbeid i hjemmet enn hva enkeltvedtakene sier, noe som i første rekke er problematisk i forhold til hvordan knappe ressurser benyttes.

For å sikre at kravet om forsvarlige tjenester blir oppfylt er det også vår vurdering at kommunen må ha faste rutiner for å revurdere tidsbegrensede enkeltvedtak. Omgjøring av et vedtak som ikke har tidsbegrensning til gunst for bruker skaper ikke problem i forhold til forvaltningslovens regler. Et nytt vedtak til ugunst for bruker kan derimot komme i konflikt med forvaltningslovens § 35. Dette tilsier at det kan være mer hensiktsmessig å fatte tidsbegrensede vedtak for brukere som har gode prognoser for at helsetilstanden kan bedre seg.

Har kommunen system og rutiner for at avvik og uønskede hendelser blir meldt inn og lukket?

Etter vår vurdering har pleie- og omsorgstjenestene i Tolga kommune et system for avvikshåndtering som tilfredsstiller kravene i lovgivningen.

Å ha ett velfungerende system for avvikshåndtering er en forutsetning for at kvalitetsnormene skal bli overholdt. Brudd på prosedyrer, rutiner og lovverk skal

meldes, og avviksmeldingene skal følges opp av ledelsen slik at man reduserer risikoen for at samme type avvik gjentar seg. Viktigheten av at et slikt system er på plass står sentralt i helse- og omsorgslovgivningen. Ledelsens plikt til å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold er presisert i § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Hvordan uforsvarlige og lovstridige forhold blir lukket vil avhenge av vanskelighetsgrad og omfang. I veilederen til forskriften er det nevnt ulike eksempler på slike forhold. Det kan være manglende rutinebeskrivelser, svikt i etterlevelse av rutiner, pasientskader, klager fra pasienter og pårørende eller bekymringsmeldinger fra ansatte.

Etter revisjonens vurdering har Tolga kommune tilfredsstillende prosedyrebeskrivelser og rutiner for hvordan avvik skal meldes. De elektroniske løsningene for avvikshåndtering er på plass. Det synes også å være tydelig avklart hvilke typer avvik som skal meldes bare i Compilo, og hvilke typer som også skal meldes i pasientjournalssystemet CosDoc. Vi har også fått et gjennomgående inntrykk av høy bevissthet og gode rutiner for hvordan avvik skal lukkes og hvordan man skal dra lærdom av uønskede hendelser.

Har kommunen oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for avvik i forhold til lov, forskrift og kvalitetsstandarder?

Etter vår vurdering har ikke Tolga kommune tilfredsstillende rutiner for å utarbeide særskilte risiko- og sårbarhetsanalysene etter helse- og omsorgslovgivningen.

Risikovurdering er en viktig del av internkontrollen i en virksomhet. Planlegging av virksomhetens aktivitet innebærer blant annet å

«ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten.»

(Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, § 6d)

I dette kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematisk gjennomgang av resultatene, slik at man identifiserer områder med fare for svikt eller brudd på regelverk. Altså en risikokartlegging som skal brukes til å forebygge svikt og uønskede hendelser for fremtiden. Pasientskader og feil legemiddelhåndtering er eksempler på slike risikoområder. Sentrale myndigheter har satt stort fokus på pasientsikkerhet. Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal handlingsplan for perioden 2019-2023, hvor det legges vekt på betydningen av ledelse, kultur og systemer. Bedre pasientsikkerhet betinger at lederne gjør seg nytte av relevant

informasjon om egne utfordringer, undersøker om tiltak gir den ønskede effekt og påser at styringssystemene fungerer i praksis.

ROS-analysene til pleie- og omsorgsenhetene i Tolga er mest sentrert rundt ansattperspektivet. Dette som følge av at de er oppbygd etter standardene for helse, miljø og sikkerhet. Etter vår vurdering stiller forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring krav til større betoning av brukerperspektivet. Selv om risikoområdene delvis er overlappende er risikovurderingene som forskriften stiller krav om noe mer enn de ROS-analysene kommunen utarbeider.

Benyttes erfaring fra brukere og pårørende til å evaluere, planlegge og forbedre tjenestene?

Etter revisjonens vurdering benytter ikke pleie- og omsorgstjenestene erfaringsdata fra brukerne på en så systematisk måte som forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring stiller krav om.

God kvalitet i tilbudet er viktig for pasienter brukere og pårørende. Vi må måle kvalitet og gjøre resultatene tilgjengelig for alle. Brukere og pårørende har ofte gode forslag til forbedringer av tjenestene. Systematisk innhenting av brukererfaringer er et viktig verktøy i kvalitetsforbedringsarbeid og innovasjon.

(St.melding nr 16 (2010-2011:95))

For å sikre seg at informasjonen fra brukere, pasienter og pårørende ikke blir fragmentert og tilfeldig, må det brukes metoder som gir mest mulig pålitelig kunnskap. Eksempel på dette kan være systematisk analyse av tilbakemeldinger fra brukerråd eller bruker- og pårørendeundersøkelser. Etter vår vurdering er bruker- og pårørendeundersøkelser det best egnede verktøyet for å få kunnskap om hva det brede lag av tjenestemottakere mener. Vi har fått opplyst at det har vært intensjonen at de ulike undersøkelsene skal gjennomføres om lag hvert tredje år. Etter hva vi har bragt på det rene er det imidlertid 6 år siden undersøkelser for hjemmetjenester og sykehjemstjenester sist ble gjennomført, og det virker å være lite forpliktende sykluser for når disse skal gjennomføres. Revisjonen anser resultatene fra slike undersøkelser som svært viktig styringsinformasjon også for kommunestyret, og finner det uheldig at kommunen ikke har vært flinkere til å utnytte denne muligheten til å skaffe seg systematisk tilbakemelding fra brukerne. Vi har også merket oss at det ikke er etablert ordninger med representative bruker- eller pårørenderåd, og potensialet for å innhente tilbakemeldinger fra slike kanaler er dermed ikke utnyttet.

Som vi allerede har vært innom har revisjonen funnet det godt gjort at kommunen har tilfredsstillende system for å fange opp individuelle brukerbehov i det daglige. Det vi sakner er en mer systematisk innhenting og håndtering av representative brukererfaringer, og at det blir synliggjort at slike data blir benyttet som grunnlag for kommunens kvalitetsutvikling.

Arbeider kommunen systematisk med planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende slik at kvalitetskravene i helse- og omsorgslovgivningen blir ivarettatt?

Selv om kommunen arbeider aktivt på ulike måter for å ivareta kvalitetskravene, er det revisjonens vurdering at kravene til systematikk og dokumentasjon ikke er fullt ut innfridd.

Internkontroll handler om systematisk arbeid med å beskrive hvordan ting skal gjøres, dokumentere egen praksis, identifisere hva og hvorfor ting har gått galt, og å benytte uønskede hendelser og andre erfaringsdata som grunnlag for læring og forbedring. Sagt på en annen måte; sunn fornuft og god praksis satt i system.

Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring stiller krav om at kommunen skal ha en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, hvor tiltak testes ut, og hvor man justerer seg inn slik at forbedringene vedvarer og resultatene blir som ønsket. Hele styringssystemet skal gjennomgå minst en gang årlig for å sikre at det fungerer som forutsatt. Det skal etableres et system for å innhente tilstrekkelig informasjon for å kunne planlegge og utføre oppgavene. I § 8 er plikten til å benytte avvikssystemet som grunnlag for læring presisert. Ledelsen har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser. Informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelsene, fremme læring og til å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Når avvik og uønskede hendelser er analysert, er det viktig at læringspunktene tas inn gjennom oppdateringer av rutiner og prosedyrer.

Revisjonens hovedinntrykk er at kommunen har stort fokus på å sikre og å heve kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene. Internkontrollen ivaretas i hovedsak gjennom prosedyrebeskrivelser og avvikssystemet. Samspillet mellom disse to bærebjelkene i kvalitetssystemet synes å fungere etter intensjonene. Gjennom samhandling og dialog med de ansatte bidrar lederne til at avvikssystemet fremmer læring og forbedring.

Etter vår vurdering kan kravet til systematikk og dokumentasjon av evaluerings- og planleggingsarbeidet forbedres. Som allerede påpekt vil en egen ROS-analyse

for tjenestekvalitet kunne synliggjøre koblingene mellom avvikrisiko og tiltak for kvalitetssikring. Vi sakner også at brukerundersøkelser og kvalitetsindikatorer blir brukt som planleggingsgrunnlag. Etter revisjonens vurdering ville et overordnet dokument som svarer opp til forskriftens §§ 5-9 om hvilke prosesser som er gjennomført og hvor underdokumentasjon finnes, gitt et tydeligere uttrykk for at kommunen har overholdt kravene i helse- og omsorgslovgivningen.

6.4 Revisjonens konklusjon

Vi har holdt sentrale kvalitetsbestemmelser i helse- og omsorgslovgivningen opp mot system og rutiner i Tolga kommune for å kunne svare på følgende problemstilling:

Har kommunen et internkontrollsystem som sikrer at det ytes tjenester i tråd med enkeltvedtak og kvalitetsstandarder?

Vår hovedkonklusjon er at kommunens kvalitetssystem legger godt til rette for at den interne kontrollen skal fungere tilfredsstillende, men at kravene til systematikk og dokumentasjon av arbeidet med kvalitetsforbedring kunne vært bedre ivare tatt.

Etter vår mening har kommunen innfridd kravene til prosedyrebeskrivelser, system for avvikshåndtering og brukermedvirkning på individnivå. Prosedyrene forteller hvordan ting skal gjøres, avvikssystemet brukes aktivt som grunnlag for kvalitetsforbedring, og de daglige tjenestene synes i stor grad å bli tilpasset den enkelte bruker eller pasient sine behov. Dette betrakter vi som svært sentrale element for å sikre høy kvalitet på tjenestene, og etter vår mening fremstår Tolga som flinke på disse områdene.

På andre områder for internkontroll mener vi at kommunen har et forbedringspotensial. Vi mener at hjemmetjenestene ikke fører tilstrekkelig kontroll med at faktisk tjenesteomfang samsvarer med enkeltvedtakene, og vi finner det uheldig at de ikke har faste sykluser for å revurdere vedtak som ikke har tidsbegrensning.

Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring stiller krav til dokumentasjon av en systematisk planlegging av kvalitetsarbeidet. Risiko- og sårbarhetsanalyser, kvalitetsindikatorer og erfaringer fra brukere og pårørende skal være med på å danne grunnlag for slik planlegging. Vi mener at slike data ikke samles inn og brukes systematisk nok, og vi sakner en tydeligere dokumentasjonen av de prosessene som kommunen gjennomfører for å forbedre kvaliteten.

7. REVISJONENS ANBEFALINGER

Vi vil anbefale at Tolga kommune bør:

- Endre malene for enkeltvedtak om pleie- og omsorgstjenester slik at det blir angitt korrekte og fullstendige lovhjemler.
- Presisere i hoveddokumentet for enkeltvedtak hvordan søkerens rett til medvirkning har foregått, hvilket faktagrunnlag vedtaket baserer seg på og hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende for skjønnet.
- Dokumentere at søknader blir vurdert opp mot kommunens kriterier for tildeling av tjenester.
- Sørge for at det i meldingene om vedtak om hjemmesykepleie blir gitt fullstendig informasjon om det innvilgede tjenesteomfanget.
- Heve internkontrollen rundt vedtaksoppfølging gjennom
 - faste sykluser for å revurdere enkeltvedtak som ikke har noen tidsbegrensning.
 - å føre bedre kontroll med at brukerne av hjemmetjenester får det tjenesteomfanget som er vedtatt.
- Utarbeide særskilte risiko- og sårbarhetsanalyser for kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene.
- Dokumentere på en mer systematisk måte at erfaringer fra brukerne og kvalitetsindikatorer benyttes som grunnlag for kvalitetsforbedring.
- Dokumentere bedre de prosessene som gjennomføres for å evaluere og planlegge kvalitetsforbedring av tjenestene.

8. UTTALELSE FRA RÅDMANNEN

Den foreløpige rapporten ble oversendt til rådmannen for uttalelse. I svarbrev av 30.10.19 fremgår det at hjemmelshenvisningene for samtlige vedtaksmaler ble gjennomgått og korrigert etter at enhetsledere og fagledere hadde deltatt på kurs i mars 2019. Dette var ikke revisjonen kjent med da kulepunkt nr 1 i anbefalingene ble skrevet.

Rådmannens uttalelse er i sin helhet tatt inn i vedlegg 9.2.

9. KILDER OG VEDLEGG

9.1 Kilder

- Helse- og omsorgstjenesteloven.
- Forvaltningsloven.
- Pasient- og brukerrettighetsloven.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene
- Tolga kommune: Kriterier for tildeling av tjenester innen pleie og omsorg/Tjenestebeskrivelser.
- Lokal forskrift for Tolga om «tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i institusjon eller tilsvarende bolig særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester» (FOR-2017-12-14-2217)
- Tolga kommunes delegeringsreglement
- Tolga kommunes hjemmesider for velferd
- Tolga kommunes årsberetning for 2018 og budsjett for 2019
- Helse- og sosialdepartementet (2005): Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015.
- Riksrevisjonens dokument 3:5 (2018-2019): Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelig kvalitet i eldreomsorgen.
- Helsedirektoratets hjemmeside om kommunale kvalitetsindikatorer.
(<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>)
- Stortingsmelding nr 16 (2010-2011): Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015
- Stortingsmelding nr 15 (2017-2018): Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre.
- Helsedirektoratet: Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023
- Sosial- og helsedirektoratet 2004: Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.
- Helsedirektoratet 2017: Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenestelovens §§ 3-2 første ledd nr 6, 3-6 og 3-8.
- Referat fra intervju med enhetsledere og rådmannen.

9.2 Vedlegg: Rådmannens uttalelse



TOLGA KOMMUNE

Sentraladministrasjonen

Revisjon Fjell IKS
Rytroa 14

Unntatt offentlig innsyn (OfI) OfI §13

2550 OS I ØSTERDALEN

Dato: 30.10.2019

Vår ref.	Løpenr.	Arkivkode	Saksbehandler	Deres ref.
19/1009-2	6580/19	030	Siv Stuedal Sjøvold 91527252	

SVAR - RAPPORT TIL UTTALELSE

Viser til oversendte foreløpige rapport R 68-2019, hvor man ber om rådmannens uttalelse

Følgende kan kommenteres fra rådmannens side;

- Vi kjenner oss igjen i at kommunene har nedfelte prosedyrer som sikrer at mottakere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt sine grunnleggende behov. Det er også å bemerke, slik revisjonen påpeker, at kommunen har vært svært gode til å samle hensiktsmessige prosedyrebeskrivelser, at det arbeides aktivt med ajourhold av prosedyrene, at disse er lett tilgjengelige og er kjent for og i aktiv bruk av de ansatte.
- Vi kjenner oss igjen i at kommunen godt ivaretar rutiner som sikrer brukermedvirkning ved utforming av tjenestene. Erfaringsdata fra brukerne kan, som revisjonen anbefaler, gjennom brukerråd og brukerundersøkelser benyttes i enda større grad for sikre systematisk brukermedvirkning
- Vi opplever, slik revisjonen påpeker, at vi har et system for avvikshåndtering som tilfredsstiller kravene i lovgivingen og er enig i at vi kan forbedre systematikk og dokumentasjon av arbeidet med kvalitetsforbedring
- Vi kjenner oss igjen i at kommunens kvalitetssystem legger godt til rette for at kommunens kvalitetssystem skal fungere tilfredsstillende, men systematikk og dokumentasjonen av kvalitetsforbedringen kan ivaretas bedre. Det samme gjelder arbeidet med overordnede ROS (Risiko- og sårbarhetsanalyser) for dette tjenestområdet.
- Det ble foretatt endring av vedtaksmaler etter veiledende besøk av fylkesmannen i 2017, men vi ser nå at dette kun ble gjort innen tjenestemråde TFF (Tjenesten for Funksjonshemmede)
- Enhetsledere og fagleder har deltatt i kurs (6. og 7. mars i 2019) i forhold til lovlige vedtak og vedtaksmaler i vårt fagsystem. Under kurset oppdaget man at det ikke er henvist til riktig lovhjemmel for denne delen av tjenesten og under/etter kurset ble det endret på samtlige maler for alle tjeneste områdene. De nye vedtakene, skal nå være riktig lovhjemlet
- Etter dette kurset fikk man også veiledning i forhold til å endre saksbehandlingsrutinene, endre forberedelser/rutiner til tiltaksmøtene og men det er ikke iverksatt ennå

Med hilsen

Siv Stuedal Sjøvold
Rådmann

9.3 Vedlegg: Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for 2018

	Tolga	Hedmark	Landet
Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder:			
Andel av beboere med langtidsopphold som har blitt vurdert	0,0 %	45,1 %	46,7 %
Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene			
Andel samlet sykefravær i pleie og omsorgstjenesten	6,9 %	12,5 %	11,6 %
Sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 måneder			
Andel av beboere med langtidsopphold som har blitt vurdert	N/A	60,8 %	63,9 %
Fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten			
Andel med fagutdanning totalt	81,6 %	73,2 %	74,5 %
Andel med fagutdanning fra høyskole	36,0 %	33,0 %	35,0 %
Oppfølging av ernæringsbeboere på sykehjem			
Andel beboere på langtidsopphold som har fått kartlagt sitt ernæringsbehov siste 12 mnd	0,0 %	51,4 %	46,2 %
Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem			
Andel beboere på langtidsopphold som har hatt legemiddelgjennomgang siste 12 mnd	0,0 %	52,7 %	54,5 %
Dagaktivitetstilbud til personer med utviklingshemming			
Andel personer med psykisk utviklingshemming med vedtak om dagaktivisering	N/A	29,2 %	33,6 %
Dagaktivitetstilbud til personer med demens			
Andel hjemmeboende med demens som har vedtak om et dagaktivitetstilbud	57,1 %	33,3 %	29,2 %
Ventetid på sykehjemsplass			
Andel personer som har mottatt langtidsplass innen 15 dager etter at vedtak er fattet	N/A	92,6 %	89,1 %
Ventetid på støttekontakt			
Andel personer som har mottatt tjenesten innen 15 dager etter at vedtak er fattet	N/A	79,9 %	82,0 %
Mottakere av rehabilitering i hjemmet med individuell plan			
Andel av mottakerne av tjenesten som har individuell plan	N/A	11,5 %	6,6 %
Mottakere av habilitering og rehabilitering på insititusjon med individuell plan			
Andel av mottakerne av tidsbegrenset opphold som har individuell plan	N/A	0,6 %	1,9 %
Ventetid på dagaktivitetstilbud			
Andel vedtak som blir iverksatt innen 15 dager	46,2 %	85,1 %	82,9 %
Ventetid på helsetjenester i hjemmet			
Andel vedtak med iverksettingstid innen 15 dager	100,0 %	96,5 %	95,7 %
Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende			
Andel som har fått kartlagt sin ernæringsstatus siste 12 måneder	18,9 %	27,9 %	15,8 %
Reinnleggelser blant eldre 30 dager etter utskrivning			
Sannsynlighet for reinnleggelse i sykehus innen 30 dager etter utskrivning (2017-data)	14,1 %	15,2 %	15,1 %
Kommunale årsverk i psykisk helse- og rusarbeid			
Antall årsverk pr 1.000 innbyggere innen psykisk helse og rus	1,2	2,6	3,0
Enerom med eget bad og WC			
Andel brukertilpassede enerom	89,5 %	91,0 %	87,8 %
Legetimer pr beboer i sykehjem			
Legetimer pr uke per beboer i sykehjem	0,58	0,47	0,55
Bistand til å delta i arbeid og utdanning			
Andel søkere med innfridde behov og ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning	82,4 %	76,4 %	77,2 %
Bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter			
Andel søkere med innfridde behov og ønsker om bistand til å delta (2017-data)	24,6 %	58,3 %	60,1 %
Hjelp til reise til og fra organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktivitet			
Andel søkere med innfridde behov og ønsker om hjelp (2017-data)	25,4 %	55,3 %	56,5 %
Hjelp til reise til og fra utdanning			
Andel søkere med innfridde behov og ønsker (2017-data)	71,4 %	70,2 %	75,0 %