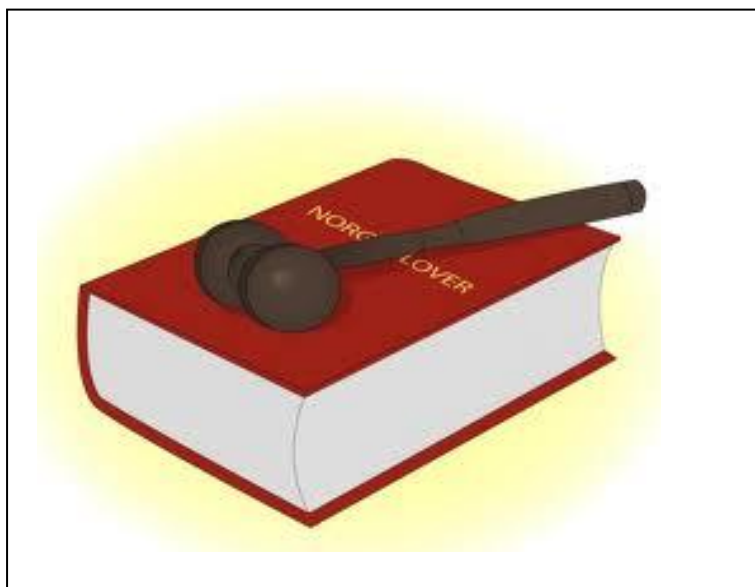


Forvaltningsrevisjon i Alvdal kommune

Internkontroll og kvalitetssikring av helse- og omsorgstjenester

Formålet med prosjektet er å undersøke om pasienter og brukere får enkeltvedtak i tråd med forvaltningsreglene, og om kommunen har et system for internkontroll som sikrer at vedtakene og kvalitetsstandarder blir overholdt.



INNHold

1	INNLEDNING.....	2
1.1	Bakgrunn.....	2
1.2	Forvaltningsrevisjon	2
1.3	Kvalitetssikring av enkeltvedtak	3
1.4	Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene	4
2	FORMÅL, PROBLEMSTILLINGER OG AVGRENSNING	5
2.1	Formål	5
2.2	Problemstillinger	6
2.3	Avgrensning	6
3.	METODE	8
4.	KILDER FOR REVISJONSKRITERIER	8
5.	PROBLEMSTILLING 1	11
	Har saksbehandlingen for enkeltvedtak skjedd i tråd med forvaltningsloven, særlover og kommunale kriterier for tildeling av tjenester?	11
5.1	Revisjonskriterier	11
5.2	Fakta om saksbehandlingen	12
5.3	Revisjonens vurdering	19
5.4	Revisjonens konklusjon	23
6.	PROBLEMSTILLING 2	25
	Har kommunen et internkontrollsystem som sikrer at det ytes tjenester i tråd med enkeltvedtak og kvalitetsstandarder?	25
6.1	Revisjonskriterier	25
6.2	Fakta	26
6.3	Revisjonens vurdering	33
6.4	Revisjonens konklusjon	40
7.	RÅDMANNENS UTTAELSE	40
8.	SAMMENDRAG OG REVISJONENS ANBEFALINGER	41
8.1	Sammendrag	41
8.2	Revisjonens anbefalinger	43
9.	KILDER OG VEDLEGG.....	44
9.1	Kilder	44
9.2	Vedlegg: Rådmannens uttalelse.....	45
9.3	Vedlegg: Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for 2018	47

Oppdal, 30. september 2019

Svein Magne Evavold
Revisjonssjef

Leidulf Skarbø
Revisor

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget og kommunestyret i Alvdal har behandlet en plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2016-2019. Kommunestyret vedtok i sak 111/16 å føre prosjektet «*internkontroll og kvalitetssikring av tjenester innenfor området PRO*» opp for gjennomføring i 2019. «*Er tjenestene vurdert og gitt i henhold til gjeldende lovverk*» het det også i vedtaket om hva kommunestyret var ute etter.

Prosjektutvelgelsen var basert på en overordnet analyse. 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 Alvdal 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 hovedprinsipper:

- *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.

Det kommunale organet som fatter enkeltvedtak må ha nødvendig myndighet. Når enkeltvedtak ikke fattes av kommunestyret selv, må det fremgå av delegeringsreglementet at underliggende organ har fått myndighet til å treffe avgjørelser i nærmere angitte saker.

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.

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

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 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 på kvalitetstemaet.

2 FORMÅL, PROBLEMSTILLINGER OG AVGRENSNING

2.1 Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke om Alvdal 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.

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

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 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 Alvdal 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?**

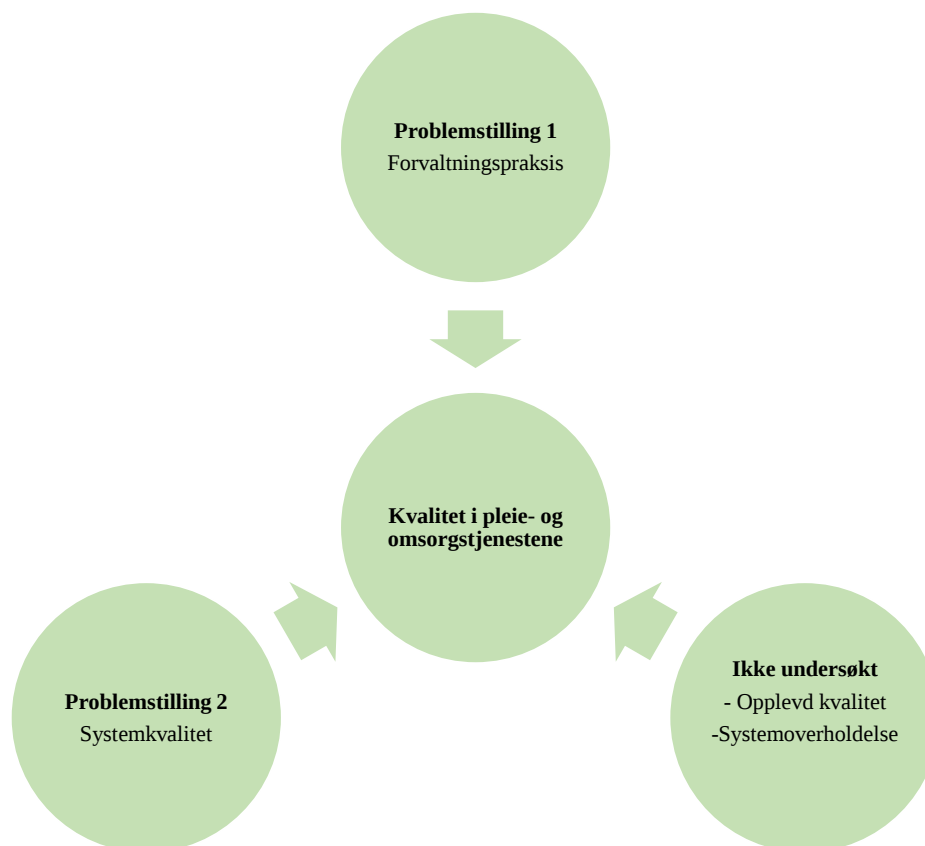
2.3 Avgrensning

Temaet for undersøkelsen er kvaliteten på kommunens helse- og omsorgstjenester. Vi har bare undersøkt pleie- og omsorgstjenester, og ikke helsetjenester. 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 en 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 kvaliteten.

Omfanget av enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester er stort. For å begrense ressursbruken knyttet til den første problemstillingen er det nødvendig å foreta et utvalg. Samtidig ønsker vi å kunne generalisere på grunnlag av utvalget. For at utvalgsmengden ikke skal bli for spinkelt til å kunne dra generelle slutninger er det nødvendig å avgrense prosjektet til enkelte typer tjenester. Utvalget vil bli 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 194 enkeltvedtak. Vi har plukket ut 25 for kontroll, og konsentrert oss om de 6 tjenestene som har størst omfang. 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 de tre enhetslederne for pleie- og omsorgstjenester. 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 det er gjenstand for betryggende kontroll. Som kilder til 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. Forskrift om offentlige arkiv
8. Lokalt fastsatte kriterier 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 ved 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.

Forskrift om offentlige arkiv (arkivforskriften)

Alle inngående, utgående og organinterne saksdokument som er av relevans for saksbehandlingen skal journalføres (§ 9). Journalføringen skal skje på en måte som gjør det mulig å identifisere dokumentet (§ 10).

Lokalt fastsatte kriterier for tildeling av tjenester

Kommunestyret i Alvdal har vedtatt et eget styringsdokument som omhandler kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester, sist revidert gjennom vedtak i sak 26/19 av 23.05.19. For langtidsopphold i sykehjem 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 forvaltningsloven og særlovene har vi utledet følgende revisjonskriterier som et utvalg av enkeltvedtak har blitt målt opp mot:

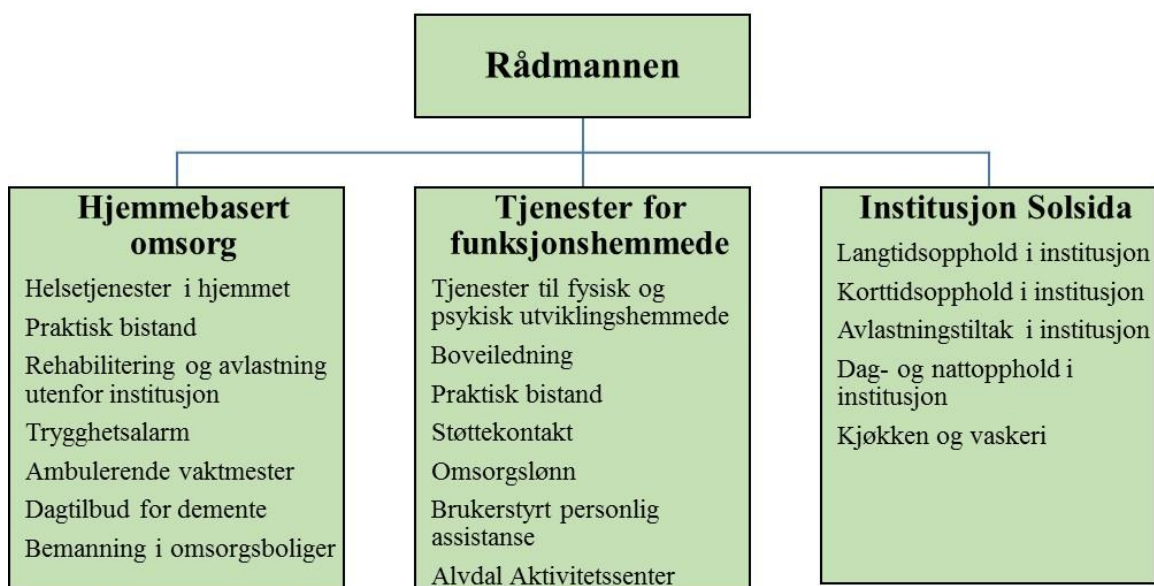
1. Saker skal forberedes og avgjøres uten ugrunnet opphold. Det skal det gis foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt. (*Fvl. § 11a*)
2. Sakens dokumenter skal være journalført. (*Arkivforskriftens §§ 9 og 10*)
3. Saken skal være så godt skriftlig 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. Et vedtak skal ha en hjemmel som viser til de reglene som vedtaket bygger på. Organet som fatter vedtaket skal ha den nødvendige myndigheten etter kommunens delegeringsreglement. (*Fvl § 25, Alvdal kommunes delegeringsreglement*)
5. 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*)
6. Alvdal kommunes kriteriene for tildeling av tjenester skal følges.

5.2 Fakta om saksbehandlingen

Organisering

Alvdal kommunes pleie- og omsorgstjenester er organisert i tre enheter, hvor enhetslederne rapporterer direkte til rådmannen:

- Solsida omsorgsheim m/kjøkken og vaskeri.
- Hjemmebasert omsorg (HBO)
- Tjenester for funksjonshemmede (TFF)



Myndighet

- *Rådmannen* har etter delegeringsreglementets pkt 4.3 myndighet til å fatte vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven så langt loven gir adgang til det.
- Rådmannen har gjennom administrative vedtak videredelegert denne myndigheten til de tre *enhetslederne* for helse- og omsorgstjenester.

Saksbehandlingssystem

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

Førende prinsipper for tildeling av helse- og omsorgstjenester

To prinsipper blir ifølge kommunens styringsdokument lagt til grunn for tjenestetildelingen:

Mestringsprinsippet: At folk ønsker å ha ansvar for å mestre eget liv og helse.

LEON-prinsippet: Prinsippet om det lavest effektive omsorgsnivået innebærer at folk skal få bo hjemme så lenge det er forsvarlig, og få en individuell vurdering av et persontilpasset tilbud.

Prinsippene innebærer

- fokus på hva som er viktig for den enkelte
- fokus og satsing på aktiv omsorg og forebyggende arbeid
- styring av hjelpetiltak på de laveste trinnene i omsorgstrappen
- fokus på pasient og brukers egenmestring og medvirkning

All tjenesteyting skal ha fokus på livskvalitet, og bidra til størst mulig grad av egenmestring. Ved livets slutfase skal all tjenesteyting bidra til at den enkelte får en verdig død. For å sikre at tjenestetilbudet tildeles på beste effektive omsorgsnivå (BEON), skal tjenester på lavere nivå i omsorgstrappa være vurdert og/eller utprøvd før det ytes tjenester på høyere nivå.

Målsetting for saksbehandling:

- *Alvdal kommune skal ha fornøyde søkere av tjenester som får innvilget riktige tjenester på riktig nivå etter effektiv og kvalitativt god saksbehandling.*

(Tjenestebeskrivelse og kriterier for tildeling av helse og omsorgstjenester i Alvdal kommune, vedtatt av kommunestyret i sak 26/19)

Informasjon om tjenestene

Under Alvdal kommunes hjemmeside er det gitt kortfattet informasjon om den enkelte pleie- og omsorgstjeneste, med opplysninger om hva tjenesten omfatter og hvilke behov som må være tilstede for å få tildelt tjeneste. For Solsida omsorgsheim inneholder hjemmesiden også mer utdypende informasjon til nye beboere med praktisk informasjon om rommene, måltider, tilleggstjenester, aktiviteter og dialog med pårørende. Et felles søknadsskjema for alle helse- og omsorgstjenestene og betalingssatsene er også lagt ut på hjemmesiden.

Rutinebeskrivelser for saksbehandlingen

Saksgangen er beskrevet i styringsdokumentet «*tjenestebeskrivelse og kriterier for tildeling av helse og omsorgstjenester i Alvdal kommune*», samt i en særskilt prosedyrebeskrivelse. Beskrivelsene har følgende hovedpunkter:

- Søknaden skal sendes til Solsida omsorgsheim, som videresender den til aktuell enhet til registrering. Det er et krav at søknaden foreligger skriftlig, og kommunen er om nødvendig behjelpelig med utfylling. Det skal foreligge samtykke fra søker om å innhente nødvendige opplysninger for å behandle søknaden, eller eventuelt samtykke fra pårørende dersom søker selv ikke har samtykkekompetanse.
- Saksbehandler avtaler tid for vurderingsbesøk eller samtale med søkeren/pårørende. Det skal sendes ut foreløpig svar dersom det må forventes lengre behandlingstid enn 3 uker.

- Saksbehandler skal innhente fakta, foreta en IPLOS-kartlegging, og lage et forslag til innstilling til møte i tiltaksteamet.
- Tiltaksteamet behandler saken. Dette er et rådgivende organ for tildeling av tjenester. Teamet består av enhetslederne for Solsida omsorgsheim, hjemmebasert omsorg (HBO), tjenesten for funksjonshemmede (TFF), samt ergoterapeut og fysioterapeut. Det avholdes to møter pr måned.
- Den aktuelle enhetslederen fatter vedtak på bakgrunn av vurderingene fra tiltaksteamet og saksbehandler. Vedtaket sendes ut pr post til søker, og dokumentene arkiveres i søkerens pasientjournal.
- Enhetsleder har ansvar for at alle som jobber med saksbehandling har kompetanse til å utføre oppgaven.

Omfanget av enkeltvedtak for pleie- og omsorgstjenester

For perioden fra 1. januar til 31. desember 2018 er det journalført 194 enkeltvedtak. 12 av søknadene ble avslått, mens de resterende ble innvilget med tjenester.

Revisjonens utvalg av enkeltvedtak

Vi har foretatt utplukk av enkeltvedtak for kontroll blant de 6 tjenestene med flest enkeltvedtak. Vedtakene for disse tjenestetypene utgjør 92 % av samtlige enkeltvedtak. Vi har valgt å la vedtak med avslag bli overrepresentert i utplukket.

Utplukk av enkeltvedtak for kontroll.

Tjeneste	Ansvarlig enhet	Innvilgede vedtak		Vedtak med avslag	
		I alt	Kontrollert	I alt	Kontrollert
Hjemmesykepleie	HO	95	7	0	0
Praktisk bistand	HO	12	2	4	2
Trygghetsalarm	HO	22	3	0	0
Støttekontakt	TFF	17	2	2	1
Korttidsopphold institusjon	Solsida	11	3	1	1
Langtidsopphold institusjon	Solsida	11	3	2	1
Sum		168	20	9	5

Tjenestebeskrivelser og kriterier for tildeling av de kontrollerte tjenestene

Vi gjengir her i korthet hva kommunen har fastsatt i sine styringsdokumenter.

Hjemmesykepleie

Formålet er å gi helsehjelp i eget hjem på grunn av akutt eller kronisk sykdom. Kommunen skal ikke overta funksjoner som søker selv kan utføre, men bidra til å

oppretholde og forbedre funksjonsnivået slik at vedkommende kan bo lengst mulig hjemme. Det skal vurderes om brukeren behøver helsehjelp som må foregå i hjemmet, eller om vedkommende selv eksempelvis kan ta seg til lege. I tillegg skal det vurderes om sviktende evne til egenomsorg gjør at vedkommende ikke er i stand til å ivareta egen helse, og om søker er avhengig av ulik hjelp av medisinsk og helsemessig karakter.

Praktisk bistand

Formålet med tjenesten er å bidra til at den enkelte skal kunne bo lengst mulig i egen bolig, og å bygge opp under egenmestring i dagliglivet. Søkeren må ha behov for bistand til å ivareta dagliglivets gjøremål på grunn av sykdom, funksjonsnedsettelse, utviklingshemming eller andre årsaker. Når søker bor sammen med andre husstandsmedlemmer skal det gjøres en helhetsvurdering av familiens situasjon.

Trygghetsalarm

Trygghetsalarmen skal medvirke til trygghet, og bidra til at brukeren skal kunne bo i egen bolig lengst mulig. Søkeren må selv ønske alarm, og forstå bruken av den. Enslige skal prioriteres, men også en families totalsituasjon skal vektlegges. Det skal vurderes om søkerens helsetilstand og funksjonsnivå tilsier at det kan oppstå situasjoner hvor faglig bistand fra helsepersonell eller øyeblikkelig hjelp er nødvendig.

Støttekontakt

Tjenesten skal medvirke til å øke livskvaliteten gjennom sosial kontakt og samvær med andre. Bistandsbehovet skal vurderes på grunnlag av fysisk/psykisk funksjonsnedsettelse, sosiale utfordringer eller rusmisbruk.

Korttidsopphold institusjon

Korttidsopphold kan tildeles personer som i en avgrenset periode har behov for heldøgns omsorg og pleie. Dette kan være aktuelt under opptrening og oppfølging etter innleggelser på sykehus, ved utredning av medisinske problemstillinger, eller i livets slutfase. Korttidsopphold kan også benyttes som avlastningstiltak der omsorgen er særlig tyngende for omsorgsyter, og hvor andre tjenestealternativ ikke gir tilstrekkelig avlastning.

Langtidsopphold i institusjon

Kommunestyret i Alvdal har vedtatt en egen lokal forskrift om «tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i sykehjem» (FOR-2017-06-22-2465) som får anvendelse foran andre styringsdokumenter når det søkes om langtidsopphold. I forskriftens § 5 er det angitt hvilke momenter som skal inngå i vurderingen av søknader om plass og mulighet til å stå på vurderingsliste:

- Hvilke tjenester det er behov for, og hvor omfattende og varig behovet er.
- Om pasient eller bruker har kognitiv svikt, og hvor alvorlig denne er.
- Pasient eller brukers evne til selv å tilkalle hjelp ved behov.
- Om alternativer til bo- og tjenestetilbud i sykehjem er prøvd ut eller vurdert og ikke funnet hensiktsmessig eller forsvarlig.
- Om pasient eller bruker gjennom endret bosituasjon oppnår en skadeforebyggende eller helsefremmende effekt.
- Om geografiske forhold gjør det uforsvarlig eller uhensiktsmessig å gi tjenestene der pasienten eller brukeren bor.
- Dersom opphold i sykehjem er det eneste tilbudet som kan sikre nødvendig og forsvarlig tjeneste, skal opphold tildeles umiddelbart.

I § 6 er det nedfelt følgende momenter knyttet til pasientens eller brukerens ønske:

- For at saken skal være tilstrekkelig utredet, bør det gjennomføres et møte e.l. med pasient eller bruker og/eller partsrepresentant med følgende formål:
 - Å gi den informasjonen og veiledningen som er nødvendig for at vedkommende skal kunne ivareta sine interesser.
 - Å kartlegge pasienten eller brukerens ressurser og behov.
 - Å få vurdert pasient eller brukers samtykkekompetanse.
 - Å få samtykke til å innhente ytterligere opplysninger som er nødvendig for saksbehandlingen.
 - Å få klarhet i hvilke ønsker pasient eller bruker har.

§ 7 sier følgende om momenter knyttet til saksutredningen:

- Alle relevante forhold skal være utredet, herunder forhold nevnt under § 5, opplysninger fra møte e.l. med pasient eller bruker og/eller partsrepresentant, funn fra kommunens egen kartlegging og opplysninger fra spesialisthelsetjenesten og/eller annet helsepersonell.

Resultat fra revisjonens stikkontroller

Sak nr	Kontrollpunkt					
	Behand- lingstid	Journal- føring	Opplyst, begrunnet, hovedhensyn	Hjemmel	Underret- ning om vedtaket	Vurdering etter kriteriene
Hjemmesykepleie						
Sak nr 1	OK	OK	Merknad	OK	OK	Merknad
Sak nr 2	OK	OK	Merknad	OK	OK	Merknad
Sak nr 3	OK	OK	Merknad	OK	OK	Merknad
Sak nr 4	OK	OK	Merknad	OK	OK	Merknad
Sak nr 5	Merknad	Merknad	Merknad	Avvik	OK	Merknad
Sak nr 6	OK	OK	Merknad	OK	OK	Merknad
Sak nr 7	OK	OK	Merknad	OK	OK	Merknad
Praktisk bistand						
Sak nr 8	OK	OK	Merknad	OK	Avvik	Merknad
Sak nr 9	OK	OK	Merknad	OK	Merknad	Merknad
Sak nr 10	OK	OK	OK	OK	OK	Merknad

Sak nr	Kontrollpunkt					
	Behandlingstid	Journalføring	Opplyst, begrunnet, hovedhensyn	Hjemmel	Underretning om vedtaket	Vurdering etter kriteriene
Sak nr 11	OK	OK	OK	OK	Merknad	Merknad
Trygghetsalarm						
Sak nr 12	OK	OK	Merknad	Avvik	Merknad	Merknad
Sak nr 13	OK	OK	OK	Avvik	Merknad	Merknad
Sak nr 14	OK	OK	Merknad	Avvik	OK	Merknad
Støttekontakt						
Sak nr 15	Avvik	OK	Merknad	OK	OK	Merknad
Sak nr 16	OK	OK	Merknad	OK	OK	Merknad
Sak nr 17	OK	Merknad	Merknad	Avvik	Avvik	Merknad
Korttidsopphold i institusjon						
Sak nr 18	OK	Avvik	Avvik	Avvik	Merknad	Merknad
Sak nr 19	OK	OK	Merknad	OK	Merknad	Merknad
Sak nr 20	Avvik	OK	Merknad	OK	OK	Merknad
Sak nr 21	OK	OK	Merknad	OK	OK	Merknad
Langtidsopphold i institusjon						
Sak nr 22	Avvik	OK	Merknad	Avvik	OK	Merknad
Sak nr 23	Avvik	OK	Merknad	Avvik	OK	Merknad
Sak nr 24	OK	OK	Merknad	Avvik	OK	Merknad
Sak nr 25	OK	OK	OK	Avvik	OK	Merknad

Avvik

Behandlingstid:

- *Sak nr 15 (støttekontakt)* har vedtaksdato 13 uker etter søknadsdato. Det er ikke sendt foreløpig svarbrev med varsel om lang saksbehandlingstid.
- *Sak nr 20 (korttidsopphold)* har vedtaksdato 9 uker etter søknadsdato. Det er ikke angitt i foreløpig svarbrev at det må forventes lang saksbehandlingstid. Tjenesten ble iverksatt før vedtaket var fattet.
- *Sak nr 22 (langtidsopphold)* har vedtaksdato 19 uker etter at tjenesten ble iverksatt. Pasienten kom fra korttidsopphold, og søknadsskjema er ikke utfylt.
- *Sak nr 23 (langtidsopphold)* har vedtaksdato 7 uker etter at tjenesten ble iverksatt. Pasienten kom fra sykehus.

Journalføring:

- *Sak nr 18 (korttidsopphold):* I meldingen om vedtak er det henvist til en søknad. Denne er ikke journalført, noe som indikerer at saksopplysningen om en søknad var feil.

Skriftlig opplyst, begrunnet vedtak og redegjørelse for hovedhensyn for skjønn:

- *Sak nr 18 (korttidsopphold)*: Det er ikke registrert noen skriftlig saksbehandling, - bare melding om vedtak.

Opplysning om hjemmel for vedtaket:

- *Sak nr 5 (hjemmesykepleie)*: Det er ikke angitt hjemmel etter helse- og omsorgstjenesteloven.
- *Generelt for trygghetsalarm*: Det er angitt i vedtakene at de er hjemlet i Lov om sosiale tjenester § 4-2 a. Trygghetsalarm skal enten hjemles i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr 6 bokstav b eller i Forvaltningslovens kap. IV avhengig av om det etter en individuell vurdering er en nødvendig helse- og omsorgstjeneste eller en servicetjeneste.
- *Sak nr 17 (støttekontakt)*: Det er ikke angitt hjemmel etter helse- og omsorgstjenesteloven. Støttekontakt er en tjeneste med hjemmel i § 3-2 første ledd nr 6 bokstav b.
- *Sak nr 18 (korttidsopphold)*: Det er ikke angitt noen lovhjemmel for vedtaket.
- *Generelt for langtidsopphold*: Det er ikke angitt hjemmel etter lokal forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem.

Underretning om vedtaket:

- *Sak nr 8 (praktisk bistand)*: Melding om vedtaket er datert først 9 uker etter at vedtaket var fattet.
- *Sak nr 17 (støttekontakt)*: Vedtaket ble påklaget og opprettholdt under førsteinstansbehandlingen. I brev om dette til klager ble det informert om at vedkommende måtte gi melding om hvor vidt klagen ble opprettholdt eller ikke, og at den deretter eventuelt ville gå videre til det kommunale klageutvalget. Klager skal etter pasient- og brukerrettighetslovens § 7-2 gå direkte til Fylkesmannen for sluttbehandling dersom førsteinstansen fastholder sitt vedtak.

Merknader

Saksbehandlingstid:

- *Sak nr 5 (hjemmesykepleie)*: Saksbehandlingstid kan ikke etterprøves da søknad ikke er journalført.

Journalføring:

- *Sak nr 5 (hjemmesykepleie)*: Søknad er ikke journalført.
- *Sak nr 17 (støttekontakt)*: I saken er det henvist til en søknad datert 19.07.18 som ikke er journalført.

Skriftlig opplyst, begrunnet vedtak og redegjørelse for hovedhensyn for skjønn:

Generelt:

- Mangelfull skriftlig nedtegnning av når og hvordan brukermedvirkning har funnet sted.
- Mangelfull redegjørelse for om saken har sin bakgrunn i en skriftlig søknad, om det er en revurdering av eksisterende tilbud, eller om initiativet kommer fra spesialisthelsetjenestene.
- Mangelfull skriftlig nedtegnning av hvilke vurderinger som er gjort i relasjon til kommunens kriteriene for tildeling av tjenester.

Underretning om vedtaket:

- *Sak nr 9 (praktisk bistand) og sak nr 13 (trygghetsalarm):* I meldinger om vedtak er det henvist til udaterte søknader. I disse tilfellene forelå det ikke skriftlige søknader, og det er brukt en brevmal som kan skape uklarheter for tjenestemottakeren.
- *Sak nr 11 (praktisk bistand) og sak nr 13 (trygghetsalarm):* Meldinger om vedtaket er datert først 3 uker etter at vedtakene var fattet.
- *Sak nr 18 og sak nr 19 (korttidsopphold):* I brevene er det henvist til udaterte og ikke-eksisterende søknader. Det er benyttet misvisende brevmal som kan skape uklarheter for pasientene.

Vurderinger etter kriteriene for tildeling av tjenester:

Generelt:

Ingen av saken har skriftlig nedtegnede referanser til styringsdokumenter for tildeling av tjenester eller annen dokumentasjon som viser at slike vurderinger er gjort.

5.3 Revisjonens vurdering

Etter vår vurdering legger kommunens saksbehandlingssystem, rutinebeskrivelser 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 Alvdal 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. Under gjennomgangen av sakene har vi valgt å skille mellom hva som må betraktes som direkte avvik, og merknader som må anses som

forbedringspunkter for å heve kvaliteten på saksbehandlingen. Noen av avvikene er av enkeltstående karakter, mens andre er mer gjennomgående.

Avvik i forhold til regelverket

Kravet om at saksbehandlingen skal skje uten ugrunnet opphold synes i de fleste tilfeller å være godt ivaretatt. Men for 4 av de 25 vedtakene har vi funnet avvik på dette punktet. Dersom behandlingstiden tar mer enn 4 uker skal det sendes foreløpig svarbrev hvor dette blir varslet. I kommunens eget styringsdokument er fristen innsnevret til 3 uker. Utgangspunktet er også at ingen skal ha en tjeneste med krav om enkeltvedtak uten at vedtak foreligger. I akutte tilfeller kan det være nødvendig å iverksette tjenesten før vedtaket er fattet, men dette forutsetter at saksbehandlingen omgående settes i verk. Vi finner det derfor kritikkverdig at 3 av 8 kontrollerte saker om opphold på sykehjemmet viser at det har gått flere uker fra innleggelsesdato til vedtaksdato.

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 også til den lokale forskriften.

Vedtakene for trygghetsalarm hadde i 2018 feil hjemmelshenvisning, men dette er rettet opp i ettertid. Trygghetsalarm er i alminnelighet ikke noen lovpålagt tjeneste som faller inn under de to lovene. Men etter en konkret vurdering kan det være «helsetjenester i hjemmet» som faller inn under helse- og omsorgstjenesteloven. Søknader skal uansett behandles som enkeltvedtak fordi det er et offentlig knapphetsgode, og dette krever en redegjørelse for hvilke regler som er anvendt. Dersom tilbudet faller utenfor helse- og omsorgstjenesteloven skal det henvises til forvaltningslovens regler for enkeltvedtak, og eventuelt også de kommunalt fastsatte retningslinjene for tildeling av tjenester.

Kommunestyret har fastsatt en lokal forskrift om «tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i sykehjem». Den trådte i kraft fra 1. juli 2017. Tildeling av langtidsplass ved sykehjemmet skal skje etter denne forskriften, men den er ikke angitt som hjemmelsgrunnlag for de fire enkeltvedtakene vi har sett på. Når det er fastsatt i form av forskrift hvilke kriterier som er bestemmende for om innbyggerne skal få en tjeneste eller ikke, må dette fremgå av vedtaket.

Underretninger om vedtaket skal sendes uten ugrunnet opphold, og i tillegg til vedtaket inneholde informasjon om klageadgang, klageorgan og innsynsrett. Etter vår vurdering har dette i hovedsak blitt tilfredsstillende ivaretatt. Men vi har

merket oss at det for praktisk bistand og trygghetsalarm er noen saker hvor det har gått uforholdsmessig lang tid fra vedtaket ble fattet til brukeren ble formelt underrettet. I ett tilfelle hele 9 uker, noe som etter vår vurdering må betegnes som et avvik i forhold til forvaltningsreglene.

Ett av vedtakene for støttekontakt endte med avslag, og ble påklaget. Reglene for klagebehandling fremgår av forvaltningslovens kap. VI og pasient- og brukerrettighetslovens kap. 7. Fylkesmannen er klageorgan. Klagen ble førsteinstansbehandlet av vedtaksorganet i tråd med reglene, og vedtaket om avslag ble opprettholdt. Etter loven skal klagen deretter sendes til Fylkesmannen for avgjørelse. I stedet ble det sendt brev til klager der vedkommende ble bedt om å gi melding om han opprettholdt sin klage eller ikke. Det ble informert om at klagen ville bli videresendt til det kommunale klageutvalget dersom den ble opprettholdt. Etter revisjonens vurdering var dette feil anvendelse av klagereglerne, noe som skapte en uhjemlet terskel for å få et forvaltningsvedtak prøvd på nytt.

Merknader - forbedringspunkter

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. Medvirkningen skjer i de fleste sakene gjennom samtalene som leder frem til en helsefaglig tilstandsvurdering.

I saksopplysningene for enkeltvedtakene er det gjort godt rede for søkerens helsetilstand og omsorgsbehov. I de aller fleste tilfellene er det også gjengitt en uttalelse fra brukeren, noe som viser at brukermedvirkning har blitt ivaretatt. Men vi sakner en mer presis nedtegnning av *hvordan* og *når* denne brukermedvirkningen fant sted. I noen saker som omhandler revurdering av tjenester fremstår det som uklart for revisjonen om nye uttalelser har blitt innhentet. 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 Pbtl § 4-3 ble vurdert, jfr vedlegg av xx.xx.xx. I samtalen ble det gitt uttrykk for følgende behov og ønsker:.....»

I begrunnelsen for et enkeltvedtak skal det vises til de faktiske forholdene som vedtaket bygger på. Faktagrunnlaget vil i all hovedsak bestå av en søknad, en

kartlegging i forbindelse med hjemmebesøk, og en helsefaglig vurdering av behovet. I noen tilfeller også uttalelse fra fastlege. Disse skal være fullstendig dokumentert i saksmappene gjennom egne dokumenter eller elektroniske journalopplysninger. Så vidt revisjonen har kunnet se er de relevante opplysningene sporbare, men etter vår vurdering følger det av forvaltningslovens § 25 andre ledd at faktagrunnlaget skal presiseres sammen med selve vedtaket. Dette kan gjøres summarisk med henvisninger til underliggende dokumenter. Eksempelvis:

Vedtaket bygger på de opplysninger som fremkommer i søknad av xx.xx.xx undertegnet av NN og rapport fra hjemmebesøk av xx.xx.xx utført av NN.

Flere av de sakene vi har sjekket ble initiert av enheten selv som en revurdering av eksisterende tilbud, eller også som følge av utskrivninger fra spesialisthelsetjenesten. I slike tilfeller vil det ikke foreligge en søknad. Det ville skapt større klarhet om saksbehandlingen dersom opplysninger om dette var presisert i hoveddokumentet.

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. De omsøkte tjenestene har blitt innvilget for flesteparten av sakene vi har sjekket. Hensikten med begrunnelsesplikten er for det første å sikre at det ikke skjer en usaklig forskjellsbehandling eller at saksbehandlingen er vilkårlig. Der nest at det skal være mulig å vurdere lovligheten av et vedtak dersom det kommer til klagebehandling. Revisjonen har merket seg som positivt at begrunnelsen er mer utførlig beskrevet i saker som har endt med avslag enn i saker med innvilgede tjenester.

Felles for alle sakene vi har undersøkt er en mangelfull henvisning til kommunens kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Kommunestyret fastsatte i mai 2019 et styringsdokument for hva som skal til for at behovene kvalifiserer til ulike helse- og omsorgstjenester. Etter hva revisjonen har forstått hadde kommunen et tilsvarende styringsdokument i 2018 også, selv om det ikke var vedtatt av kommunestyret. For langtidsplass på sykehjem har kommunestyret fastsatt en forskrift som regulerer det samme.

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 ivaretatt. 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 politisk fastsatte kriteriene når det skal fattes enkeltvedtak.

Etter revisjonens vurdering er det ikke dokumentert at disse styringsdokumentene 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. Så lenge det ikke kan spores noen nedtegnede koblinger mellom saksvurderingene og styringsdokumentene, fremstår det som om de politisk fastsatte dokumentene neglisjeres. Vi finner dette mest kritikkverdig for langtidsopphold på sykehjemmet, hvor det i forskrifts form er nedfelt hvilke momenter behovene skal vurderes etter.

Revisjonen har kommet over noen saker med feil og uklarheter som kan betegnes som slurvefeil. Eksempelvis at det har blitt brukt en standardisert brevmal for melding om vedtak som ikke er tilpasset sakens karakter. Eller at det har blitt akseptert at søknader behandles uten at det foreligger et utfyllt og undertegnet søknadsskjema. Vi har også sett at det i flere tilfeller har tatt unødig lang tid fra et vedtak er fattet til meldingen om dette blir ekspedert. Selv om dette neppe har gått ut over rettssikkerhet eller tjenesteinnhold, kan det fort skape uklarheter for brukeren. Det samme gjelder behovet for et lett og forståelig språk, noe det er viktig å ha for øye med tanke på hvilken brukergruppe tjenestene er rettet inn mot.

5.4 Revisjonens konklusjon

Hovedinntrykket vårt etter gjennomgang av 25 enkeltvedtak for 6 ulike tjenester er at de mest sentrale forvaltningsreglene følges, og at søkernes grunnleggende rettigheter blir ivare tatt.

Vi har imidlertid påpekt noen avvik i forhold til regelverket som ikke har blitt avdekket gjennom kommunens internkontroll. I noen tilfeller har det tatt unødig lang tid å behandle søknader eller innmeldte behov. Dette har i noen tilfeller ført til at tjenester har blitt gitt over relativt lang tid uten gyldig vedtak. Vi mener også at det er behov for å gå gjennom malene for hjemmelshenvisninger og melding om vedtak, og at internkontrollen burde ha avdekket noen mer enkeltstående avvik.

Omfanget av enkeltvedtak om pleie- og omsorgstjenester er svært stort, og vi har forståelse for at effektivitetshensyn må vektlegges i saksbehandlingen. Vi mener imidlertid at det i selve hoveddokumentet for enkeltvedtakene er for svakt presisert hvordan brukerens eller pasientens rett til medvirkning har foregått og

hvilket faktagrunnlag som ligger til grunn for vedtaket. Vi sakner også en henvisning til kommunens kriterier for tildeling av tjenester.

Etter vår mening har kommunen etablert et hensiktsmessig rammeverk for behandlingen av søknader om pleie- og omsorgstjenester. Rammeverket legger til rette for en korrekt saksbehandling. Alvdal har imidlertid 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 Alvdal 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 § 23.2, 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

Styringsdokumentet «Tjenestebeskrivelser og kriterier for tildeling av helse og omsorgstjenester i Alvdal kommune» ble utarbeidet i 2016, og revidert versjon ble vedtatt av kommunestyret den 23. mai 2019. I saksopplysningene til revideringen het det:

Dette dokumentet er ment å være en presisering av hvordan enhetene for helse- og omsorgstjenester i Alvdal kommune tilbyr sine tjenester til befolkningen. Dokumentet skal bidra til å skape en forståelse for vurderingsmomentene som ligger til grunn ved tildeling av tjenester. Tjenestenivået til Alvdal kommune sine innbyggere er basert på myndighetskrav, nasjonale føringer, politiske prioriteringer, faglige vurderinger, verdier og målsetninger.

Dokumentet beskriver blant annet prosedyrene ved saksbehandling av søknader, samt formålet og vurderingsmomentene for å få tildelt tjenester.

Styringsdokumentet «Saksbehandling og tildeling av tjenester» har til formål at brukerne av tjenestene skal ha tilgang til en faglig forsvarlig tjeneste ut fra en korrekt saksbehandling. Prosedyren omfatter prosessen fra søknad om tjenester til tildeling er vedtatt og iverksatt. Den omfatter alle som arbeider med saksbehandling ved enhetene, og som har fått delegert myndighet fra rådmann til å utføre dette i sin stillingsbeskrivelse.

Stillingsbeskrivelsene for avdelingslederne plasserer ansvaret for den brukerrettede og faglige oppfølgingen på disse medarbeiderne. Dette innbefatter ansvar for dokumentasjon og internkontroll, samt at brukerne får oppfølging og helhetlig koordinerte tjenester.

Kommunen benytter kvalitetssystemet *Compilo*, hvor de mer detaljerte prosedyrene for utføring av pleie- og omsorgstjenester er samlet. Mange prosedyrer har tidligere ligget lagret på ulike steder både i elektroniske og papirbaserte versjoner. Dette har det blitt ryddet opp i, og svært mange prosedyrer er nå lagt inn i *Compilo*. Noen ligger imidlertid fremdeles igjen på andre lagringsområder. Hjemmetjenestene og Solsida er så å si i mål, mens TFF har noe gjenstående arbeid med dokumenter som ligger på enhetens hjemmeområde.

Helse- og omsorgstjenestene i Alvdal benytter det elektroniske pasientjournalssystemet *CosDoc*. Mens de egenutviklede rutinene og prosedyrene er samlet i *Compilo*, har *CosDoc* link til standardprosedyrene for

sykepleietjenester (VAR). I tillegg til pasientmodul inneholder CosDoc også saksbehandlingsmodul og avviksmodule.

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. Når prosedyrer legges inn eller endres i Compilo kommer de på leseliste for alle ansatte. Den ansatte har ansvaret for å kvittere for at prosedyren er lest og forstått, og lederne kan løpende følge med på om dette er gjort. Det er et systemkrav at det skal skje revisjoner av prosedyrene hvert år, og det kommer automatisk opp meldinger om hvilke prosedyrer som må revideres. Man får ikke lagret og distribuert en prosedyre dersom man ikke definerer en revisjonsansvarlig. Systemet gir tematiske eller enhetsvise oversikter over hvilke prosedyrebeskrivelser og andre kvalitetsdokumenter som eksisterer.

Compilo har ingen funksjonalitet for sjekk av om kravet til skriftlighet er oppfylt for alle prosedyrer. Dette skjer gjennom interne prosesser der ledere og ansatte diskuterer hvordan ting skal gjøres. Bakgrunnen er gjerne avviksmeldinger. Gjennom slike interne dialoger finner enheten ut om man må ha en ny skriftlig prosedyre, eller om en eksisterende må endres. Disse legges nå direkte inn i Compilo uten mellomlagring andre steder. Enhetslederne fremhever at man aldri kommer i mål med å skriftliggjøre prosedyrer, - «*dette er en kontinuerlig prosess hvor man må se med kritiske øyne på egen virksomhet*» (sitat fra intervju).

Å påse at prosedyrene følges i det daglige arbeidet er et lederansvar, hvor meldesystem for avvik er det viktigste verktøyet. Kvalitetssystemene gir de ansatte enkel elektronisk tilgang til beskrivelsene, og etter hvert blir det automatisk i hvordan ting skal gjøres. Nyansatte og vikarer får en egen liste over hvilke prosedyrer de må kvittere for at de har lest og forstått.

Rutiner som sikrer brukermedvirkning

Det er standard prosedyre for pleie- og omsorgstjenestene i Alvdal at det skal gjennomføres samtaler med brukerne eller pårørende ved søknad om tjenester. Dersom bruker ikke har samtykkekompetanse blir pårørende koblet på, hvor en egen prosedyrebeskrivelse for samtykkekompetanse foreligger. Etter at søknad er mottatt skal det inngås avtale om hjemmebesøk. Kartlegging av søkerens funksjonsnivå (IPLoS-kartlegging) blir gjennomført samtidig med samtalen. I saksfremstillingen til enkeltvedtaket skal uttalelse fra søkeren dokumenteres. Enhetslederne har gitt uttrykk for at de anser det som «*helt utenkelig*» at det blir fattet et vedtak uten å ha snakka med bruker eller pårørende først. Dette gjelder også lavterskeltilbud, som f.eks. trygghetsalarm.

Ved sykehjemmet er det en pårørenderepresentant som er valgt av kommunestyret. Det er bestemt at det skal være to møter årlig. Det blir skrevet saksliste og referat. I tillegg blir det gjennomført regelmessige samtaler med pårørende til sykehjemspasienter. Slike samtaler blir dokumentert i pasientjournalen. TFF har en pårørenderepresentant, og det er enighet med denne om at det holder med ett møte årlig. Saker som tas opp er blant annet endring av rutiner. Hjemmebasert omsorg har også en pårørenderepresentant. Også rehabiliteringsteamet og demensteamet har egne rutiner for oppfølging av pårørende.

På kommunens hjemmeside er det beskrevet hvordan nye beboere vil bli mottatt på sykehjemmet:

For å bli kjent med deg og dine behov, inviteres du sammen med din pårørende til en innkomstsamtale en av de første dagene. Her vil vi gi informasjon, og vi vil avklare gjensidige forventninger til hverandre. Avdelingsleder og primærkontakt vil delta på møtet sammen med deg og din pårørende. Alle beboere har sin primærkontakt. Primærkontakten er din hovedkontakt, og skal fungere som et bindeledd mellom institusjon og pårørende når det gjelder praktiske ting. Avdelingsleder vil sammen med sykepleier i avdelingen være sykepleiefaglig ansvarlig og et bindeledd mellom deg og tilsynslegen. Tilsynslegen har arbeid på Solsida hver mandag og torsdag.

Alle de tre enhetene har en ordning med primærkontakt. Primærkontakten har ansvaret for den daglige dialogen rundt pasient og brukers ønsker og behov, mens de mer alvorlige forholdene som har med liv og helse å gjøre blir ivaretatt av avdelingslederne. All kontakt og avtaleoppfølging med pårørende skal dokumenteres i pasientjournalen.

Prosedyrer for individuell plan er utarbeidet av koordinerende enhet, som består av NAV, ergoterapeut, enhetsleder helse og enhetsleder hjemmebasert omsorg. En individuell plan skal sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. En egen rutine for samtykkeerklæring for individuell plan er utarbeidet.

Etter 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. «Dette går ikke alltid opp, men ingen bruker vil oppleve mot sitt eget ønske å måtte legge seg tidlig på kveld eller stå opp tidlig om morgnen» (sitat fra intervju). Enhetslederne fremhever at dette handler om holdninger, og at det i forhold til tidligere har skjedd store endringer i

synet på hvor viktig det er å vektlegge brukertilpasning. Ett av satsningsområdene etter forrige brukerundersøkelse for sykehjemmet var *personsentrert omsorg*, som handler om å lytte til hva som er viktig for pasienten. TFF har også arbeidet mye med holdninger i forhold til brukernes behov for alenetid, og at mindre tilstedeværelse ikke behøver å virke negativt for brukernes livskvalitet.

Rutiner som sikrer at tjenester gis i tråd med enkeltvedtak

Enhetslederne mener at det viktigste leddet for å påse at vedtakene følges opp med de tjenestene brukeren har krav på skjer gjennom arbeidslister. For hver vakt den ansatte kommer på ligger det en liste med navn på brukerne og hvilke oppdrag som skal utføres. Arbeidslistene blir utarbeidet av avdelingslederne, som har oversikt over innhold og omfang i vedtakene. Arbeidslisten må kvitteres på av den som har utført oppgaven. Den blir bygd opp etter vedtaket for brukeren eller pasienten. Kvittering fra den ansatte om for utført arbeid gir sikkerhet for at tjenesten faktisk blir ytt.

Hjemmetjenestene har som rutine at alle vedtak skal revurderes årlig. Dersom det skjer noen forandringer i pasientens funksjonsnivå gjøres det en ny vurdering og fattes nytt vedtak. Deretter initierer avdelingsleder tiltak og arbeidsplan etter vedtakets innhold. Det kan oppstå uforutsette ting med bruker som fører til midlertidige avvik mellom ytelse og vedtak, men ifølge enhetslederen tas det umiddelbart tak i slike saker for å få samsvar.

Enhetsleder for TFF holder interne møter med avdelingslederne hver mandag, og aktuelle saker spilles inn til møter som de fagansvarlige avholder på tirsdager. De fagansvarlige sørger for at det ligger arbeidsplaner som er knyttet til vedtakene. De har også ansvaret for å holde kontakt med habiliteringstjenesten og arrangere møter med andre instanser ved behov for koordinering.

Avvikshåndtering

Kommunen bruker avviksmodulen i det elektroniske kvalitetssystemet Compilo. I tillegg skal avvik som er relatert til bruker eller pasient registreres i avviksmodulen til pasientjournalsystemet CosDoc. For Compilo har kommunen utarbeidet en generell rutinebeskrivelse for hvordan avvik skal meldes og håndteres. I en mer spesifikk rutinebeskrivelse for pleie- og omsorgstjenestene er det angitt følgende:

- *Avvik som ikke kan knyttes til bruker (systemsvikt), registreres i Compilo.*
- *Avviksmelderer gir i tillegg beskjed til avdelingslederen direkte hvis avvik blir oppfattet som alvorlig.*
- *Avviksmelderer setter inn nødvendige tiltak der det er mulig/nødvendig.*

- *Avdelingslederen gjennomgår avvik x1/uke hvis ingen har gitt beskjed om annet behov.*
- *Avdelingsleder behandler avvik og setter i gang nødvendige tiltak eller kontakter andre som bør/kan sette inn nødvendige tiltak der det er behov for det. Ved behov videresender avdelingsleder avviket videre til enhetsleder/rådmann. Avdelingsleder melder også videre til aktuelle instanser etter avvikets art og omfang.*
- *Avvikene tas opp på avdelingsmøtene x1/måned.*
- *Avdelingsleder lukker avvikene når de er behandlet.*
- *Enhetsleder rapporterer avvik til rådmann x1/år.*

Det er i tillegg utarbeidet egen prosedyrebeskrivelse for avviksmeldinger i CosDoc. Avvik skal meldes begge steder; og skal *alltid* meldes i CosDoc for brukerrettede avvik. Enhetslederne har fortalt om noen tilfeller av usikkerhet om hvor vidt det dreier seg om avvik eller ikke, for eksempel når det ikke blir gitt en Paracet fordi brukeren mener at det ikke er nødvendig. Deres generelle inntrykk er at ansatte er flinkest til å melde avvik i pasientjournalssystemet, og kan bli noe flinkere til å melde avvik i Compilo. Altså at det som har med pasientsikkerheten er best ivarettatt. Enhetslederne mener videre at det er innarbeidet en kultur der det ikke er noen frykt eller sperrer for å melde om avvik. De har uttrykt bevissthet om at tilbagemeldinger om strengere tolkning av hva som er å regne som avvik kan gi uheldige effekter. «*De ansatte må bli trygg på å skrive avvik, se at det fører til noe positivt, og at det ikke blir feia under teppet*» (sitat fra intervju).

Avvik og uønskede hendelser relatert til den enkelte bruker eller pasient skal kunne spores tilbake til dokumentasjon i pasientjournalssystemet. Oppdatering av journalene skjer fortrinnsvis etter hver vakt av sykepleier eller fagarbeider. Kommunen er pålagt å ha journalansvarlige, og dette ansvaret er plassert hos avdelingslederne. Disse skal påse at journalen er rett skrevet, og de har slette- og korrigeringsmulighet. Samtidig er avdelingslederne mottakere og behandlere av avviksmeldinger. Det er få tilfeller av at avdelingslederne i egenskap av å være journalansvarlige selv melder inn avvik som de har avdekket ved gjennomgang av journalene. Avvik gjennomgås regelmessig i avdelingsmøter.

Risiko- og sårbarhetsanalyse

Enhetene for pleie og omsorg følger kommunens syklus med gjennomføring av ROS-analyser hvert år. Dette gjøres i mars. Verneombudet har en sentral rolle, og sender ut skjemaer som ansatte skal fylle ut om situasjoner som er utfordrende i arbeidet. På bakgrunn av dette utarbeides det enhetsvise ROS-analyser. Disse er relatert til HMS-området, og ikke direkte til kravet om risikooversikt som er

nedfelt i forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring. Det er kommunens personalsjef som er ansvarlig for tilrettelegging og oppfølging av ROS-analysene.

I ROS-analysene blir det vurdert og angitt sannsynlighets- og konsekvensfaktorer for hva som kan gå galt. Det blir fastsatt tiltak for å motvirke uønskede hendelser med prioriteringsrekkefølge utfra produktet for sannsynlighet multiplisert med konsekvens. For Solsida inneholder ROS-analysen for eksempelvis følgende:

Hva kan gå galt?	Prioritet	Tiltak
Fare for statisk arbeid som fører til slitasje i skuldre, nakke og rygg	1	Internundervisning løfteteknikker og forebyggende tiltak. Felles trim X1/uke. Massasjestol. Ergonomi v/BHT.
Fare for eksponering av kjemiske og biologiske materiale	2	"Datablad" henger der det brukes. Vernebriller tilgjengelig.
Arbeidslistene blir ikke fulgt opp godt nok	3	Avdelingsleder har det som tema på avdelingsmøter
Redsel for manglende "kontroll" ved brann	4	Årlig repetisjon for alle. Hvert 3.år med brannvesenet
Fare for trusler, vold og utagering fra beboerne	5	Regelmessig kurs i konflikthåndtering (hvert 3.år). Kontinuerlig jobbing på holdninger.
Manglende bruk av Compilo og VAR- kan føre til feil praksis	6	Internundervisning
Lysforhold i nordfløyen (OBS) 4 rom mangler i 2 nord	7	Lamper

TFF har i tillegg egne ROS-analyser i forhold til noen enkeltbrukere. Disse er spesielt knyttet til bruk av tvang og makt. Ved vurdering om nedtrapping gjøres det alltid en kartlegging på basis av adferdsregistrering.

Erfaringsdata fra brukere

Det ble gjennomført bruker- og pårørendeundersøkelse for sykehjemmet i mars 2018, og ny undersøkelse er planlagt i 2020. Hjemmetjenestene skal ha slik undersøkelse i 2019. TFF gjennomførte en undersøkelse i 2018, men svarprosenten var så lav at resultatene ikke kunne brukes. Alvdal kommune har ingen fast syklus på slike undersøkelser, og det er opp til enhetslederne å bestemme når de skal gjennomføres. Undersøkelsene gjennomføres ved bruk av KS

sine verktøy for å måle opplevd kvalitet, som er tilgjengelig på nettsiden *bedrekommune.no*.

Solsida satte inn tiltak for de punktene det ble scoret dårligst på i bruker- og pårørendeundersøkelsene. I kommunens årsmelding for 2018 ble følgende rapportert:

Resultatene var i stor grad sammenfallende og mye positivt. Lavest skår på brukermedvirkning i individuelle tiltaksplaner. Fokusområdet framover skal være personsentrert omsorg. Vi jobber etter nasjonale føringer bl.a. St.meld. nr. 15 (2017-2018) «Leve hele livet». Denne legger vekt på aktiviteter, mat og måltider og helsehjelp. Det kom fram at det savnes fysioterapi i institusjon. Fysioterapeut har ikke faste dager på Solsida som før, men det kan henvises i hvert enkelt tilfelle ved behov. I tillegg er det nå satt i gang felles trening med fysioterapeut en gang pr uke. Et ønske fra pårørende var at beboerne får hyppig tilbud/mulighet for følge ut i frisk luft.

Tallverdiene fra undersøkelsene ble ikke gjengitt i årsberetningen for 2018, og revisjonen kan heller ikke se at disse har blitt gjort tilgjengelige på annen måte for kommunestyret. I årsmeldingen for 2017 ble det derimot presentert enhetsvise målekart for fokusområdet *brukerperspektiv*, hvor data for målt og opplevd kvalitet fra KOSTRA og brukerundersøkelser ble sammenholdt med måltall og forrige års resultat. Innledningsvis i årsmeldingen for 2018 ble det opplyst at årsberetningen hadde endret fremstillingene sine i forhold til tidligere år for å gjøre dokumentet mer lesbart. KOSTRA-data og data fra kommunebarometeret ble presentert som vedlegg, mens resultatene fra brukerundersøkelser ikke var tatt inn.

Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring

Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene stiller krav om at virksomheten skal kunne dokumentere at aktiviteten blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert. Det er et krav at systemdokumentene skal gjennomgå minst en gang i året.

De tre pleie- og omsorgsenhetene har ingen særskilte dokumentsamlinger som er direkte relatert til disse forskriftskravene. Dokumentasjonen er delvis å finne i kommunens generelle årshjulsdokumenter og delvis i kvalitetssystemet Compilo. Det er et systemkrav i Compilo at dokumentene skal gjennomgå minst en gang i året, og sammen med kommunens budsjett- og årsmeldingsrutiner bidrar dette til at dokumentasjonen blir oppdatert. I tillegg har det blitt vedtatt flere sektorplaner som svarer opp kravet til ståstedsanalyse og planlegging:

- Handlingsplan og prosedyrer mot vold i nære relasjoner 2018-2022.
- Rehabiliteringsplan 2015-2019
- Rus- og psykiatriplan 2016-2020

- Demensplan 2016-2019

De tre enhetenes beskrivelser av planer og aktivitet i budsjettdokumentet for 2019 og årsberetningen for 2018 er i første rekke knyttet opp mot pengebruk og kapasitet, og er i mindre grad relatert til kvalitet. Under overskriften «*ekstra fokus i 2019*» er det i budsjettdokumentet imidlertid også angitt noen områder for denne dimensjonen:

- Personsentrert omsorg. «Leve hele livet» (Solsida)
- Faglig utvikling. Læringsnettverk innenfor ernæring hvor både kjøkken og avdelingsleder deltar (Solsida)
- Kvalitetssikre tildeling av tjenester (HBO)
- Systematisere pårørendemedvirkning og arbeidet med å forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter/brukere (HBO)

I revisjonens intervju med enhetslederne ble det spurt om hvordan de fremskaffer data og kunnskap om hvor skoen trykker. De var i liten grad kjent med de nasjonale kvalitetsindikatorne til Helsedirektoratet. Enhetene har nyttiggjort seg KOSTRA-indikatorer, og kommunen har hatt samling i regi av KS om bruken av dette verktøyet. Det ble imidlertid uttrykt stor frustrasjon rundt datakvaliteten for disse indikatorne. Enhetene sender inn mye krypterte data som blir generert til indikatorer. Når de ikke kjenner seg igjen i den virkeligheten som indikatorne beskriver, er det svært arbeidskrevende å finne ut hvor eventuelle feil kan ligge. Svarfrekvensen på bruker- og pårørendeundersøkelser har gitt noen ulike erfaringer om hvor holdbart dette er som kunnskapsgrunnlag. Avvikssystemet ble vurdert som et svært viktig arbeidsverktøy for informasjon og kunnskap. De ukentlige gjennomgangene med avdelingslederne gir også noen varslingslamper for hvor det må settes inn tiltak.

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 Alvdal kommune dette kravet.

Kvalitetsforskriften 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 Alvdal 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 benytter hensiktsmessige elektroniske kvalitetssystem, og at det arbeides aktivt med skriftliggjøring og ajourhold av prosedyrene. Intervjuet med enhetslederne ga oss et gjennomgående inntrykk av høy bevissthet rundt viktigheten av at rutiner og prosedyrer er nedfelt skriftlig, og at de er lett tilgjengelig og kjent for de ansatte.

Har kommunen rutiner som sikrer brukermedvirkning ved utforming av tjenestene?

Vår vurdering er at Alvdal kommune har rutiner som ivaretar lov- og forskriftsfestede krav til brukermedvirkning.

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.

Alvdal kommune har nedfelte prosedyrer for samtaler med bruker eller pårørende ved søknad om tjenester, og har en egen prosedyrebeskrivelse for kartlegging av samtykkekompetanse. I dokumentmalen for saksbehandling er det et standardfelt for uttalelse fra søkeren. En ordning med pårørenderepresentant er etablert for alle de tre enhetene, og 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 systemene for brukermedvirkning er tilfredsstillende.

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

Revisjonen vurderer det etablerte kontrollsystemet som tilfredsstillende, men på basis av noen funn ved gjennomgangen av enkeltvedtak er vi i tvil om kontrollen utøves i tråd med intensjonene.

Pasienter og brukere skal få det de har krav på. 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 tjenester enn det som er vedtatt.

Kontrollen av at tjenester ytes i henhold til vedtak skjer gjennom bruk av arbeidslister. Avdelingslederne setter opp arbeidsplaner som skal være avstemt mot omfang og tjenestetype i enkeltvedtakene. Selv om dette etter vår vurdering er et tilstrekkelig kontrollsystem, har vi under den første problemstillingen funnet 3 saker der det er gitt tjenester i relativt lang tid før det foreligger et enkeltvedtak. Dette indikerer at internkontrollen ikke har blitt utført slik som vi har fått beskrevet.

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

Etter vår vurdering har pleie- og omsorgstjenestene i Alvdal 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 eller pårørende, eller bekymringsmeldinger fra ansatte.

Alt helsepersonell har plikt til å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om pasienter og helsehjelpen. Dette følger av §§ 39-40 i helsepersonelloven. Overholdelse av dokumentasjonsplikten vil være med på å sikre at avvik ikke forbigås i stillhet, og prosedyrer som forteller hva og hvordan dokumentasjon i pasientjournalen skal foregå er dermed svært viktig for å kunne avdekke avvik. En regelmessig gjennomgang og kvalitetskontroll av journalene av spesielt utpekte medarbeidere vil kunne avdekke avvik og uønskede hendelser.

Alvdal kommune har en generell og kortfattet prosedyrebeskrivelse for hvordan avvik skal meldes og håndteres, og beskriver hvordan avvikssystemet Compilo skal brukes. Pleie- og omsorgstjenestene har i tillegg egen mer utfyllende prosedyrebeskrivelse, hvor det defineres hva som menes med et avvik. Det blir også klargjort hvilke typer avvik som skal meldes bare i Compilo, og hvilke typer som også skal meldes i saksbehandlingssystemet CosDoc. Sykepleiere og fagarbeidere melder avvik til avdelings- eller faglederne, som har ansvaret for at de blir fulgt opp og lukket.

Avvik kan blant annet bli avdekket ved gjennomgang av pasientjournalene. Den lovpålagte funksjonen som journalansvarlig med slik myndighet er tillagt avdelings- og faglederne, som samtidig er mottakere av avviksmeldinger. Etter revisjonens vurdering kan slike dobbeltroller være uheldig, og føre til at avvik ikke blir meldt. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å si at så er tilfelle.

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

Etter vår vurdering dekker ikke risiko- og sårbarhetsanalysene som pleie- og omsorgsenhetene utarbeider på HMS-området i tilstrekkelig grad brukerperspektivet 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 Alvdal 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, - slik som eksempelvis for brannfare, - er risikovurderingene som forskriften stiller krav om noe litt annet enn de ROS-analysene som er utarbeidet.

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

Etter revisjonens vurdering har pleie- og omsorgsenhetene i Alvdal kommune vært flink til å få på plass ordninger med pårørenderepresentanter. Kommunen har imidlertid et potensial for en mer systematisk gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser.

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))

Også forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring legger stor vekt på brukerperspektivet som utgangspunktet for all evaluering og planlegging. 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. Det er opp til enhetslederne å bestemme når disse skal gjennomføres. En ordning hvor det er faste sykluser for hele kommunens tjenesteapparat for hvilke undersøkelser som skal gjennomføres til hvilken tid, vil gi grunnlag for mer systematisk kunnskap. Samtidig kunne man unngått uheldige kollisjoner for brukere som må svare på flere undersøkelser. Det synes også å være behov for en mer strukturert gjengivelse av resultatene i kommunens årsberetning. Revisjonen anser dette som viktig styringsinformasjon for kommunestyret. Vi finner det imidlertid godt gjort at Solsida har analysert bruker- og pårørendeundersøkelsen i 2018, og tatt med seg forbedringspunktene inn i planleggingen av 2019-aktiviteten sin.

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

Etter vår vurdering arbeider kommunen aktivt for å ivareta kvalitetskravene. Dokumentasjonen er imidlertid fragmentert, og systematikken kunne med fordel vært synliggjort på en bedre måte.

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 gjennomgås 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 arbeidet med å sikre og å heve kvaliteten på tjenestene vektlegges sterkt hos de tre omsorgsenhetene. 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. Forskriftskravet om systematikk rundt gjennomføring, evaluering og korrigerings anser vi dermed som tilfredsstillende ivaretatt.

Etter vår vurdering kan kravet til systematikk og dokumentasjon av planleggingsarbeidet forbedres. Som allerede påpekt vil en egen ROS-analyse for tjenestekvalitet kunne synliggjøre koblingene mellom erfaringer og tiltak for kvalitetssikring. På tilsvarende måte sakner vi en tydeligere dokumentasjon av at brukerundersøkelser og kvalitetsindikatorer blir brukt som planleggingsgrunnlag.

Alvdal kommune har en flat struktur med tre enhetsledere som alle er ansvarlig for at forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring følges. I tillegg til at dokumentasjonen er å finne ulike steder fører dette til at arbeidet fremstår som noe fragmentert. Etter revisjonens mening 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 kvalitetskravene i helse- og omsorgslovgivningen.

6.4 Revisjonens konklusjon

Vi mener at Alvdal kommune har et internkontrollsystem som legger godt til rette for at pleie- og omsorgstjenester ytes i tråd med enkeltvedtak og kvalitetsstandarder.

Undersøkelsen har gitt oss grunn til å mene at kommunen har et hensiktsmessig elektronisk kvalitetssystem der skriftlige prosedyrer forteller hvordan ting skal gjøres, og hvor avvikssystemet brukes aktivt som grunnlag for kvalitetsforbedring. Lovgivers krav til brukermedvirkning anser vi som ivaretatt gjennom de rutiner og prosedyrer som er etablert, og det er etablert rutiner for å sjekke at faktisk tjenesteyting er hjemlet i enkeltvedtak.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring stiller også krav til dokumentasjon av en systematisk planlegging av kvalitetsarbeidet. Risiko- og sårbarhetsanalyser for tjenestekvaliteten, ulike kvalitetsindikatorer og bruker- og pårørendeundersøkelser er med på å danne grunnlaget for slik planlegging. Vi sakner en tydeligere dokumentasjon av at pleie- og omsorgsenhetene benytter slike data. Vi mener også at bruker- og pårørendeundersøkelser kunne vært gjennomført på en mer systematisk måte, og at resultatene fra disse kunne vært presentert i kommunens årsberetning. I tillegg ville et sammenfattende dokument for hvordan prosesskravene i forskriften blir ivaretatt gitt en tydeligere dokumentasjon av at kommunen ivaretar ansvaret sitt.

7. RÅDMANNENS UTTALELSE

Den foreløpige rapporten ble oversendt til rådmannen for uttalelse. I svarbrev av 25.09.19 heter det blant annet:

Det som blir pekt på er kjente utfordringer, og det er nyttig hjelp for vurdering av hvordan vi bør jobbe videre.

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

8. SAMMENDRAG OG REVISJONENS ANBEFALINGER

8.1 Sammenndrag

Formålet med denne rapporten har vært å finne ut om Alvdal 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 kommunene 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. Funnene har blitt holdt opp mot de mest sentrale bestemmelsene i Forvaltningsloven og saksbehandlingsreglene i særlovene på området.

Revisjonens hovedinntrykk er at søkerens grunnleggende rettigheter har blitt ivaretatt. Kommunen har etablert system og rammeverk for saksbehandlingen som vi finner hensiktsmessig. Vi har imidlertid funnet noen avvik i forhold til regelverket som ikke har blitt avdekket gjennom kommunens internkontroll, og vi har i tillegg noen merknader om forbedringspunkter for saksbehandlingen.

I noen tilfeller har det tatt unødig lang tid å behandle søknader eller innmeldte behov, og for noen av disse har det ført til at det har blitt gitt tjenester over relativt lang tid uten gyldig vedtak. Vi mener også at det er behov for å gå gjennom malene for hjemmelshenvisninger og melding om vedtak, og at internkontrollen burde ha avdekket noen mer enkeltstående avvik.

Vi betrakter søkerens rett til medvirkning ved utforming av tjenestene som en så sentral bestemmelse at det bør presiseres med større tydelighet i hoveddokumentet for saksbehandlingen hvordan dette har foregått. Også faktagrunnlaget kunne i de fleste tilfellene vært presisert tydeligere. Vi har også påpekt mangelfull henvisning til kommunens egne kriterier for tildeling av tjenester, og finner det ikke dokumentert at søknadene har blitt vurdert opp mot disse styringsdokumentene. Vi finner det kritikkverdig at det ikke er henvist til den lokale forskriften for tildeling av langtidsopphold ved sykehjemmet.

Kommunen har en organisering hvor saksbehandlerne primært har helsefaglig kompetanse. En så sterk desentralisert forvaltningsmyndighet er etter vår oppfatning en kritisk faktor for kvaliteten på saksbehandlingen. Det har ligget utenfor prosjektets formål å undersøke om Alvdal har en hensiktsmessig organisering av disse oppgavene, men vi finner det naturlig at spørsmålet reiser seg når rapporten skal følges opp.

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

Vi har konkludert med at internkontrollsystemene legger godt til rette for at pleie- og omsorgstjenestene ytes i tråd med vedtak og standarder for god kvalitet. Som grunnlag for denne konklusjonen har vi vurdert systemene opp mot de mest sentrale internkontrollbestemmelsene i helse- og omsorgslovgivningen.

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

Selv om vi mener at systemene i all hovedsak lever opp til disse kravene, har vi kommet med noen innspill til forbedringer. Vi mener at bruker- og pårørendeundersøkelser med fordel bør gjennomføres etter forhåndsbestemte sykluser, og at det bør legges større vekt på å formidle resultatene fra undersøkelsene til kommunestyret. Kommunestyret har det øverste ansvaret for kvaliteten på tjenestene, og denne type styringsinformasjon er nødvendig for å utøve ansvaret. Vi mener også at de særskilte kravene til risiko- og sårbarhetsanalyser for disse tjenestene krever bedre synliggjøring, og at kvalitetsindikatorer for tjenestene i større grad burde fremgått i planleggings- og rapporteringsdokumenter.

Kommunen skal kunne dokumentere at prosessene rundt kvalitetsforbedring blir gjennomført, og at systemdokumentene blir ajourført minst en gang i året. Organiseringen i tre ulike pleie- og omsorgsenheter med noe ulike måter å løse det på bidrar til at denne dokumentasjonen fremstår som noe fragmentert. Etter revisjonens mening kunne kommunen med fordel ha utarbeidet et overordnet dokument som oppsummerer hvordan prosessene har blitt gjennomført og forteller hvor dokumentasjonen finnes.

8.2 Revisjonens anbefalinger

Vi vil anbefale at Alvdal kommune bør:

- Påse at søknader om tjenester avgjøres uten ugrunnet opphold gjennom formelle enkeltvedtak.
- Nedtegne i hoveddokumentene for enkeltvedtakene hvordan søkerens rett til medvirkning har foregått og hvilket faktagrunnlag som ligger til grunn for vedtaket.
- Gjennomgå malene for enkeltvedtak slik at det blir angitt korrekte og fullstendige lovhjemler.
- Dokumentere bedre at søknader blir vurdert opp mot kommunens kriterier for tildeling av tjenester.
- Utarbeide særskilte risiko- og sårbarhetsanalyser for kommunens pleie- og omsorgstjenester.
- Dokumentere bedre datagrunnlaget og prosessene som gjennomføres for å evaluere og planlegge kvalitetsforbedring av tjenestene.

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
- Forskrift om offentlige arkiv (arkivforskriften)
- Tjenestebeskrivelser og kriterier for tildeling av helse og omsorgstjenester i Alvdal kommune. Vedtatt av kommunestyret i sak 26/19.
- Lokal forskrift om tildeling av langtidsopphold og helse og omsorgstjenester i sykehjem (FOR-2017-06-22-2465)
- Alvdal kommunes delegeringsreglement
- Alvdal kommunes hjemmesider for helse, omsorg og levekår
- Alvdal 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 enhetslederne for Solsida, TFF og HBO

9.2 Vedlegg: Rådmannens uttalelse

		ALVDAL KOMMUNE		
		RÅDMANNEN ENHET SOLSIDA OMSORGSHEIM		
Revisjon Fjell IKS Rytrøa 14				
2550 OS I ØSTERDALEN		Unntatt offentlig innsyn OfI §13		
		Alvdal, 25.09.2019		
<i>Vår ref.</i> 19/611-4 (Vennligst oppgi "Vår ref." ved svar)	<i>Lopenr.</i> 8203/19	<i>Arkivkode</i> 217	<i>Saksbehandler</i> Ranveig Ødegård	<i>Deres ref.</i>
TILBAKEMELDING PÅ FORELØPIG RAPPORT - FORVALTNINGSREVISJON - HELSE- OG OMSORGSTJENESTER I ALVDAL KOMMUNE RAPPORT TIL UTTALELSE				
Tilbakemeldingen er utarbeidet i samarbeid mellom enhetslederne i Hjemmebasert omsorg (HBO), Tiltak og tjenester for funksjonshemmede (TFF) og Solsida omsorgsheim. Vi takker for konstruktive tilbakemeldinger etter tilsyn. Det som blir pekt på er kjente utfordringer, og det er nyttig hjelp for vurdering av hvordan vi bør jobbe videre. Vi vil kommenterer noen av de momenter som er kommet fram.				
<u>Vedtaksbehandling:</u> <i>Foreløpig rapport sier:</i> «I noen tilfeller har det tatt unødig lang tid å behandle søknader eller innmeldte behov, og for noen av disse har det ført til at det har blitt gitt tjenester over relativt lang tid uten gyldig vedtak» <i>Kommentar fra oss:</i> I Alvdal kommune tar det i de fleste tilfeller kort tid fra søknad kommer til tiltak er iverksatt, dvs. muntlig svar gis raskt. Det jobbes nå aktivt for å forbedre rutine rundt forvaltningslovens regler/tidsfrister i forhold til skriftlig tilbakemelding, dvs formelt vedtak.				
<u>Vedtaksmalere:</u> <i>Foreløpig rapport sier:</i> «Vi mener også at det er behov for å gå gjennom malene for hjemmelshenvisninger og melding om vedtak» <i>Kommentar fra oss:</i> Det er startet et arbeid for å forbedre malene med klart språk, henvisninger til lokal forskrift og kommunale kriterier for tildeling av tjenester, hvordan brukermedvirkning er ivarettatt, opplysning om innkommet søknad, eller årsak ved manglende søknad (for eksempel henvendelse fra sykehus), samt kvalitetssikre lovhenvvisninger. Det jobbes med standard tekst for saksutredning, slik at en sikrer blant annet søkerens ønsker og medvirkning og ellers fakta i saken.				
<u>Bruker- og pårørendeundersøkelser:</u> <i>Foreløpig rapport sier:</i> «Vi mener at bruker – og pårørendeundersøkelser med fordel bør gjennomføres etter forhåndsbestemte sykluser, og at det bør legges større vekt på å formidle resultatene fra undersøkelsene til kommunestyret» <i>Kommentar fra oss:</i> Bruker- og pårørendeundersøkelser gjennomføres hvert 2.år i institusjon. Resultatene blir tatt opp internt i enheten både i personalet og i pårørendemøte etter at resultatene foreligger. Det blir satt opp tiltaksplaner for å forbedre svake områder. Tidligere er det også				
Postadresse 2560 ALVDAL	Besøksadresse Solsida, Torsheimv 21 E-post: postmottak@alvdal.kommune.no	Telefon 62 48 94 00	Telefaks	Org.nr: NO 939984194 MVA Bankgiro: 1895.06.00140 Kto.skatt: 7855.05.04382

kommet tydelig fram i årsmeldingene, men siste året hadde kommunen en forenklet årsmelding med kun utdrag av resultater. For å øke lesbarheten har vi blitt enige om at brukerundersøkelser vil være som vedlegg og ikke tas inn i hoveddokumentet for årsberetningen. Bruker- og pårørendeundersøkelser er diskutert flere ganger i ledergruppen, men det er ikke tatt avgjørelse i forhold til faste sykluser for alle områder.

Risiko- og sårbarhetsanalyser:

Foreløpig rapport sier: «Vi mener også at de særskilte kravene til risiko - og sårbarhetsanalyser for disse tjenestene krever bedre synliggjøring, og at kvalitetsindikatorer for tjenestene i større grad burde fremgått i planleggings- og rapporteringsdokumenter».

Kommentar fra oss: Vi ser behovet for systematisk risiko- og sårbarhetsanalyser i forhold til tjenesteytingen, og tenker at dette bør komme som en oppfølging etter resultatene fra bruker- og pårørendeundersøkelser.

Vi registrer i forhold til de fleste av Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer. Flere av indikatorene ligger automatisk i IPLOS-registreringen som gjøres på alle pasienter/beboere, ernæringsjournal benyttes, likeså inneholder KOSTA-rapportering mange indikatorer.

Brukermedvirkning:

Foreløpig rapport sier: «Vi betrakter søkerens rett til medvirkning ved utforming av tjenestene som en så sentral bestemmelse at det bør presiseres med større tydelighet i hoveddokumentet for saksbehandlingen hvordan dette har foregått.

Kommentar fra oss: Vi mener at vi i stor grad har brukermedvirkning, men at vi er for dårlig til å dokumentere dette systematisk og skriftlig. Dette skal forbedres med bedre maler i saksbehandlingen.

Dette er foreløpige innspill og vi vil jobbe forløpende med å forbedre de forhold som er påpekt.

Med hilsen

Ødegård Ranveig
Enhetsleder Solsida omsorgsheim

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes ut uten signatur

Kopi:
Konstituert rådmann Per Arne Aaen
Konstituert ass.rådmann Anita Engelberg
Enhetsleder HBO Tanja Westgård H.
Enhetsleder TFF Linda Granrud

9.3 Vedlegg: Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for 2018

	Alvdal	Hedmark	Landet
Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder:			
<i>Andel av beboere med langtidsopphold som har blitt vurdert</i>	43,5 %	45,1 %	46,7 %
Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene			
<i>Andel samlet sykefravær i pleie og omsorgstjenesten</i>	9,3 %	12,5 %	11,6 %
Sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 måneder			
<i>Andel av beboere med langtidsopphold som har blitt vurdert</i>	78,3 %	60,8 %	63,9 %
Fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten			
<i>Andel med fagutdanning totalt</i>	68,4 %	73,2 %	74,5 %
<i>Andel med fagutdanning fra høyskole</i>	25,0 %	33,0 %	35,0 %
Oppfølging av ernæringsbeboere på sykehjem			
<i>Andel beboere på langtidsopphold som har fått kartlagt sitt ernæringsbehov siste 12 mnd</i>	47,8 %	51,4 %	46,2 %
Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem			
<i>Andel beboere på langtidsopphold som har hatt legemiddelgjennomgang siste 12 mnd</i>	91,3 %	52,7 %	54,5 %
Dagaktivitetstilbud til personer med utviklingshemming			
<i>Andel personer med psykisk utviklingshemming med vedtak om dagaktivisering</i>	N/A	29,2 %	33,6 %
Dagaktivitetstilbud til personer med demens			
<i>Andel hjemmeboende med demens som har vedtak om et dagaktivitetstilbud</i>	58,3 %	33,3 %	29,2 %
Ventetid på sykehjemsplass			
<i>Andel personer som har mottatt langtidsplass innen 15 dager etter at vedtak er fattet</i>	100,0 %	92,6 %	89,1 %
Ventetid på støttekontakt			
<i>Andel personer som har mottatt tjenesten innen 15 dager etter at vedtak er fattet</i>	100,0 %	79,9 %	82,0 %
Mottakere av rehabilitering i hjemmet med individuell plan			
<i>Andel av mottakerne av tjenesten som har individuell plan</i>	N/A	11,5 %	6,6 %
Mottakere av habilitering og rehabilitering på institusjon med individuell plan			
<i>Andel av mottakerne av tidsbegrenset opphold som har individuell plan</i>	N/A	0,6 %	1,9 %
Ventetid på dagaktivitetstilbud			
<i>Andel vedtak som blir iverksatt innen 15 dager</i>	100,0 %	85,1 %	82,9 %
Ventetid på helsetjenester i hjemmet			
<i>Andel vedtak med iverksettingstid innen 15 dager</i>	100,0 %	96,5 %	95,7 %
Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende			
<i>Andel som har fått kartlagt sin ernæringsstatus siste 12 måneder</i>	15,3 %	27,9 %	15,8 %
Reinnleggelser blant eldre 30 dager etter utskrivning			
<i>Sannsynlighet for reinnleggelse i sykehus innen 30 dager etter utskrivning (2017-data)</i>	13,6 %	15,2 %	15,1 %
Kommunale årsverk i psykisk helse- og rusarbeid			
<i>Antall årsverk pr 1.000 innbyggere innen psykisk helse og rus</i>	2,1	2,6	3,0
Enerom med eget bad og WC			
<i>Andel brukertilpassede enerom</i>	85,2 %	91,0 %	87,8 %
Legetimer pr beboer i sykehjem			
<i>Legetimer pr uke per beboer i sykehjem</i>	0,27	0,47	0,55
Bistand til å delta i arbeid og utdanning			
<i>Andel søkere med innfridde behov og ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning</i>	81,8 %	76,4 %	77,2 %
Bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter			
<i>Andel søkere med innfridde behov og ønsker om bistand til å delta (2017-data)</i>	41,2 %	58,3 %	60,1 %
Hjelp til reise til og fra organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktivitet			
<i>Andel søkere med innfridde behov og ønsker om hjelp (2017-data)</i>	30,4 %	55,3 %	56,5 %
Hjelp til reise til og fra utdanning			
<i>Andel søkere med innfridde behov og ønsker (2017-data)</i>	82,4 %	70,2 %	75,0 %