

Tildeling av helse- og omsorgstjenester

Steinkjer kommune

FR1338

2025



FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Steinkjer kommunes kontrollutvalg i perioden august 2025 til mai 2026.

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

Alle rapporter fra Revisjon Midt-Norge SA publiseres på www.revisjonmidt norge.no.

Trondheim 19.05. 2026

Trine Holter

Oppdragsansvarlig revisor

Grethe Gilstad

Prosjektmedarbeider

SAMMENDRAG

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra kontrollutvalget i

Revisor konkluderer på problemstillinga for revisjonen med at Steinkjer kommune har delegert ansvar og myndighet. Kriterier for tildeling av tjenester er skriftliggjorte, men informasjonen som ligger tilgjengelig for innbyggerne er noe mangelfull. Kommunen gjennomfører ved hjelp av et standardisert skjema systematisk og dokumentert kartlegging, men det er en svakhet at enkelte opplever at skjemaet ikke fyller deres faglige behov. Brukermedvirkning er forsvarlig ivare tatt.

De ansatte får i liten grad skolering innafor saksområdet de har ansvar for. Dette gjelder både forvaltningssjøs og innafor generell saksbehandling. Manglende kompetanse kan både senke kvaliteten på saksbehandlinga, det kan rukke ved prinsippet om at likebehandling av søknader og det kan føre til feil vedtak. Det er utvikla mal for vedtaksbrev som er i tråd med lovkrav.

Kommunen bruker avvikssystemet aktivt både for å fange opp og korrigere feil og for å bruke i utviklingsarbeid. Steinkjer kommune har etablert alle tjenestene som ligger i mestringstrappa, men vil i en del tilfeller ikke kunne gi det tilbudet som ligger i vedtak innafor rimelig tid, blant anna på grunn av manglende personell.

Revisor anbefaler Steinkjer kommune å:

- Sette opplæring og kompetanseheving hos de ansatte i system
- Å sikre at alle tjenester blir gitt i tråd med innhold i vedtak

1 INNLEDNING

1.1 Bestilling

Revisjon Midt-Norge utarbeidet med bakgrunn i bestilling i kontrollutvalget (sak 2/2025) en prosjektplan med to problemstillinger innfor eldre- og yngreomsorg. Prosjektplanen ble vedtatt enstemmig vedtatt i møte 25.04.2025.

Etter å ha gjennomført første del av datainnsamlinga, så imidlertid revisor at det ikke var mulig å besvare begge problemstillingene godt nok uten å kunne gå mer detaljert inn på praksis for tildeling av tjenester. Revisor gikk derfor tilbake til kontrollutvalget i møtet 17.10.2025 og foreslo å bestille en tilleggsundersøkelse for å få belyst praksis for tildeling av tjenester. Revisor foreslo samtidig å omarbeide problemstillinga for den opprinnelig vedtatte forvaltningsrevisjonen slik at den kun fanger opp forhold som går på overordna føringer og de formelle rammene som regulerer tildeling av helse- og omsorgstjenester. Forslaget ble enstemmig vedtatt av kontrollutvalget.

1.2 Problemstillinger

Denne forvaltningsrevisjonen har følgende problemstilling:

Har Steinkjer kommunen tilfredsstillende system for tildeling av helse- og omsorgstjenester innafor eldre- og yngreomsorgen?

Aktuelle tema er:

- Fordeling av ansvar og myndighet i søknadsbehandling og tildeling av tjenester
- Kriterier for tildeling av tjenester
- Kartleggingsverktøy
- Skriftliggjøring av formelle krav til innhold i vedtak
- Oversikt over avvik og ikke gitte tjenester
- Sammenheng mellom kommunens reelle tjenestetilbud og tjenester i omsorgstrappa

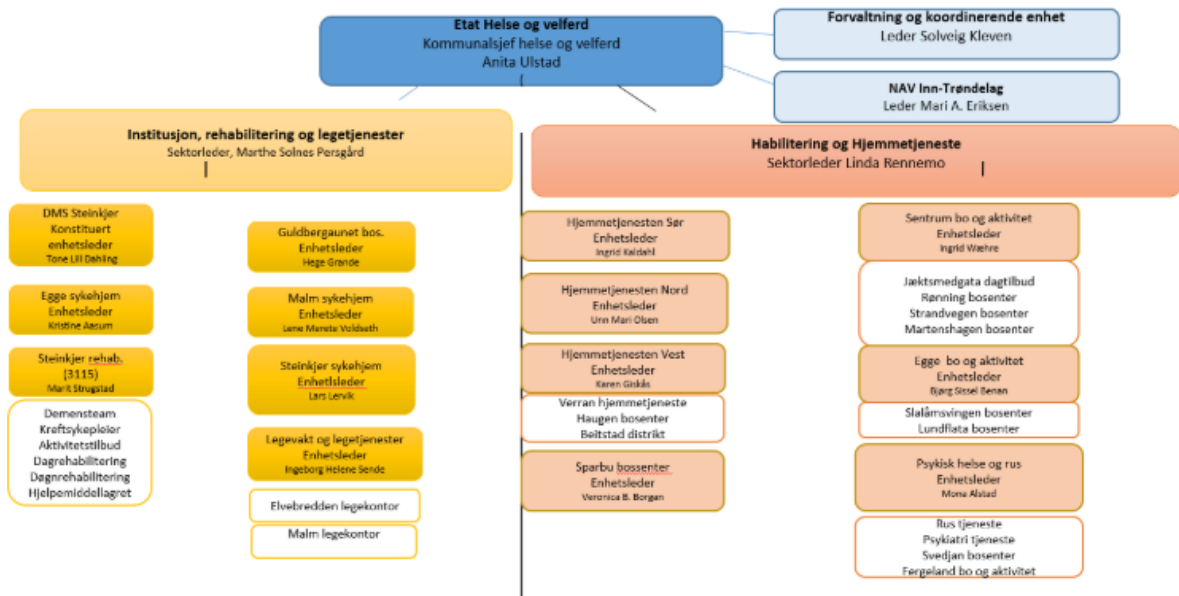
1.3 Avgrensning

Enhet for forvaltning og koordinerende enhet behandler alle søknader om helse- og omsorgstjenester i Steinkjer kommune, uavhengig av alder på søker, type tjenester og omfang på tjenestebehov. Revisor har avgrenset problemstillinga til bare å se på tildeling av tjenester over et visst tjenestenivå og ikke skille på alder hos søker. Tittel på rapporten gjenspeiler dette valget ved å hete "Tildeling av helse- og omsorgstjenester". Revisjonen ser derfor bare på tjenester som er plassert på trinn 2 eller høyere i mestringstrappa, se fig. 2.

Noe av det innsamla datamaterialet fra forvaltningsrevisjonen og noe av det datamaterialet som er samla inn til undersøkelsen av brukerstyrt personlig assistanse belyser begge problemstillingene. Informasjonen er i disse tilfellene brukt i den begge rapportene. Siste brukerundersøkelse ble gjennomført i 2018. Det er gjort endringer i organisasjon og tjenestetilbud etter den tid og denne er derfor ikke relevant for denne revisjonen.

1.4 Organisering av eldre- og yngreomsorgen

De tjenestene forvaltningsrevisjonen ser på, er organisatorisk plassert under kommunalsjef helse og velferd, se figur 1.



Figur 1. Organisasjonskart for etat helse- og omsorg i Steinkjer kommune (2026)

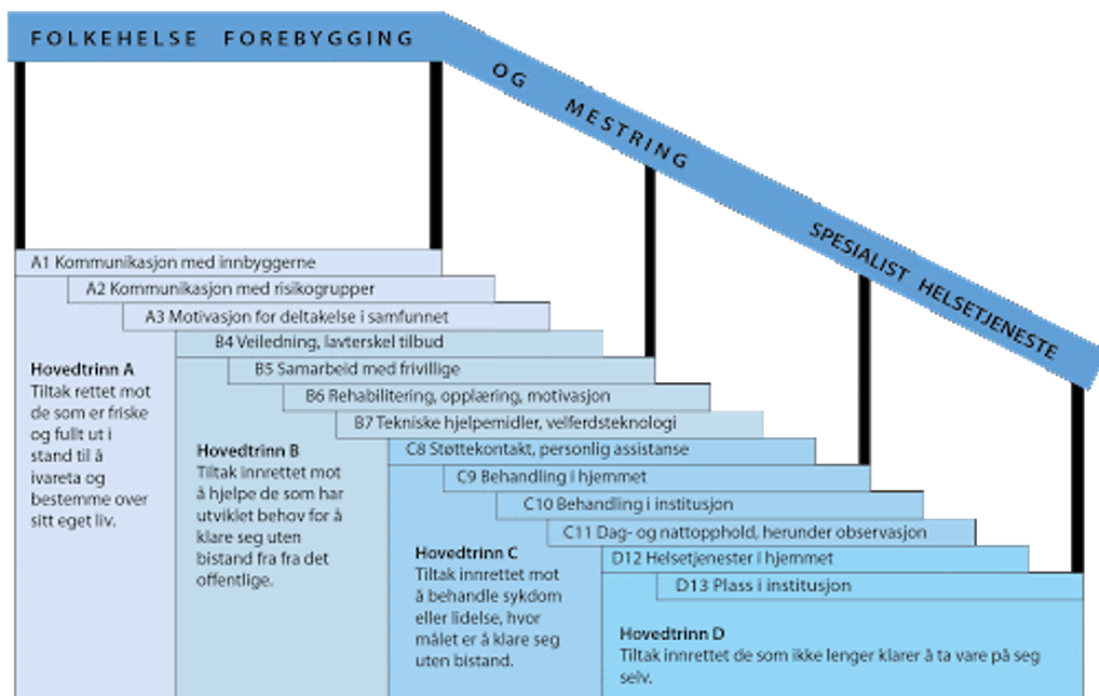
Kilde: Steinkjer kommune

Steinkjer kommune oppretta i 2009 forvaltning og koordinerende enhet (forvaltningskontoret). Forvaltningskontoret samordner saksbehandling og tildeling av tjenester ut fra den enkelte søkers tjenestebehov. Forvaltningskontoret hadde per september 2025 ti årsverk og seks av disse er øremerka saksbehandling. Kontoret har all søknadsbehandling for søkere over 18 år og har i tillegg behandling av søknader om BPA til personer under 18 år. Ansattgruppa ved forvaltningskontoret er både helsefagarbeidere, vernepleiere, sosionom og sykepleiere

Saksbehandling skjer også ved koordinerende enhet. Denne er delt i to, enhet avlasting barn/unge behandler søknader om tjenester for yngre brukere (0-18 år), den andre enheten behandler søknad om tjenester for eldre brukere (over 18 år). Koordinerende enhet har koordineringsteam. Forvaltningskontoret og koordinerende enhet har felles leder.

Mestringsstrappa

Steinkjer utforma i 2020 mestringsstrappa, se figur 2. Denne ligger tilgjengelig for publikum på hjemmesida. Dokumentet er en del av eldrestrategien, og er ikke politisk behandla. I trappa er tjenestebehov kobla til hvilke tjenester som er nødvendig for å gi et forsvarlig og individuelt tilpassa helsetilbud til den enkelte innbygger.



Figur 2. Mestringsstrappa for Steinkjer kommune (2020)

Kilde: Steinkjer kommune

1.5 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001¹. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Steinkjer kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

1.5.1 Datamateriale

Vi har brukt flere metoder for å samle inn data til dette prosjektet.

Intervju

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

Revisor har gjennomført sju enkeltintervju. Revisor intervjuet kommunalsjef, leder for forvaltning og koordinerende enhet og ansatte som arbeider med saksbehandling av søknader for alle aldergrupper.

Med ett unntak, er alle intervjuene gjennomført fysisk. Kommunedirektøren var på intervjutidspunktene konstituert og revisor valgte å ikke intervju vedkommende. Alle informantene har i etterkant av samtalen godkjent referatene og det er disse som blir brukt som datagrunnlag.

Dokumentgjennomgang

Revisor har gjennomgått delegasjonsreglement, tildelingskriterier, kartleggingsverktøy og rutiner for saksbehandling og vedtak. Noe av informasjonen ligger tilgjengelig på kommunens hjemmeside. Andre dokument, for eksempel rutiner for kartlegging og saksbehandling, ligger på interne system. Revisor har fått disse tilsendt på forespørsel.

¹ [RSK 001](#)

Analysen tar utgangspunkt i retningslinjer for saksbehandling og tildeling av tjenester som var gjeldende under datainnsamlinga i perioden august 2025 - mars 2026. Eventuelle endringer gjort av kommunen etter dette, er ikke en del av revisjonen.

Vedtaks- og journalgjennomgang

Revisor har gjort stikkprøver av 10 vedtak fatta av forvaltningskontoret i perioden 2021-2026. Vedtakene gjelder tjenester som ligger fra hovedtrinn B-D i mestringstrappa, se figur 2. De gjennomgåtte sakene dekker tildeling av hjemmetjenester, tildeling av plass på bosenter eller sjukehjem, omsorgsstønad, tildeling av hjemmeavlastning ,rehabilitering, motivasjonsarbeid og tildeling av støttekontakt. Det ble ikke gjort noen gjennomgang av flere saker på samme tjeneste.

Gjennomgangen av vedtak ble gjort digitalt ved at leder for forvaltning og koordinerende enhet delte skjerm og sammen med revisor gikk gjennom vedtakene. Utplukket var gjort av leder i forkant og det ble sett på følgende sjekkpunkt:

- hvordan blir kartleggingsarbeidet gjennomført
- hvilken dokumentasjon ligger til grunn for vedtak
- hva inneholder et vedtaksbrev

Formålet med gjennomgangen er å se på hvilke rutiner som finnes for saksbehandlinga, hvilken informasjon og dokumentasjon som ligger til grunn for vedtakene og om utsendte vedtak er formulert i tråd med lovkrav.

Det ble også gjort gjennomgang av journalen til de samme brukerne. Sjekkpunkt var:

- om det er gjennomført re-kartlegging
- om bruker har fått tildelt primærkontakt
- om innhold i hverdagssamtaler med bruker og evt. pårørendesamtalene er skriftlig dokumentert
- om brukermedvirkning er ivaretatt

Revisor har sett enkeltvedtak opp mot journal, men har ikke gjort noen vurdering av om vedtaket er korrekt eller ikke. Vi har heller ikke gått inn i klagesaker.

Avvik

Kommunen tok i 2021 i bruk EQS som avvikssystem. En ansatt på enhet for forvaltningskotoret delte digitalt en liste med meldte avvik for perioden 2021-2026. Revisor gjorde ut fra lista selv et tilfeldig utplukk og så nærmere på omtrent 20 meldinger.

Alle avvikene gikk direkte på forhold som ligger under helse- og omsorgstjenesteloven. Avvikene hadde ulik alvorlighetsgrad. Det ble spesielt sett på medikamenthåndtering, pasientrelaterte avvik og tjenestesvikt. Under siste kategori ble det sett spesielt på avvik sortert som «ikke fått vedtatt tjeneste» eller at «pleieplan/tiltak ikke fulgt». Revisor så både på melderens presentasjon av hendelsen og forslag til tiltak og på videre behandling av avviksmeldinga. Det ble også sett på om tidsfrist for avviksbehandlingen ble overholdt. Av personvern hensyn blir det i rapporten ikke gått inn på detaljer eller enkeltsaker.

1.5.2 Vurdering av metode

Problemstillingen omhandler om Steinkjer kommune har tilfredsstillende system for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Siste brukerundersøkelse ble gjennomført i 2018 og det er etter den tid gjennomført både kommunesammenslåing og gjort endringer i lovverk og tjenestetilbud. Undersøkelsen er derfor ikke tatt inn i datamaterialet.

Det er ikke innhenta informasjon direkte fra brukere eller pårørende. Individuelle historier gir erfaringsvis ikke data som styrker datagrunnlaget for analyse av kommunale tjenester sett på et overordnet nivå. Brukerperspektivet er belyst gjennom data fra kartleggingsamtale, søknadsbehandling og notat i journal. Sjekkpunktene er om bruker og evt. pårørende er hørt når det gjelder tildeling og organisering av de tjenester som blir gitt, om bruker har fått tildelt primærkontakt, om det er gjennomført pårørendesamtale og om det er gjennomført skriftlig re-vurdering av tilbudet. Dette er skriftlig dokumentert informasjon som ligger i brukers journal.

Intervju er en sentral informasjonskilde i dette prosjektet. Det er gjennomført intervju med sju ulike personer med ulike oppgaver på ulike nivå i organisasjonen. Samtalene gir dermed informasjon som representerer flere forskjellige perspektiv. Revisor mener på denne måten å ha et bredt og nyansert intervjumateriale.

Når det gjelder gjennomgang av vedtak, er dette ikke et tilfeldig utplukk. Vedtakene ble funnet fram av en ansatt ut fra formål å dekke flest mulig av de tjenestene kommunen gir. Dette datamaterialet inneholdt både vedtak som innvilger og vedtak som gir avslag på tjenester. De vedtakene revisor gikk igjennom, ga et godt inntrykk av hvordan det ble jobbet med kartlegging, hvilket dokumentasjonsgrunnlag vedtak er basert på, om brukermedvirkning er ivarettatt og om vedtak ble fatta i tråd med lovverk. Det er imidlertid en svakhet at datamaterialet er såpass lite at det begrenser muligheten for å generalisere og å konkludere på grunnlag av det.

Når det gjelder avvik, ble det tatt opp ei liste som det ble scrolla gjennom. Denne gjennomgangen ga et overblikk over hva det ble meldt avvik på og hvilken alvorlighetsgrad disse hadde. Revisor plukket undervegs selv ut saker som ble sett nærmere på, men gikk ikke inn i detaljer. Vi vet ingenting om det totale omfanget av avviksmeldinger, men revisor mener at måten gjennomgangen blir gjort på, gjør det metodisk forsvarlig å kunne trekke konklusjoner på tema.

Revisor vurderer at datamaterialet totalt sett er omfattende og bredt nok til å kunne belyse problemstillingene som lå i bestillinga fra kontrollutvalget. Ananalysen er basert på informasjon tilgjengelig på anlysetidspunktet og eventuelle endringer etter prill 2026 er ikke fanga opp.

1.6 Uttalelse om rapport

En foreløpig rapport ble sendt til kommunedirektøren for uttalelse 05.05.2026. Revisjon Midt-Norge SA mottok svar 19.05.2026. Uttalelsen er vedlagt rapporten (vedlegg 2).

Kommunen hadde tre kommentarer. Den første er en tilleggsopplysning på organisatorisk nivå, de to andre erto mindre presiseringer som gjelder kartleggingsverktøy. Revisor har lagt inn presiseringene i rapporten.

2 TILDELING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

2.1 Problemstilling

Har Steinkjer kommunen tilfredsstillende system for tildeling av helse- og omsorgstjenester innafor eldre- og yngreomsorgen?

2.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- Kommunen skal ha dokumentert delegering av ansvar og myndighet for å fatte vedtak
- Kommunen bør ha oppdaterte og skriftlige kriterier for tildeling av tjenester
- Tildelingskriteriene bør være tilgjengelige for publikum
- Kommunen skal sikre helhetlig og systematisk kartlegging av brukers behov og de faglige vurderinger skal være dokumentert i i journal.
- Kommunen skal sikre brukermedvirkning i kartlegginga og relevante opplysninger om brukerens situasjon og ønsker skal dokumenteres
- Kommunen skal sørge for at de ansatte får nødvendig opplæring i regelverk og interne rutiner og prosedyrer som er nødvendig for å utføre arbeidsoppgavene forsvarlig
- Kommunen skal fatte skriftlige enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester i tråd med utvalgte krav i forvaltningsloven
- Kommunen skal sikre at avvik og uønskede hendelser knyttet til tjenesteleveranse blir meldt, registrert, vurdert, fulgt opp og brukt i forbedringsarbeidet
- Kommunen bør tilby tjenester som er i tråd med tjenester beskrevet i mestringstrappa

Utledning av vurderingskriteriene ligger i vedlegg 1.

2.3 Delegering av ansvar og myndighet

2.3.1 Funn

Delegeringsreglement² for Steinkjer kommune ble politisk vedtatt i 2025 og ligger på kommunens hjemmeside. Reglementet er delt opp etter lov og viser hvem som har avgjørelsesmyndighet på det enkelte fagområdet. Her står at kommunedirektøren er delegert myndighet f.eks. når det gjelder helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Revisor har også fått tilsendt delegeringsreglement fra 2020 som gjelder linjene fra kommunedirektøren og nedover i organisasjonen. Denne inkluderer det som da ble kalt helseetaten i kommunen. Dokumentet viser at kommunedirektør har delegert myndighet til kommunalsjef som igjen kan videredelegere myndighet til enhetsledere. Delegeringen er konkret på lovverk og definerer hvilke tjenester som ligger under det enkelte området. Her står at leder for enhet for forvaltning og koordinerende enhet er delegert myndighet til å fatte enkeltvedtak om tjenester. Det blir i intervju fortalt at leder godkjenner og signerer alle vedtak sammen med saksbehandler.

2.3.2 Revisors vurdering

Kommunen har dokumentert delegering av ansvar og myndighet for å fatte vedtak

Kommunen har skrifteliggjort delegasjonsreglement som er oppdaterte og vedtatt i nyere tid. Disse viser delegering både i organisasjonen på overordna nivå og på de enkelte tjenesteområda. Delegeringa er gjort opp mot lovverk og viser hvilke oppgaver som ligger under hvilke deler av lovverket. Revisor vurderer derfor kriteriet som oppnådd.

² <https://www.steinkjer.kommune.no/f/p1/i90ea7ef2-0c29-4ee2-a22d-f05cab8a7883/delegeringsreglement-2023-2027-justert-02042025.pdf>

2.4 Tildelingskriterier

2.4.1 Funn

Tildelingskriteriene ligger i saksbehandlersystemet og ble sist oppdatert i april 2021. Revisor fikk disse tilsendt på forespørsel. Kriteriene viser til ulike deler av relevant lovverk, nasjonale faglige retningslinjer og gjeldende forsvarlighetskrav. I innledninga i dokumentet blir det understreka at de tildelte tjenestene skal være helhetlige og samordnet, at tjenestetilbudet skal være faglig forsvarlig og på lavest mulig nivå og at alle søkere skal få lik behandling i vurdering av søknader. Det blir understreka at det er viktig at forvaltningskontoret, koordinerende enhet og tjenesteytere samarbeider for å oppnå det.

I tillegg understrekes at det er vesentlig at forvaltningen bidrar til at kommunens økonomiske ramme utnyttes best mulig og at dette er et hensyn som skal være en del av arbeidet. Det ble av ansatte fra forvaltningskontoret sagt at de opplever kriteriene som tydelige og at de blir brukt aktivt i arbeidet med saksbehandlinga, Koordinerende enhet behandler anna type søknader og det ble i intervju sagt at de ikke opplever å ha tydelige skriftlige tildelingskriterier. Flere sa at dette er noe de ansatte både savner og har etterlyst hos nærmeste leder.

Dokumentet med tildelingskriteriene sorterer helse- og omsorgstjenestene i ulike nivå. Disse er i stor grad samsvarende med de ulike trinnene i mestringstrappa til kommunen, se figur 2. Den enkelte tjeneste er gjennomgått punktvis med og det er henvisning til lovverk, formål, målgruppe og hvilke kriterier som må bli oppfylt for å kunne ha rett på de enkelte tjenestene. Under kriteriene står hvilke vurderinger som skal danne grunnlag for en evt. tildeling.

2.4.2 Vurdering

Kommunen har skriftlige kriterier for tildeling av tjenester, men disse er ikke oppdatert i tråd med endring gjort i gjeldende lov, forskrift eller regelverk de siste fem år.

Steinkjer kommune har skriftlige og oppdaterte tildelingskriterier. Dokumentet viser til hvilket lovverk som ligger til grunn for tildeling av den enkelte tjeneste og angir hvilke vurderinger som skal ligge til grunn for å vurdere om søker fyller vilkår for tildeling av tjenester. Det er imidlertid en svakhet at ikke alle saksbehandlere opplever å ikke ha tydelige tildelingskriterier på sitt område. Dette øker risikoen både for at det blir brukt forskjellige vurderingskriterier mellom de ulike søkergruppene eller at kravet om likebehandling av søknader blir brutt. Det er også en svakhet at kriteriene ikke er oppdatert i forhold til endringer gjort i lov, forskrift eller regelverk de siste fem årene. For eksempel vil ikke endringer som påvirker hvordan kommunene skal praktisere tildeling av tjenester ligge inne i kriteriene. Utvidede pasientrettigheter i forhold til for

eksempel tannhelse vil heller ikke ligge inne i kriteriene. Revisor vurderer kriteriet som delvis oppfylt.

2.5 Informasjon om tildelingskriterier til publikum

2.5.1 Funn

En fullstendig oversikt over det totale tjenestetilbudet ligger på kommunens hjemmeside og er slik tilgjengelig for alle. Det ligger på rådhuset også tilgjengelig brosjyrer som gir samme informasjon.

For enkelte av tjenestene, for eksempel rusomsorg, hjemmehjelp og avlastningstilbud for barn og unge, står det kort om hvilke kriterier som gjelder for tildeling. For andre tjenester, for eksempel dagtilbud for personer med funksjonsnedsettelse eller demensomsorg, er informasjonen mindre detaljerte.

Hjemmesida inneholder lenke til søknadsskjema, men skjemaene inneholder ikke konkret informasjon om tildelingskriteriene. Revisor får i intervju fortalt at forvaltningskontoret ofte er i kontakt med aktuelle søkere og at det da blir informert blant anna om hvilke kriterier som gjelder og hvilke vurderinger som ligger som grunnlag for vedtak. Dette er også tema på hjemme- eller kartleggingsbesøk.

2.5.2 Vurdering

Tildelingskriteriene er tilgjengelig for publikum

Steinkjer kommunes hjemmeside inneholder en oversikt over samtlige tjenester som finnes innafor helse- og omsorgsområdet. Her ligger en oversikt over hva den enkelte tjeneste inneholder. For mange av tjenestene står det også er kort om kravene for tildeling av tjenestene. Revisor understreker at dette ikke er like tydelig for alle tilgjengelige tjenester. Revisor vurderer kriteriet som oppfylt.

2.6 Helhetlig og systematisk kartleggingsarbeid

2.6.1 Funn

Revisor ble i intervju fortalt at formålet med kartleggingsarbeidet er å sikre et godt, faglig grunnlag for å behandle den enkelte søknad, men også å sikre likebehandling ved at alle søknader har samme informasjonsgrunnlag når vurdering blir gjort og vedtak blir fatta.

Kartlegging blir ofte gjennomført ved hjelp av et skjema og en kartlegging kan ta opptil to timer. Skjemaet er laget i samarbeid med flere andre kommuner etter prinsipper fra kartleggingsverktøyet IPLOS. Skjemaet inneholder ei liste over funksjonsvariabler som skal kartlegge brukers fysiske tilstand og kognitive funksjonsnivå. Dette er for eksempel sansetester, kartlegging av ernæringsrisiko, informasjon om sosial deltakelse, fysiske boforhold eller oversikt over nåværende diagnoser og tjenester. Informasjonen blir henta både gjennom samtaler, observasjon og enkle tester. Flere sa i intervju at de opplever at skjemaet er omfattende og at arbeidet derfor tidkrevende å gjennomføre. De har hatt et samarbeid med andre kommuner om malen, og deler av den har blitt endret eller justert. Det ble i intervju fortalt at også hjemmetjenesten i kommunen har jobbet med å utarbeide sitt eget kartleggingsskjema, men dette er enda ikke tatt i bruk.

Revisor fikk også fortalt at koordinerende enhet for barn og unge ikke har noe godt kartleggingsverktøy som kan bli brukt på samme måte som det skjemaet som ellers blir brukt. Det ble her sagt at kartleggingen i stor grad skjer gjennom saksbehandlers egne faglige observasjoner og vurderinger.

Informasjon fra lege eller spesialisthelsetjenesta, foreldre, barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, habiliteringstjenesta for barn og unge eller skole er også viktig i kartleggingsarbeidet. Det samme gjelder informasjon fra hjemmetjenesten, helsestasjon, skolehelsetjenesten eller andre kommunale tjenester vedkommende har vært i kontakt med. I tillegg vil ofte vil denne informasjonen bli supplert med informasjon fra bruker eller pårørende. Siden mange av brukerne er for syke til å uttrykke behov og ønsker selv, har pårørende ofte en viktig rolle i kartlegginga.

Forvaltningskontoret gjorde kartleggingsarbeidet tidligere, men på grunn av stadig større arbeidsbelastning og dermed mindre kapasitet hos saksbehandlerne, er denne oppgaven nå flyttet fra forvaltningskontoret og ut til de som skal gi tjenestene. Det vil i mange tilfeller være hjemmesykepleien eller trygghetspatruljen som drar ut på kartleggingsbesøk. Det ble i intervju sagt at dette er fordi det er de som er nærmest på brukerne og som kjenner tjenestene best.

Revisor har ikke kunnskap om i hvor stor grad disse ansatte har kompetanse på kartlegging og bruken av kartleggingsverktøyet. Revisor vet heller ikke om det som her bli kalt kartlegging består av observasjoner gjort under hjemmebesøk eller i samband med at andre tjenester blir gitt. Det ble i intervju sagt at mye av informasjonsinnhentinga er observasjoner tjenestene gjør når de er på besøk hos brukerne.

Hjemmetjenesten vurderer og evaluere tjenester og behov når de er på besøk hos bruker og rapporterer dette videre. Flere forteller i intervju at kartlegging i mange tilfeller må skje raskt for å få gjort beslutninger som sikrer at det blir gitt forsvarlig helsehjelp. Kommunen kan sette i gang tjenester uten å fatte vedtak, men etter 14 dager må de vedtaksfestes om behovet for tjenesten er der fortsatt.

Det ble fortalt at det tidligere ble gjort en rutinemessig vurdering, eventuelt også en re-kartlegging, enten hvert år eller før tidsavgrensa vedtak går ut. Det ble i intervju sagt at saksmengden har økt så mye at dette nå ikke er mulig, og at vurderingene derfor stadig oftere gjøres løpende av de som yter tjenestene. For yngre brukere har vedtak ofte 6–12 måneders varighet. Når det nærmer seg tidspunkt for fornying av vedtak, blir all dokumentasjon og rapporter gått igjennom. Alle enheter som yter tjenester til vedkommende, deltar i disse vurderingene. Et eksempel er at hjemmehjelpen melder videre til hjemmetjenesten om de ser betydelig funksjonsfall eller behov for justering av tjenester.

Revisor gikk sammen med saksbehandler gjennom ti enkeltvedtak som har innvilget tjenester på nivå 2 eller høyere i mestringstrappa. Vedtakene omfatter alt fra motivasjonssamtaler og boveiledning til langtidsplass på sykehjem og avlastningsbolig. Revisor har også sett på journalene til de personene vedtakene gjelder. Gjennomgangen viste at det ved alle vedtakene lå skriftlig dokumentasjon i journalen til bruker. I mange tilfeller var dette informasjon både fra kartlegginga gjennomført av kommunen og informasjon fra flere andre instanser. I mange tilfeller var informasjonen innhentet på flere ulike tidspunkt.

Saksbehandler sa at all informasjon blir gjennomgått når gamle vedtak blir vurdert eller nye skal bli fatta. Gjennomgangen viste at det alltid blir innhenta informasjon om brukers behov og nåværende situasjon som grunnlag for de faglige vurderingene, men at informasjonen blir samlet inn på ulike måter. Revisor har imidlertid sett på få journaler i forhold til den totale mengden brukere kommunen har, og utvalget er for lite til å konkludere tydelig på at det gjelder for hele tjenesteområdet.

2.6.2 Vurdering

Kommunen sikrer i stor grad helhetlig og systematisk kartlegging av brukers behov og de faglige vurderingene er dokumentert i i journal.

Journalgjennomgangen viser at vedtak blir fatta på et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag. Informasjonen blir i mange tilfeller hentet inn ved hjelp av standardiserte kartleggingsverktøy i tillegg til informasjon fra flere ulike kilder. Det er imidlertid en svakhet at koordinerende enhet

ikke har tilgjengelig kartleggingsverktøy som fyller deres faglige behov. All informasjon er dokumentert og ligger på brukers journal. Revisor vurderer kriteriet som i stor grad oppfylt.

2.7 Brukermedvirkning

2.7.1 Funn

De journalene revisor har gjennomgått, inneholder notater med informasjon innhenta gjennom samtaler eller anna kommunikasjon med bruker, pårørende eller anna nettverk. Denne informasjonen er innhenta både i samband med søknadsprosessen og i tida etter at tjenestene har blitt innvilga og igangsatt.

I noen journaler ligger informasjon hentet fra bruker og evt. pårørende, i andre tilfeller er det informasjon fra bare pårørende eller nettverket rundt. I de tilfellene det ikke finnes informasjon fra bruker, er det som regel fordi bruker er barn som er for unge eller for syke til å kunne uttrykke egne ønsker eller behov. For de eldre brukerne kan slik informasjon mangle fordi vedkommende er for syk til å formidle sine egne ønsker og behov eller ikke er samtykkekompetent.

Det blir i intervju sagt at samtykkevurderinger kan være utfordrende, særlig når det gjelder pasienter med demensdiagnose. Forvaltningskontoret gjør ikke selv samtykkevurderinger, men samtykkekompetanse kan ifølge lov vurderes av alt sertifisert helsepersonell som gir tjenestene, ikke bare av lege eller spesialisthelsetjenesten. Flere informanter forteller at de har behandlet saker der bruker ikke er samarbeidsvillig og at det dermed blir vanskelig å komme i posisjon til å gjennomføre vurdering av samtykke. I andre intervju ble det fortalt at det har vært saker der det er uklart hvilken fagperson som skal gjøre vurderinga. Flere sa de var usikre på egen kompetanse på området og at det følte tryggest om dette ble gjort av lege.

2.7.2 Vurdering

Kommunen sikrer brukermedvirkning i kartlegginga. Relevante opplysninger om brukers situasjon og ønsker er dokumentert.

Journalgjennomgangen viser at brukermedvirkning er ivaretatt. I de tilfellene der bruker selv ikke kan ytre seg, er dette innhentet fra pårørende eller det nære nettverket. Det blir gjort i stor grad gjort vurdering av samtykkekompetanse, men det er i noen tilfeller en utfordring å vite hvem som skal gjennomføre vurderinga. Revisor vurderer kriteriet som oppfylt.

2.8 Opplæring i lovverk og interne rutiner og prosedyrer

2.8.1 Funn

Leder på forvaltningskontoret har utdanning innen helsejuss og forvaltningsrett og er aktivt inne og veileder i saksbehandlingen. Også en av saksbehandlerne har kurs i forvaltningsrett. Det ble i intervju med både ledelse og de ansatte fortalt at kommunen har ikke økonomi til kursing og flere saksbehandlere fortalte at de ikke har fått opplæring innenfor generell saksbehandling og klagesaksbehandling utover et halvdagskurs hos statsforvalteren. Det finnes heller ikke noe nettverk for faglig diskusjon eller kompetanse- og kunnskapsdeling.

Mangelen på kompetansehevede tiltak gjør at de ansatte må lese seg opp på lovverket selv. Revisor ble fortalt at dette er nødvendig for å skaffe grunnleggende kunnskap, men også for å oppdatere kunnskapen når det skjer endringer i lov- og regelverk. Denne måten å lære på er tidkrevende og vanskelig å prioritere fordi de allerede har høyt arbeidspress. Ei annen problemstilling som ble trukket fram i intervju, er at det er vanskelig å tilegne seg kunnskap innafor til dels komplisert lovverk når de mangler grunnleggende kompetanse innafor forvaltningsjuss.

I enkelte saker har saksbehandlere bedt kommuneadvokaten om bistand, men forteller at de ikke opplever å ha fått den hjelpa de trenger derifra. Klagesvar fra statsforvalteren har blitt forsøkt brukt som veiledende dokument fordi svarbrevene konkluderer på konkrete problemstillinger. Det er imidlertid ei utfordring at innholdet i brevene er vanskelig å forstå fordi saksbehandlerne mangler kompetanse innafor grunnleggende forvaltningsjuss og at at lærings- og overføringsverdien derfor blir lav. Flere saksbehandlere sa at de opplever kompetansemangelen som problematisk, fordi de i enkelte saker er usikre på om de vedtakene de fatter er korrekte.

Flere av saksbehandlerne sier det finnes saksbehandlingsrutiner de ikke har vært klar over at eksisterer. Dokumentene ligger tilgjengelig i kvalitetssystemet EQS, men dokumentene kan være vanskelige å finne fordi de ligger i ulike mapper avhengig av enhet. Det er ulike mappesystemer, noe som gjør det vanskelig å vite hvor man skal lete. God dialog og fleksibilitet internt mellom saksbehandlere på forvaltningskontoret og koordinerende enhet har gjort at de kan hjelpe hverandre med å finne det de trenger.

Saksbehandlerne fortalte at kollegaveiledning og erfaringsutveksling er viktig når de jobber med søknader som er kompliserte. Leder ved forvaltningskontoret er en aktiv diskusjonspartner og veileder de ansatte og flere sa at dette er en trygghet for dem i det arbeidet de skal gjøre.

Samtidig sa flere om kollegaveiledning at om enkeltansatte sin kunnskap blir for sentralt i saksbehandling og kvalitetssikring av vedtak, blir organisasjonen sårbar om personer som har mest kunnskap forsvinner ut av jobben. Det er også en risiko for at eventuell feilinformasjon eller feilfortolkning av regelverk blir overført internt i kollegiet og at denne feilinformasjonen vil speile seg i vedtakene over tid. Flere sa at denne bekymringa er formidlet til leder for forvaltningskontoret.

2.8.2 Vurdering

Kommunen sørger ikke for at de ansatte får nødvendig opplæring i regelverk og interne rutiner og prosedyrer som er nødvendig for å utføre arbeidsoppgavene forsvarlig

De ansatte får i liten grad kursing eller tilbud om kompetansehevende tiltak. Dette gjør at saksbehandlinga i sin ytterste konsekvens vil være basert på enkeltpersoners kunnskap. At leder er aktivt inne som veileder og kvalitetssikrer, bidrar imidlertid til å minske risiko for feil i vedtak. Revisor vurderer kriteriet som ikke oppfylt.

2.9 Vedtak i tråd med lovkrav

2.9.1 Funn

Vedtaks gjennomgangen viser at alle gjennomgåtte vedtak er basert på dokumenterte kartlegginger. Det ble i alle intervjuene sagt at ingen tjenester som strekker seg ut over 14 dager blir tildelt uten at det blir fattet skriftlige vedtak om dette. Alle vedtakene revisor har sett på, viser at det ved endringer i tjenestetilbudet også ble fatta nye vedtak. Dette var uavhengig av hvor omfattende endringene er. Vedtakene viser konkret til nye opplysninger som gjelder den bestemte brukeren og endringene er begrunna i dokumentert informasjon.

Revisor gikk også gjennom malene for vedtaksbrev. Malene er ulike for de ulike tjenestene og inneholder overskrifter som strukturerer innholdet i vedtaksbrevet. Vedtaksbrevet har for eksempel en egen bolk som oppsummerer bakgrunnen for søknaden, en for pasient- og sykdomshistorikk og en bolk med begrunnelse for vedtak.

Malene inneholder også referanse til det konkrete lovverket som regulerer tildeling av den aktuelle tjenesten. Et eksempel er at tildeling av langtidsplass på institusjon er regulert av både helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Ei formulering om klagerett, framgangsmåte for å legge inn klage og klagefrist ligger også inne i malen.

2.9.2 Vurdering

Kommunen fatter skriftlige enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester i tråd med utvalgte krav i forvaltningsloven. som er formulert i tråd med krav i gjeldende lovverk

Kommunen har utarbeidet skriftlige maler som fyller alle formelle krav og stikkprøver viser at disse blir brukt. Alle vedtaksbrevene revisor så, var i tråd med formelle lovkrav til innhold. Revisor vurderer kriteriet som oppfylt.

2.10 Avvik

2.10.1 Funn

Det blir i intervju fortalt at alle ansatte har tilgang til avviksdelen i kvalitetssystemet EQS og at det blir gitt opplæring i bruken. Alle avvik skal legges inn direkte av den som oppdager forhold som ikke er i tråd med vedtak eller lov- og regelverk. Avvikene er i EQS kategorisert etter hva avviket går på. Det ble sagt at helse- og omsorgssektoren har en sterk kultur for å melde avvik, og at hjemmetjenesten er særlig aktive.

Alvorlighetsgrad på avviket er delt inn etter trafikkllysmodellen fra mindre alvorlige til alvorlige avvik. Melder bestemmer selv inn hvilket nivå avviket er på. Gjennomgangen viser at de fleste avvik meldes som mindre alvorlige. Forholdet det meldes avvik på skal bli beskrevet detaljert av melder og vedkommende skal også foreslå tiltak. Avvik som gjelder navngitte personer blir ikke registrert i EQS.

Den som behandler avviket skal kommentere innholdet i meldinga og vurdere om det eventuelt skal settes inn tiltak for å rette opp eventuelle feil i måten tjenesten er gitt på. I de fleste tilfellene hadde melder og avviksbehandler hatt samtale om innholdet i avviket og dette var dokumentert i saken. Alle avvikene revisor så, inneholdt ei skriftlig vurdering av innhold, refleksjon om det skulle bli satt inn tiltak, vurdering av alvorlighetsgrad. Frist for å sette inn tiltak var lagt inn i alle avviksmeldingene revisor så på. Gjennomgangen viser at behandlingsfrister for å sette inn tiltak og å lukke avviket i all hovedsak overholdes.

Avvik er registrert under ulike kategorier, for eksempel tjenestesvikt. Underkategorier her er ikke fått vedtatte tjenester, ikke fått besøk som avtalt, pleieplan/tiltak ikke fulgt og behov ikke avdekket. Den vanligste kategorien meldte avvik faller innfor kategorien «ikke gitt vedtatte tjenester». Dette kan skyldes at tjenesten er avglemt, ikke gitt på planlagt tidspunkt, mangel på kvalifisert personell eller at bruker har takket nei.

Alvorlighetsgraden varierer innafor denne kategorien. Eksempler er at utsatt dusj vurderes som mindre alvorlig, mens manglende utdeling av medisin til avtalt tid vurderes som veldig alvorlig. Mangel på kompetent personale eller at det er for få personer på vakt kan også falle inn under denne kategorien.

En anna kategori er «feil i tjenester». Dette kan være feilmedisinering, at det ikke er nok personell på jobb eller at tjenesten blir gitt av personer uten rett kompetanse. Slike avvik vil ofte falle inn under kategorien alvorlige avvik.

Det meldes avvik på ulike forhold og det meldes avvik både på egen enhet og på andre enheter. Det ble i intervju sagt at det blir ikke levert avvik på feil i saksbehandling, men at det er aktuelt å jobbe med dette fremover. Kommunen melder avvik på seg selv dersom de ikke kan levere det som er innholdet i vedtak

Meldte avvik kan også være knyttet direkte til innhold i vedtak. I noen tilfeller mangler kommunen personell til å gi tjenestene. Det er for eksempel vedtak knyttet til hjemmeavlastning, støttekontakt, BPA og fritidstjenester. Her har det forekommet såkalte «tomme vedtak». Det betyr at tjenesten blir tildelt selv om saksbehandler vet at det kan ta lang tid å rekruttere noen inn i stillinga. Det er i rutinene understreket at det skal bli meldt avvik på denne typen forhold. Det blir i intervju sagt at dette er et stadig tilbakevendende tema det blir fokusert spesielt på. Det er også meldt avvik på forvaltningskontoret, blant annet knyttet til kommunikasjon med brukere.

Det blir med jamne mellomrom kjørt ut avvikslistene som blir diskutert i møter i det interne kvalitetsutvalget. Listene kan bli sortert både på type avvik, på kategori under den enkelte avvikstypen og detaljer der innholdet i enkeltavvik blir tatt ut. Avvik kommer også opp som sak på allmøter.

2.10.2 Vurdering

Kommunen sikrer at avvik og uønskede hendelser knyttet til tjenesteleveranse blir meldt, registrert, vurdert og fulgt opp. Avviksmeldinger blir også brukt i forbedringsarbeidet.

Kommunen bruker avviksystemet aktivt. Melder beskriver avvik, vurderer alvorlighetsgrad og foreslår tiltak. Den som behandler avviket gjør ei skriftlig vurdering av avvik og om/hvilke tiltak som skal settes inn og tidsfrist blir overholdt. Revisor vurderer kriteriet som oppfylt.

2.11 Mestringstrappa

2.11.1 Funn

Steinkjer kommune reviderte mestringstrappa i 2020, se figur 2. I tråd med nasjonale retningslinjer, er ambisjonen å gi tjenester på lavest mulige nivå. Trappa deler inn tjenestene i fire trinn. På trinn A ligger tjenester retta mot brukere som er friske og fullt ut i stand til å ivareta egne behov og å ta selvstendige valg i livet. Ikke-lovpålagte tjenester ligger på trinn A og er definert som forebyggende og mestringfremmende tilbud.

Trinn B er tjenester for personer som har utviklet behov for bistand som for eksempel veiledning, rehabilitering eller velferdsteknologi. Det ble i intervju sagt at dette har vært tilbud som har hatt god effekt, blant annet hverdagsrehabilitering med hjemmetrener over 5–6 uker og dagtilbudet Inn på tunet for personer med demens.

Spesialisthelsetjenester kommer inn på trinn C og D. På trinn C ligger tjenester rettet mot å behandle sykdommer eller lidelser der målet er at vedkommende skal kunne klare seg uten bistand. Tjenester her er støttekontakt, behandling i hjemmet eller på institusjon og dag- eller institusjonsopphold for å gjennomført observasjon. Tjenester på trinn D er helsetjenester for personer som ikke lenger kan ta vare på seg selv. Dette er helsetjenester gitt i hjemmet eller plass på institusjon.

Leder for forvaltningskontoret forteller at alle tjenester som ligger i mestringstrappa fins som reele tilbud og at mestringstrappa ikke er et «dødt» dokument, men fungerer som et hjelpemiddel for saksbehandlerne når de skal sette sammen de tjenestene som er nødvendig for å kunne fatte vedtak som gir forsvarlige tjenester.

Flere fortalte i intervju at det er stor bevissthet hos saksbehandlerne om ikke å gi mer tjenester enn det brukeren har behov for. Brukers tjenestebehov vil ofte være sammensatt og det kan være at de trenger flere tjenester og at disse er plassert på ulike trinn. Det er et mål at de tjenestene som blir tildelt, skal være på laveste mulig nivå og å best mulig bruke de ressursene som finnes og å legge til rette for at den enkelte i størst mulig grad kan ivareta sine egne behov.

Det ble i flere intervjuer ytra bekymring for at enkelttilbud kan falle bort. Det ble fortalt at det har vært snakk om å nedbemanne på enkelte tjenesteområder. Det har for eksempel vært diskusjoner om å redusere tjenester som rehabiliterings- og mestringsoffhold. Det blir også fortalt at tjenester som finnes i mestringstrappa, for eksempel støttekontakt, er en tjeneste det over lengre tid har vært vanskelig å levere fordi det er vanskelig å rekruttere. Dette betyr at det er brukere som blir satt på venteliste og ikke får de tjenestene de er tildelt.

2.11.2 Vurdering

Kommunen tilbyr ikke de tjenester som er beskrevet i mestringsstrappa.

Selv om alle tjenestene som ligger inne i mestringstrappa per i dag finnes, er det enkelte tjenester kommunen ikke klarer å levere innafor rimelig tid. Hovedgrunnen til dette er mangel på personell. Revisor vurderer kriteriet som delvis oppfylt.

3 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

3.1 Konklusjon

Revisors konklusjon er at Steinkjer kommune delvis har et tilfredsstillende system for tildeling av helse- og omsorgstjenester innenfor eldre- og yngreomsorgen.

Kommunen har flere sentrale systemelementer på plass. Dette gjelder blant annet skriftlig delegering av vedtaksmyndighet, tildelingskriterier, rutiner for saksbehandling, dokumentert kartlegging, brukermedvirkning og maler for enkeltvedtak.

Samtidig viser revisjonen svakheter som gjør at systemet ikke fullt ut er tilfredsstillende. Dette gjelder særlig manglende systematisk opplæring i relevant lovverk, saksbehandling og interne rutiner. Revisjonen viser også at kommunen ikke alltid klarer å levere vedtatte tjenester innen rimelig tid, blant annet på grunn av manglende personell.

Samlet innebærer dette at kommunen har et etablert system for tildeling av tjenester, men at systemet er sårbart. For å sikre forsvarlig og likeverdig tildeling bør kommunen styrke kompetansen hos ansatte og sikre at vedtatte tjenester faktisk blir gitt.

3.2 Anbefalinger

Revisor anbefaler Steinkjer kommune å:

- Sette opplæring og kompetanseheving hos de ansatte i system
- Å sikre at alle tjenester blir gitt i tråd med innhold i vedtak

KILDER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Følgende skriftlig dokumentasjon fra Steinkjer kommune er gjennomgått:

- Organisasjonskart
- Delegeringsreglement
- Kartleggingseskjema

- Tildelingskriterier
- Informasjon fra kommunens hjemmeside
- Utvalgte vedtak og journaler
- Avvikssystemet EQS

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIUM

Følgende revisjonskriterier er utledet basert på gjeldende lov, regelverk og veiledere for hovedproblemstillingen

Har Steinkjer kommunen tilfredsstillende system for tildeling av helse- og omsorgstjenester innafor eldre- og yngreomsorgen?

Kommunen skal dokumentere delegering av ansvar og myndighet for å fatte vedtak

Kommuneloven § 13 1 fastsetter kommunedirektørens ansvar for forsvarlig ledelse og myndighetsutøvelse, mens kommuneloven § 25 1 krever internkontroll som sikrer at delegert ansvar og myndighet er tydelig, kjent og etterleves. Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3 1 og 4 1 pålegger kommunen å organisere tjenestene på en forsvarlig måte, noe som forutsetter klar ansvars- og myndighetsfordeling. Forvaltningsloven §§ 2, 17 og 23–25 stiller krav til forsvarlig saksbehandling og at enkeltvedtak fattes av rett myndighet, er skriftlige og begrunnede. Samlet innebærer dette at kommunen må ha tydelig og dokumentert delegering av vedtaksmyndighet.

Kommunen bør ha oppdaterte og skriftlige kriterier for tildeling av tjenester

Kommunen har ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, og § 3-2 angir hvilke tjenester kommunen skal tilby. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 skal tjenestene være forsvarlige, noe som forutsetter at tildeling av tjenester skjer på grunnlag av individuelle og faglige vurderinger.

Tildelingskriteriene bør være tilgjengelige for publikum

Forvaltningsloven § 11 pålegger kommunen en veiledningsplikt, og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 gir pasient og bruker rett til nødvendig informasjon. Skriftlige og tilgjengelige tildelingskriterier kan bidra til at innbyggerne får bedre informasjon om tjenestene, og til at kommunen legger til rette for likebehandling, forutberegnelighet og etterprøvnbarhet. Helsedirektoratets veileder om saksbehandling støtter også at klare kriterier bidrar til rettssikkerhet og ensartet praksis.

Kommunen skal sikre helhetlig og systematisk kartlegging av brukerens funksjon og bistandsbehov

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 skal helse- og omsorgstjenestene være forsvarlige. For at kommunen skal kunne vurdere hvilke tjenester den enkelte bruker har behov for, må kommunen ha et tilstrekkelig og faglig grunnlag for vurderingen. IPLOS-veilederen gir føringer for systematisk kartlegging av brukerens funksjon, bistandsbehov og samlede situasjon.

Kartleggingen og de faglige vurderingene skal dokumenteres i journal

Kartleggingen må dokumenteres i journal. Journalforskriften §§ 4, 6 og 8 gir grunnlag for at relevante og nødvendige opplysninger, vurderinger og beslutningsgrunnlag skal journalføres. Etter § 6 kan blant annet pasientens egen beskrivelse av sin situasjon og eventuelle ønsker for helsehjelpen være relevante og nødvendige opplysninger i journalen.

Kommunen skal sikre brukermedvirkning i kartleggingen, og relevante opplysninger om brukerens situasjon og ønsker skal dokumenteres

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 gir bruker rett til å medvirke ved utforming av tjenestetilbudet, og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 pålegger kommunen å sørge for at brukere blir hørt og at deres erfaringer brukes i tjenestene.

Kommunen skal sørge for at de ansatte får nødvendig opplæring i regelverk, interne rutiner og prosedyrer som er nødvendige for å utføre oppgavene sine forsvarlig.

Vedtak om tildeling, avslag, endring eller opphør av helse- og omsorgstjenester er normalt enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2. Saksbehandlere som fatter slike vedtak må derfor ha nødvendig kunnskap om forvaltningslovens krav til saksbehandling.

Kommunedirektøren har ansvar for internkontroll som skal sikre at lover og forskrifter følges. Dette forutsetter at kommunen har nødvendige rutiner og at ansatte som utfører lovpålagte oppgaver har tilstrekkelig kunnskap til å bruke rutinene riktig. I helse- og omsorgstjenesten må dette også ses i sammenheng med forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Forsvarlig saksbehandling og tjenestetildeling forutsetter at de som fatter vedtak har nødvendig kompetanse i regelverket og kommunens interne prosedyrer.

Kommunen skal fatte skriftlige enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester i tråd med utvalgte krav i forvaltningsloven

Vedtak om tildeling, avslag, endring eller opphør av helse- og omsorgstjenester er normalt enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2. Enkeltvedtak skal som hovedregel være skriftlige, jf. forvaltningsloven § 23. Forvaltningsloven §§ 24–25 stiller krav til at enkeltvedtak skal begrunnes, og at begrunnelsen skal vise til relevante regler, faktiske forhold og hovedhensynene bak vurderingen. Etter forvaltningsloven § 27 skal parten underrettes om vedtaket og blant annet få informasjon om klageadgang, klagefrist, klageinstans og fremgangsmåte ved klage.

Kommunen skal sikre at avvik og uønskede hendelser knyttet til tjenesteleveranse blir meldt, registrert, vurdert, fulgt opp og brukt i forbedringsarbeidet

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 skal kommunen arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Kommuneloven § 25-1 stiller krav om internkontroll som blant annet skal bidra til å avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten konkretiserer dette gjennom krav til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten. For at kommunen skal kunne oppdage svikt i tjenesteleveransen og bruke erfaringene til forbedring, må avvik og uønskede hendelser meldes, registreres, vurderes og følges opp.

Kommunen bør tilby tjenester som er i tråd med tjenester beskrevet i omsorgstrappa

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 har kommunen ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 gir brukere rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 skal tjenestene være forsvarlige.

Kommunens omsorgstrapp kan brukes som en styringsmodell for å beskrive ulike tjenestenivå og sikre at tjenester vurderes trinnvis og helhetlig. Mestringstrappa må likevel brukes innenfor rammen av lovkravet om individuelle vurderinger, nødvendige tjenester og forsvarlighet.

VEDLEGG 2 – HØRINGSSVAR STEINKJER KOMMUNE

Tilbakemelding fra kommunen

Side 5

Enhet avlastning barn/unge, behandler søknader om avlastning for de under 18 år

Side 14

Kartleggingsskjema har ikke noe navn. Fagsystemet, den elektroniske pasientjournalen, heter Profil.

Side 15

Kartlegging gjøres av hjemmesykepleien og trygghetspatruljen. Dette fordi det er de som er nærmest tjenesten og vurderer og evaluerer tjenesten på best måte. Dette gjelder hjemmetjenestene. De bruker kartleggingsverktøyet HPH.

Med hilsen
Steinkjer kommune
Anita Ulstad
kommunalsjef helse og velferd





Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidt norge.no