



Vestfold
og Telemark
revisjon

Tjenestekontoret

Forvaltningsrevisjon | Holmestrand kommune

Innhold

Sammendrag	4
1. Innledning	7
1.1. Kontrollutvalgets bestilling	7
1.2. Organisering av Tjenestekontoret	7
1.3. Helhetlig innsats	7
1.4. Tjenestenivå.....	8
1.5. Problemstilling og revisjonskriterier.....	10
1.6. Avgrensning.....	10
1.7. Metode og kvalitetssikring	10
1.8. Kommunedirektørens/rådmannens uttalelse	11
2. Internkontroll	12
2.1. Revisjonskriterier	12
2.2. Organisering, mål og oppgaver	13
2.3. Arbeid med risikovurderinger	14
2.4. Forbedring av rutiner, prosedyrer og tiltak for saksbehandlingen.....	15
2.5. Opplæring ansatte.....	16
2.6. Revisors vurdering av internkontrolltiltak.....	18
3. Utredning	20
3.1. Revisjonskriterium	20
3.2. Søknadsskjemaer	21
3.3. Arbeidsflyt – rutiner	21
3.4. Kollegastøtte – lederstøtte	22
3.5. Faglig støtte – rutiner.....	23
3.6. Tjenestebeskrivelser	23
3.7. Kartleggingsverktøy.....	24
3.8. Ressurskalkulator	24
3.9. Revisors vurdering av utredning	25
4. Brukermedvirkning, samtykkekompetanse og rett til informasjon	26
4.1. Revisjonskriterier	26
4.2. Samtykkekompetanse.....	27
4.3. Medvirkning	27
4.4. Informasjon og veiledning til personer som søker.....	28
4.5. Revisors vurdering av brukermedvirkning, samtykkekompetanse og rett til informasjon ...	29
5. Habilitet	30
5.1. Revisjonskriterier	30

5.2.	Tiltak og rutiner for å vurdere habilitet	30
5.3.	Kunnskap hos ansatte	31
5.4.	Revisors vurdering av habilitet.....	31
6.	Likebehandling	32
6.1.	Revisjonskriterier	32
6.2.	Tiltak som kan bidra til likebehandling	32
6.3.	Revisors vurdering av likebehandling	33
7.	Saksbehandlingstid	34
7.1.	Revisjonskriterier	34
7.2.	Rutiner og praksis	34
7.3.	Revisors vurdering av saksbehandlingstid	35
8.	Vedtak om helsehjelp	36
8.1.	Revisjonskriterier	36
8.2.	Bruk av vedtaksmaler	37
8.3.	Revurdering av vedtak	38
8.4.	Innhold i underretning om vedtak	38
8.5.	Myndighet til å treffe vedtak	39
8.6.	Informasjon om klagerettigheter	39
8.7.	Revisors vurdering av vedtak og underretningsbrev	39
9.	Oppfølging av politiske vedtak	41
9.1.	Revisjonskriterier	41
9.2.	Omstrukturering av hva slags typer tjenester som gis	42
9.3.	Tjenestebeskrivelser	44
9.4.	Korrigerende av omsorgsstønning	45
9.5.	Revisors vurdering av oppfølging av politiske vedtak	46
10.	Konklusjoner og anbefalinger.....	47
10.1.	Anbefalinger.....	48
	Litteratur og kildereferanser	49
	Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse	50
	Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring	52

Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi sett på saksbehandling av vedtak ved tjenestekontoret. Nærmere bestemt har vi undersøkt:

- I hvilken grad følger tjenestekontoret gjeldende regler og kommunens politiske vedtak ved tildeling av helse- og omsorgstjenester?

Våre undersøkelser tyder på at kommune i stor grad følger saksbehandlingsregler, både lovpålagte og egne rutiner når de saksbehandler søknader om helse- og omsorgstiltak. Administrasjonen/Tjenestekontoret har også i stor grad fulgt opp politiske vedtak som berører saksbehandlingen.

Om saksbehandling

Om saksbehandling har vi blant annet sett følgende:

- Tjenestekontoret har flere tiltak som sikrer at krav til internkontroll er oppfylt, blant annet har de beskrivelser av organisering, mål og oppgaver, og det jobbes systematisk med rutineutvikling og kompetanseutvikling i organisasjonen.
- Tjenestekontoret har rutiner og tiltak som sikrer at behov for helse- og omsorgstjenester blir utredet.
- Det er iverksatt flere tiltak som sikrer at brukere får medvirke når de søker om tjenester og at det gis informasjon og tilbud om veiledning.
- Kommunen har overordnede rutiner for hvordan inhabilitet skal håndteres i saksbehandlingen. Saksbehandlere opplever å ha god kjennskap til hvordan de skal håndtere mulig inhabilitet.
- Tjenestekontoret har mange tiltak som bidrar til likebehandling i saksbehandlingen.
- Tjenestekontoret har rutiner og maler som ivaretar krav til saksbehandlingstid. Det gis foreløpig svar dersom svartiden antas å være mer enn fire uker.
- Tjenestekontoret har god praksis for å underrette om vedtak. Kommunen har rutiner og maler, og praksis viser at underretningsbrevene inneholder sentral informasjon om hva vedtaket går ut på, omfang, oppstart, fakta og begrunnelse. Brevene gir også informasjon om klagerett.

Vi vurderer at Tjenestekontoret kan forbedre følgende forhold:

- Kommunen bør sikre at myndighet til å treffe vedtak er formelt og enhetlig delegert og i samsvar med ønsket praksis.
- Det er ikke gjort risikovurdering av saksbehandlingen ved Tjenestekontoret
- Tjenestekontoret har ikke rutiner som beskriver når de skal vurdere og/eller dokumentere at søker er samtykkekompetent.
- Kunnskap om vurderinger og avgjørelser av vanskelige saker kan i større grad forankres hos leder/i hele organisasjonen.
- Tjenestekontoret har ikke system for å ta ut statistikk på saksbehandlingstid og bruk av foreløpig svar.
- Tjenestekontoret har etterslep på revurdering av vedtak. Det kan medføre feil type og omfang på tjenestene, til ulempe både for mottaker og kommunen.

Administrasjonen har som følge av forvaltningsrevisjonen utbedret to forhold som er påpekt i rapporten. Dette gjelder to ulike versjoner av søknadsskjema om sykehjemsplass og feil lovhenviing i beskrivelse av tildelt tjeneste i underretningsbrev.

Oppfølging av politiske vedtak

Holmestrand kommune har i kjølvannet av to kommunesammenslåinger gjort store omstruktureringer av Helse og omsorg gjennom prosjektet Helhetlig innsats. Etablering av Tjenestekontoret utgjør en viktig del av dette, og kommunestyret har vedtatt styringssignaler for saksbehandlingen. Vi har undersøkt hvordan Tjenestekontoret har fulgt opp kommunestyrets vedtak knyttet til

- tjenestebeskrivelser
- arbeide for at tjenester gis på et lavere nivå
- korrigering av omsorgsstønad

Samlet sett mener vi at Tjenestekontoret har fulgt opp kommunestyrets vedtak på en forsvarlig måte:

- Kommunestyret har behandlet en rekke tjenestebeskrivelser, og forslag om forbedringer og endringer i tjenestebeskrivelsene blir sendt til godkjenning av kommunestyret.
- Tjenestekontoret bruker tjenestebeskrivelser og ressurskalkulator i saksbehandlingen, og det er statistiske holdepunkter for at kommunen gir tjenester på et lavere nivå nå enn før.
- Omsorgsstønad er oppjustert og endringene er iverksatt i samsvar med kommunestyrets vedtak.

Informasjonen om tjenestebeskrivelsene er oppdatert, men vanskelig tilgjengelig på kommunens nettsider.

Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å:

- sikre at myndighet til å treffe vedtak er delegert og i samsvar med ønsket praksis
- gjøre systematiske risikovurderinger av saksbehandlingen
- øke kompetansen i organisasjonen om behandling av klagesaker
- styrke bruken av tiltak som kan bidra til erfaringsbasert læring, for eksempel ved bruk av forum for drøfting av enkeltsaker.
- sikre at vedtak revurderes før gjeldende vedtak har utløpt
- sørge for å øke synligheten av tilgjengelig informasjon om tjenestebeskrivelsene

Bakgrunn, grunnlag og metode

Våre vurderinger og anbefalinger bygger på gjennomgang av enkeltsaker, dokumenter utarbeidet av kommunen og intervju/spørreundersøkelse av ledelse og ansatte. Våre funn er vurdert opp mot kommuneloven, forvaltningsloven, helselovgivningen og vedtak fattet av kommunestyret.

Skien, 22.05.23

1. Innledning

1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Holmestrand kommune i sak 15/21. Bestillingen er i tråd med plan for forvaltningsrevisjon 2020-2023.

Reglene om forvaltningsrevisjon står i kommuneloven § 23-2 første ledd bokstav c, jf. § 23-3 og § 24-2 og i forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

1.2. Organisering av Tjenestekontoret

Tjenestekontoret ligger i Virksomhet for forvaltning og tjenestetildeling, som ble etablert i 2021, under programområdet Helse og velferd. Ved tjenestekontoret er det 16 ansatte fordelt på 13,8 årsverk, som samlet har ansvar for all saksbehandling av søknader om helse og omsorgstjenester. Tjenestekontoret ledes av en seksjonsleder som er gitt myndighet til å fatte vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven.

I 2022 fattet Tjenestekontoret 3071 positive vedtak om helse- og omsorgstjenester. Samme år ble det gitt 93 avslag. Tallene fra 2021 er omtrent likelydende.

Kommunen benytter DIPS CosDoc som elektronisk pasientjournal. I dette programmet gjøres også all saksbehandling av helse og omsorgstjenester.

1.3. Helhetlig innsats

Holmestrand kommune etablerte tiltaket Helhetlig innsats i 2020. Tiltaket ble etablert som følge innsparingskrav i Helse og velferd og et ønske om å skape en ny felles plattform for de tre sammenslåtte kommunene (Sande, Hof og gamle Holmestrand kommune). Sentralt i reformen er innføringen av Helhetlig innsatstrapp (senere endret navn til innsatsheis). I prosjektdokumentet Helhetlig innsats fra 2021 står det følgende:

*[Helhetlig innsatstrapp] skal bidra til å forhindre at innbyggere får behov for omsorgstjenester, sikre likeverdige tjenester, og sørge for at kommunen kan gi tjenester til flere med samme økonomi som i dag. Helhetlig innsatstrapp skal også sørge for utvikling av helse- og omsorgstjenester med større vekt på proaktivitet, tidlig intervensjon, spesialisering, forebygging og hverdagsmestring med utgangspunkt i det grunnleggende spørsmålet: Hva er viktig for deg? **Strategien** skal føre til en vridning mot mer forebygging og ressursorienterte helse- og omsorgstjenester, og er utviklet basert på en operasjonalisering og prioritering av allerede etablerte satsningsområder for programområdet Helse og velferd.*

Sentralt i dette arbeidet har vært å etablere et tjenestekontor, hvor alle vedtak fattes under samme leder og etter de samme føringer. Innføring av tjenestebeskrivelser vært også vært en avgjørende

faktor. De sier noe om inngangsvilkårene for ulike helse- og omsorgstjenester og hva pasienter/brukere kan forvente av kommunen.

Strategien Helhetlig innsats ble politisk behandlet og vedtatt i desember 2020. Arbeidet med Handlingsplan Helhetlig innsatstrapp 2021 startet årsskiftet 2020/2021 (KS027/21).

1.4. Tjenestenivå

Vi har undersøkt hvordan Holmestrand kommune ligger an på ulike nøkkeltall innen helse og omsorg, sammenlignet med andre kommuner i egen kommunegruppe¹, se tabell 1.

Sammenligningen gjelder for perioden 2020 til 2022.

Økonomi

Tall fra KOSTRA viser at kommunens utgifter til helse- og omsorgstjenester per innbygger har økt noe i perioden 2020 til 2022, men mindre enn den gjennomsnittlige økningen i kommunegruppe 2. Nivået på utgiftene er også betydelig lavere i Holmestrand kommune enn i kommunegruppe 2.

Årsverk og utdanningsbakgrunn

Antall årsverk i helse og omsorg per innbygger har gått ned i perioden 2020 til 2022. Trenden i kommunegruppa er uendret i perioden. Sammenlignet med kommunegruppe 2 klarer Holmestrand seg med betydelig færre ressurser (289 mot 377). 78 % av de ansatte har helseutdanning. Dette er på nivå med kommunegruppe 2. Det har vært en svak økning de siste to åra i andelen med helsefaglig utdanning i kommunen.

Behov

Andel innbyggere over 80 år som benytter/har benyttet institusjon er redusert i perioden 2020 til 2022. Andelen på institusjon er også lavere enn gjennomsnitt for kommuner i kommunegruppe 2. Bruk av hjemmetjenester har vært relativt stabilt for innbyggere over 80 år, og er betydelig lavere enn kommunegruppe 2. Andel innbyggere under 66 som benytter hjemmetjenester har vært økende, og er høyere enn kommunegruppe 2.

Kommunen har en lavere andel brukere over 80 år som bruker hjemmetjenester enn kommunegruppe 2.

¹ Vi har valgt å sammenligne med kommunegruppe 2. Denne kommunegruppa består av kommuner med 2 000 til 9 999 innbyggere lave bundne kostnader og middels korrigerte inntekter.

Tabell 1 Tall fra KOSTRA, utvikling i Holmestrand kommune sammenlignet med kommunegruppe 2, 2020-2022, SSB.

Nøkkeltall	Holmestrand			Kommunegruppe 2		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)	28 562	31 179	31 189	35 0902	39 874	41 725
Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent)	35,9	38,3	36,4	35,5	37,1	36,6
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk)	304	290	289	376	383	377
Andel brukerrettete årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning (prosent)	76	77	78	78	78	79
Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk)	0,70	0,64	0,56	0,52	0,53	0,53
Andel innb 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)	26	26	25	34	34	32
Andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år (prosent)	43	45	53	45	45	46
Andel innb 80 år og eldre med institusjonsopphold (prosent)	7,8	7,5	7,1	10,9	11	10,1
Andel brukertilpassede enerom m/ eget bad/wc (prosent)	100%	100%	100%	98%	98%	98%

1.5. Problemstilling og revisjonskriterier

Rapporten handler om følgende problemstilling:²

I hvilken grad følger tjenestekontoret gjeldende regler og kommunens politiske vedtak ved tildeling av helse- og omsorgstjenester?

For å svare på problemstillingen vil vi undersøke følgende:

- om kommunen har etablert internkontroll for arbeidet med tildeling av tjenester (kapittel 2)
- om brukermedvirkning og sentrale forvaltningsrettslige krav til saksbehandlingen blir ivaretatt (kapittel 3-8)
- hvordan Tjenestekontoret har fulgt opp politiske vedtak som er særskilt relevante for saksbehandlingen, dvs. iverksetting av tiltaket Helhetlig innsats, oppfølging av tjenestebeskrivelser og korrigerende av vedtak om omsorgsstønning (kapittel 9)

Revisjonskriteriene³ i denne forvaltningsrevisjonen er i hovedsak hentet fra kommuneloven, helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, forvaltningsloven, KS' veileder «orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll», Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven og relevante kommunestyrevedtak. Kriterier og utledning framgår i hvert hovedkapittel.

1.6. Avgrensning

Problemstillingen omhandler blant annet Tjenestekontorets oppfølging av politiske vedtak ved tildeling av helse- og omsorgstjenester. Her har vi sett på iverksetting av tiltaket Helhetlig innsats, oppfølging av tjenestebeskrivelser og korrigerende av vedtak om omsorgsstønning. Vi har ikke undersøkt oppfølgingen av andre politiske vedtak som kan berøre saksområdet, f.eks. budsjettet.

1.7. Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Geir Kastet Dahle, med Kirsti Torbjørnson som oppdragsansvarlig.

Vi har intervjuet relevante ledere og gjennomført en spørreundersøkelse sendt til saksbehandlere ved Tjenestekontoret. Vi har også gjort stikkprøvekontroll av Tjenestekontorets saksbehandling av

² Det er gjort mindre språklige justeringer i problemstillingen, sammenliknet med kontrollutvalgets vedtak: «I hvilken grad følger tjenestekontoret gjeldende regler, og i hvilken grad etterlever tjenestekontoret politiske vedtak, ved tildeling av helse- og omsorgstjenester».

³ Det skal alltid etableres revisjonskriterier i forvaltningsrevisjon, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15. Revisjonskriterier er de regler og normer som gjelder innenfor det området vi skal undersøke. Revisjonskriteriene er grunnlaget for revisors analyser, vurderinger og konklusjoner.

søknader om helse- og omsorgstjenester. Videre har vi undersøkt rutiner, prosedyrer og maler og ulike rapporter som kommunen har laget. Vi har også hentet informasjon fra KOSTRA⁴.

Det står mer om metode og tiltak for kvalitetssikring i vedlegg 2 til rapporten.

1.8. Kommunedirektørens/rådmannens uttalelse

Rapporten er presentert i et møte med administrasjonen i kommunen og sendt til uttalelse 04.05.23, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Uttalelsen fra kommunaldirektøren har ikke ført til endring i rapporten. Kommunedirektørens uttalelse ligger i vedlegg 1.

⁴ KOSTRA (KOMmune-STat-RApportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet.

2. Internkontroll

2.1. Revisjonskriterier

Internkontroll

Kommunedirektøren er ansvarlig for at kommunen har internkontroll. Internkontrollen skal sikre at lover og forskrifter følges, jf. kommuneloven § 25-1.

Ved internkontroll etter § 25-1 skal kommunedirektøren

- a) *utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering*
- b) *ha nødvendige rutiner og prosedyrer*
- c) *avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik*
- d) *dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig*
- e) *evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.*

Innholdet i disse kravene er utdypet i lovforarbeidene, jf. Prop 46L (2017-2018).

Det er krav om internkontroll også i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. For kommunens plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven reguleres internkontrollen i hovedsak av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Internkontrollkravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er tilpasset utøvelsen av tjenestene, og er mer omfattende og detaljerte enn internkontrollkravene i kommuneloven. Ved tildeling av helse- og omsorgstjenester skal kommunen også etterleve krav i kommuneloven og forvaltningsloven. Vi har derfor lagt vekt på de internkontrollkravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring som er relevante for saksbehandlingsfunksjonen. Disse kravene sammenfaller i stor grad med kommunelovens internkontrollkrav.

Kvalitetsforskriften §§ 3, 4 og 5 sier at den som er ansvarlig for virksomheten (dvs. kommunen) skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Styringssystemet skal tilpasses til virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Det skal dokumenteres i det omfang det er nødvendig, hvordan pliktene etter forskriften etterleves.

Kvalitetsforskriften § 6 sier blant annet at kommunen skal ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Videre skal kommunen ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten. Kommunen skal ha oversikt over områder med risiko for svikt eller lovbrudd og planlegge tiltak for å minimalisere risiko. Kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, og oversikt over avvik, evalueringer, klager, brukererfaringer mm.

Kvalitetsforskriften § 7 handler om gjennomføring, og innebærer blant annet at kommunen må sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse. Kommunen må utvikle og iverksette nødvendige rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. Medarbeidere skal medvirke, og man skal gjøre bruk av erfaring fra brukere, pasienter og pårørende.

Kvalitetsforskriften §§ 8 og 9 regulerer plikten til å evaluere og korrigere aktivitetene.

Det er utarbeidet flere veiledere som utdyper innholdet i internkontrollkravene:

- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – IS – 2620)
- KMD: Veileder – Internkontroll i kommunesektoren – Kravene i kommuneloven (2021)
- KS veileder Orden i eget hus -kommunedirektørens internkontroll

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Kommunen skal ha et styringssystem som

- **beskriver tjenestekontorets organisering, mål og oppgaver**
- **sikrer at det gjøres systematisk risikovurdering av saksbehandlingen**
- **sikrer at rutiner, prosedyrer og tiltak for saksbehandlingen blir evaluert og forbedret**
- **sikrer at ansatte er kjent med oppgaver og myndighet og at de har fått tilstrekkelig opplæring i sitt saksfelt**

2.2. Organisering, mål og oppgaver

- **Kommunen skal ha et styringssystem som beskriver tjenestekontorets organisering, mål og oppgaver**

Kommunen har utarbeidet dokumentet Forvaltningsenheten – rammer og ansvar. Her er det beskrevet hvilke rammer som gjelder for Tjenestekontoret og hvilke oppgaver man har, herunder saksbehandling og veiledning. I dokumentet står det at Forvaltningsenheten er organisatorisk plassert under kommunalsjef for Helse og velferd og har virksomhetsovergrepene oppgaver, beslutnings- og vedtaksmyndighet. Forvaltningsenhetens virksomhetsleder rapporterer til kommunalsjef for Helse og velferd og er delegert prosjekteieransvar for Helhetlig innsats. Forvaltningsenheten består av seksjonen *Tjenestekontor* og avdeling *Forvaltning*.

Det er utarbeidet funksjonsbeskrivelser for seksjonsleder og saksbehandlere ved Tjenestekontoret samt de særskilte rollene boligkoordinator, demenskoordinator, systemansvarlig og systemkonsulent. De to sistnevnte er ansatt i Forvaltning, mens boligkoordinator og

demenskoordinator begge er tilknyttet Tjenestekontoret. Til funksjonsbeskrivelsene er ansvarsområder, oppgaver og stillingens formål og organisatoriske plassering beskrevet.

Myndighet til å fatte vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven er delegert til kommunedirektøren av kommunestyret i sak 025/21. Kommunedirektøren har delegert myndighet videre gjennom reglement for delegering av særlovgivning (KF Delegering)⁵. Her går det fram at virksomhetsleder for tjenestekontoret har myndighet etter en rekke paragrafer i helse- og omsorgstjenesteloven, herunder § 3-1 og § 3-2 om kommunens ansvar for helse og omsorgstjenester. Virksomhetsleder er også ansvarlig etter § 4-1 om forsvarlighet og §4-2 om kvalitetsforbedring og brukersikkerhet.

I styringsdokumentet for Forvaltningsenheten, står det at seksjonsleder for tjenestekontoret har vedtaksmyndighet og ansvar for å besørge riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang i henhold til aktuelt lovverk og interne føringer. Dokumentet er godkjent av virksomhetsleder for Forvaltning og tjenestetildeling og er sist revidert 04.10.22.

2.3. Arbeid med risikovurderinger

- **Kommunen skal ha et styringssystem som sikrer at det gjøres systematisk risikovurdering av saksbehandlingen**

2.3.1. Fakta om risikovurderinger

Ifølge kommunalsjef for Helse og velferd ble Tjenestekontoret etablert blant annet for å øke graden av lik praksis og å redusere risiko for forskjellsbehandling av søknader om helsehjelp. Innføring av tjenestebeskrivelser er også et tiltak som er ment å ha samme funksjon.

Tjenestekontoret har siden de ble etablert i 2020 ikke gjennomført risikovurdering knyttet til saksbehandling av søknader om helsehjelp. Det er heller ikke beskrevet i plandokumenter at dette skal gjøres. Ifølge virksomhetsleder er det planlagt å gjennomføre risikovurderinger i 2023 med planlagt ferdigstillelse 01. desember. Per mai 2023 er det gjennomført møte med tillitsvalgte, verneombud og ledere i virksomhet Forvaltning og tjenestetildeling, og risikopunkter som skal vurderes/analyseres er meldt inn i samråd med disse.

Det er gjort risikovurdering av andre områder, som personvern, HMS og beredskap, herunder konsekvenser av koronapandemien.

2.3.2. Klagesaker

Kommunens behandling av klager og overordnet myndighetsavgjørelse av klagesaker kan gi innsikt i risiko knyttet til saksbehandlingen.

⁵ [Delegeringsreglement | Holmestrand \(kf.no\)](#)

Vi har fått et statistikkgrunnlag som viser kommunen har behandlet 81 klagesaker i perioden 2020-2023 (februar). Disse er fordelt slik:

- 2020 – 13 saker
- 2021 – 22 saker
- 2022 – 44 saker
- 2023 (tom februar) – 2 saker

Seksjonsleder ved Tjenestekontoret opplyser at aktuell saksbehandler blir orientert etter at klagesaken er meldt til fordelingsmøte. Videre blir utfallet/saken drøftet/fremvist for de som har vært involvert i saksbehandlingsprosessen. Øvrige saksbehandlere blir oppfordret til å lese utfallet for læringsutbytte. Vi har sett at Tjenestekontoret samler klagesakene i egen perm hvor de arkiveres etter om det blir gitt medhold eller ikke. Ifølge seksjonsleder er denne perm tilgjengelig for alle ansatte i fellesareal.

Seksjonsleder vurderer at økende saksmengde det siste året utgjør en risiko i saksbehandlingen. Hun påpeker at ansatte sier at de produserer vedtak i et veldig høyt tempo og at de kanskje ikke har den bevisstheten og refleksjonen som de burde ha i dette arbeidet. Hun er usikker på om dette påvirker vedtakene.

2.4. Forbedring av rutiner, prosedyrer og tiltak for saksbehandlingen

- **Kommunen skal ha et styringssystem som sikrer at rutiner, prosedyrer og tiltak for saksbehandlingen blir evaluert og forbedret**

Kommunen har etablert rutiner for saksbehandling og samhandling med andre, kartleggingsskjemaer og maler for vedtaksbrev. Alle rutiner, kartleggingsskjemaer og maler er ifølge seksjonsleder lagret i kommunens internkontrollsystem Compilo⁶. Alle ansatte har tilgang til applikasjonen. Seksjonsleder har videredelegert oppgaven med revidering av rutinene til enkeltansatte. Dette kan eksempelvis være å oppdatere eller endre rutinen som følge av endringer i lovverk, justering av tekst, nye presiseringer eller lignende. Før endringer av rutinene vedtas, får hun og andre utvalgte saksbehandlere (avhengig av sakfelt) endringene til gjennomsyn. Seksjonsleder har ansvar for å godkjenne rutinene.

Seksjonsleder opplyser at det er lagt opp til at alle rutinene skal revideres minimum årlig. Vi har gjennomgått en del av rutinene. Følgende informasjon fremgår av metadata i internkontrollsystemet:

- dato for opprettelse av rutine
- hvem som har utarbeidet dokumentet
- revideringer

⁶ Det faglige innholdet i dette materialet er nærmere omtalt andre steder i rapporten, hvor dette naturlig hører hjemme.

- neste revidering
- godkjenning

Alle de rutinene vi har undersøkt er av nyere dato, og det er lagt inn planlagt revisjonsdato som ennå ikke er utløpt.

Tjenestebeskrivelsene er et sentralt rutineverktøy som i stor grad er førende for tildeling og omfang av tjenester. Etter at tjenestebeskrivelsene ble etablert i 2021, har Tjenestekontoret, ifølge seksjonsleder, jevnlig jobbet med å høyne kvaliteten på disse. Det framgår ikke av disse dokumentene når de sist er revidert.

2.5. Opplæring ansatte

- **Kommunen skal ha et styringssystem som sikrer at ansatte er kjent med oppgaver og myndighet og at de har fått tilstrekkelig opplæring i sitt saksfelt**

Kommunen gjennomførte en kompetansekartlegging i 2022, og har etter det en oversikt som viser hva hver ansatt har av utdanning og kompetansehevende kurs. For hver person er det omtalt hva man har behov for av ytterligere opplæring. Ifølge virksomhetsleder blir denne kartleggingen brukt som utgangspunkt for å vurdere nye kompetansehevende tiltak blant de ansatte.

Det er satt av kompetansemidler til ytterligere opplæringstiltak i 2023. Ifølge seksjonsleder gjør disse midlene at det er lettere å sende ansatte på kurs når det er behov for det.

Alle saksbehandlerne har deltatt på kurs hos Statsforvalteren i 2022. Kurset bestod av seks tretimers samlinger. Opplæringen omhandlet blant annet forvaltningsloven, klagesaksbehandling og saksbehandling etter helse- og omsorgslovgivningen.

Kommunen har rutiner som beskriver hva slags opplæring nyansatte skal ha. Rutinene beskriver at nyansatte skal følges opp av fadder (utpekes av seksjonsleder) de første seks månedene. Fadderens rolle skal sørge for at den nyansatte får generell opplæring i forhold til arbeidsoppgavene. Det skal gjennomføres oppfølgingssamtaler med seksjonsleder ved en, tre og fem måneder. Tjenestekontoret har fått flere nyansatte etter at kontoret ble etablert i 2020.

Kommunen (HR) har utarbeidet en mal for gjennomføring av utviklingssamtale. Samtalen skal gjennomføres årlig. I malen er det lagt opp til leder skal kartlegge de ansattes kompetanse opp mot arbeidsoppgaver. Utviklingssamtalen skal resultere i en handlingsplan som tar sikte på å redusere eventuelle kompetansegap.

Både virksomhetsleder og seksjonsleder vurderer at de ansatte har god kunnskap om saksbehandlingen. Alle er generalister og saksbehandler alle typer saker. Hun mener også at de

har god kunnskap om rutiner og maler, og at de bruker tjenestebeskrivelsene. Ifølge virksomhetsleder har flere studert helserett eller har annen juridisk videreutdanning.

Vi har spurt saksbehandlerne om deres vurdering av egen kompetanse⁷. Her svarer de ansatte følgende:

- Alle svarer at de i stor grad vet hvem som har myndighet til å fatte vedtak om helsehjelp.
- Åtte av ni svarer at de har fått god opplæring i forvaltningsloven.
- Fire av ni svarer at de i mindre grad har fått opplæring i hvordan behandle klager.

I kapittel 3 om utredning beskriver vi opplæring og kompetanse relatert til utredning og saksbehandling.

Vi har spurt saksbehandlerne om i hvilken grad de synes det er krevende å saksbehandle søknader om ulike tjenester. De ansatte svarte at

- institusjon/sykehjem
- avlastningstiltak
- brukerstyrt personlig assistanse
- omsorgsstønad

var mest krevende områdene å saksbehandle, se tabell 2

⁷ Se metodekapittel (vedlegg 2) for informasjon om spørreundersøkelsen.

Tabell 2 Ansattes svar på i hvilken grad de synes det er krevende å saksbehandle søknader om ulike tjenester, N=9

	Ganske krevende å saksbehandle	Noe krevende å saksbehandle	Enkelt å saksbehandle	Usikker - har saksbehandlet få slike saker
Helsetjenester i hjemmet	0%	33%	67%	0%
Støttekontakt	0%	22%	56%	22%
Institusjon/sykehjem	22%	56%	22%	0%
Rehabiliteringstiltak	11%	22%	67%	0%
Avlastningstiltak	33%	33%	22%	11%
Brukerstyrt personlig assistanse	44%	0%	11%	44%
Omsorgsstønad	22%	56%	0%	22%
Psykisk helse og avhengighetsproblematikk	11%	22%	56%	11%
Ledsagerbevis	0%	0%	22%	78%

2.6. Revisors vurdering av internkontrolltiltak

Kommunen skal ha et styringssystem som

- beskriver Tjenestekontorets organisering, mål og oppgaver
- sikrer at det gjøres systematisk risikovurdering av saksbehandlingen
- sikrer at rutiner, prosedyrer og tiltak for saksbehandlingen blir evaluert og forbedret
- sikrer at ansatte er kjent med oppgaver og myndighet og at de har fått tilstrekkelig opplæring i sitt saksfelt

Kommunen har et styringsdokument som beskriver organisering, mål og oppgaver ved Tjenestekontoret. Kommunen har ikke en enhetlig beskrivelse av hvem som er tildelt myndighet til å fatte vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Det er ikke gjort risikovurderinger knyttet til saksbehandling ved tjenestekontoret. Et slikt arbeid er planlagt i 2023.

Kommunen har ulike rutiner, maler og kartleggingsskjemaer som brukes i saksbehandlingen. Arbeidet med rutiner og oppdatering er systematisert og fremgår av internkontrollsystemet Compilo.

De ansatte opplever at de har god kunnskap om saksbehandling, herunder oppgaver og myndighet. En del ansatte opplever at de har mindre kompetanse om klagesaksbehandling. Vi vurderer at kommunen har gjort mange grep for å sikre at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse.

3. Utredning

3.1. Revisjonskriterium

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen *sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.*

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a har pasient⁸ og bruker⁹ rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Ifølge lovforarbeidene¹⁰ gir «nødvendige helse- og omsorgstjenester» krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Omfang og nivå på hjelpen må derfor vurderes konkret.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 gjelder forvaltningsloven kapittel IV og V for vedtak om helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, støttekontakt, plass i institusjon og BPA som forventes å vare lenger enn to uker. Forvaltningsloven kapittel IV inneholder krav om hvordan enkeltvedtak skal forberedes, og forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes, jf. forvaltningsloven § 17.

Helsedirektoratets veileder for behandling¹¹ av saker om tildeling tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven sier blant annet følgende om utredning av tjenestebehov:

- Når en pasients behov skal utredes, må det gjøres en konkret vurdering av hvilke opplysninger som skal innhentes. Saksbehandler må sørge for at alle relevante forhold blir belyst. Veilederen viser til at kartleggingsskjema eller tilsvarende hjelpemidler kan være nyttige som sjekklister/huskelister ved innhenting av informasjon.
- I mange saker vil det være viktig med en tverrfaglig utredning av behovet, slik at pasienten får en individuell og tilpasset utforming av tjenestene. Tverrfaglig vurdering kan gi riktiger vurdering av tjenestebehovet, og dermed være en forutsetning for en forsvarlig utredning av saken.
- Avhengig av hva saken dreier seg om, kan det være aktuelt å innhente ulike opplysninger om helsetilstand/diagnose, funksjonsnivå, familieforhold, sosiale forhold, boforhold, nåværende tjenester, egne ressurser mv. Det vil for eksempel være aktuelt å innhente opplysninger fra pasienten/brukeren selv, fastlege, spesialisthelsetjenesten, kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester og andre instanser som barnevernstjenesten, NAV mv.

⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3: Pasient: en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle

⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3: Bruker: en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c

¹⁰ Prop. 91 L (2010-2011) s. 345.

¹¹ Helsedirektoratet: IS-2442 Veileder for saksbehandling

Rutiner og avtaler om oppgavefordeling er viktig for å sikre samarbeid mellom flere aktører. Rutiner og avtaler som plasserer ansvar og oppgaver, og som eventuelt beskriver hvordan oppgavene skal utføres, letter kommunikasjon og trygger samhandling.

I kapittel 2 har vi beskrevet internkontrollkravet om rutiner og tiltak jf. kommuneloven § 25-1 og ledelsesforskriften § 7.

For de forvaltningsrettslige kravene til saksbehandlingen har vi utledet følgende revisjonskriterium om utredning:

- **Kommunen må ha rutiner og tiltak som sikrer at pasienters/brukeres behov blir forsvarlig utredet.**

3.2. Søknadsskjemaer

Kommunen har lagt opp til at søkere kan søke elektronisk via søknadsskjema på kommunens nettsider. Innlogging skjer gjennom ID-porten. Det er også mulig å skrive ut et søknadsskjema og søke på papir. Ifølge seksjonsleder søker de fleste gjennom det elektroniske søknadsskjemaet.

På kommunens internettsider er det informasjon om de ulike helse og omsorgstjenestene i kommunen, samt om framgangsmåte for å søke tjenester. Det gis informasjon om at man kan kontakte Tjenestekontoret dersom man trenger hjelp til å fylle ut skjemaet.

I søknadsskjema kan søker fylle ut samtykke til at kommunen kan innhente og dele sensitiv informasjon om søker.

Bruker blir bedt om å skrive inn hjelpebehov og hvilke tjenester man mener man trenger. I den elektroniske versjonen av skjemaet spør man også om «Hva som er viktig for deg». Dette får man ikke spørsmål om papirskjemaet. Det jobbes med å harmonisere de to skjemaene.

Det blir opplyst om at søker vil bli kontaktet av saksbehandler, som i de fleste tilfeller foretar et vurderingsbesøk for å kartlegge søkers bistandsbehov. Det informeres om behandlingsfrist på fire uker og bruk av foreløpig svar.

3.3. Arbeidsflyt – rutiner

En sentral rutine er Saksbehandling søknad helse- og omsorgstjenester. Rutinen er sist oppdatert 27.02.23¹². Formålet med rutinen er å ivareta lovkrav til prosess, form og innhold og skape enhetlig

¹² Forrige versjon av rutinen var 28.03.22 og neste revisjon er 27.04.24.

saksbehandling. I rutinene er det gitt en fordeling av oppgaver mellom seksjonsleder, inntakskoordinator, logistikk-koordinator og saksbehandler.

Arbeidsflyten beskrives slik:

1. Fordele nye søknader 2 ganger i uka.
2. Saksbehandler sender skriftlig foreløpig svar.
3. Saksbehandler har ansvar for å sikre at en søknad er så godt opplyst som mulig før vedtak fattes. Opplysninger innhentes fra og om aktuell søker i form av kartleggingssamtale, fortrinnsvis fysisk eller per telefon, og fra aktuelle samarbeidspartnere. For innhenting av opplysninger må samtykke foreligge. Det tilstrebes 2 saksbehandlere på kartleggingssamtaler. I enhver saksutredning skal søker spørres «Hva er viktig for deg».
4. Saksbehandler dokumenterer kartleggingssamtale og oppdaterer lplos
5. Saksbehandler vurderer på bakgrunn av innhentet informasjon om søker har rett på helse- og omsorgstjenester. Saksbehandler skal benytte ressurskalkulator for å vise hvilken kostnad den aktuelle tjenesten har. Ved behov skal saken drøftes med seksjonsleder eller meldes opp til drøftingsmøte.
6. Saksbehandler oppretter saksdokument til aktuell søknad.
7. Når saksframlegg er skrevet skal vedtaket protokolleres og iverksettes.
8. Når vedtaket er protokollert, opprettes utgående dokument med en eller to underskrivere, avhengig av sakstype.

I spørreundersøkelsen svarte alle saksbehandlerne at de hadde god kunnskap om hva de skulle gjøre for å innhente tilstrekkelig informasjon til saksbehandlingen.

3.4. Kollegastøtte – lederstøtte

På Tjenestekontoret er det praksis at man tar kontakt med kollega, fortrinnsvis en som har god kompetanse på det man lur på, eller med leder, dersom man ønsker å drøfte en sak. Ifølge seksjonsleder fungerer dette som en god arbeidsmetodikk. Tjenestekontoret har også etablert et forum for drøfting av enkeltsaker annenhver uke. Det er den enkelte saksbehandlers ansvar å spille inn saker til seksjonsleder. Deretter inviterer seksjonsleder relevante personer til å delta i drøftingen.

Det skrives ikke referat fra disse møtene og det vil heller ikke fremgå i pasientjournalen at man har gjennomført et slikt møte. Konklusjonen i møtene er mer veiledende enn konkluderende. Ifølge seksjonsleder kunne det vært mange flere saker som blir drøftet der, i stedet velger ansatte å drøfte med kollegaer og leder fortløpende.

I spørreundersøkelsen svarer alle saksbehandlerne at de har god støtte i kollegaer og leder dersom de trenger bistand i saksbehandlingen.

3.5. Faglig støtte – rutiner

Tjenestekontoret bruker Helsedirektoratets veileder for saksbehandling som verktøy i saksbehandling av søknader. Veilederen gir uttrykk for sentrale myndigheters forståelse av god saksbehandling innenfor helse- og omsorgstjenestene, og gir en praktisk innføring i de reglene som gjelder ved saksbehandling og tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet ønsker at veilederen skal være et verktøy og hjelpemiddel i saksbehandlers og ledes arbeid med å sikre gode helse- og omsorgstjenester i kommunen.

Ifølge seksjonsleder er saksbehandlerne også hyppig i kontakt med statsforvalteren for å drøfte saker og få veiledning.

Åtte av ni saksbehandlere svarer i vår spørreundersøkelse at de er fornøyde med rutinene. En saksbehandler er mindre fornøyd.

3.6. Tjenestebeskrivelser

Kommunen har utarbeidet tjenestebeskrivelser. Disse er samlet i dokumentet Tjenestebeskrivelser 2022. Totalt er det utarbeidet 20 ulike tjenestebeskrivelser, og det er egne dokumenter blant annet for

- helsetjenester i hjemmet
- korttidsopphold i institusjon
- langtidsopphold i institusjon
- praktisk bistand
- avlastning

I tjenestebeskrivelsene står det blant annet:

Kommunene er forpliktet til å tilby helsehjelp i henhold til Helse- og omsorgstjenestelovgivningen til innbyggere. Tjenestebeskrivelsene med tilhørende kriterier for tildeling definerer hva innbyggere kan forvente av tjenesteapparatet og fungerer også som veiledere ved vedtaksfatting og for de utøvende tjenestene. Formålet er å tydeliggjøre kommunens samfunnsoppdrag.

Tjenestebeskrivelsene har en relativt lik oppbygging. Eksempelvis er Helsetjenester i hjemmet bygd opp med

- en beskrivelse av ordningen
- hvem som er målgruppe
- hvilke tildelingskriterier som gjelder

- hva som ikke inngår i tjenestetilbudet
- hva bruker kan forvente og hva tjenesten forventer
- lovhjemmel for tjenesten

Både seksjonsleder og alle saksbehandlerne (i spørreundersøkelsen) svarer at de opplever tjenestebeskrivelsene som nyttige verktøy når de saksbehandler.

3.7. Kartleggingsverktøy

Tjenestekontoret har utarbeidet tre ulike kartleggingsverktøy/sjekklistere som gir støtte når saksbehandler skal innhente informasjon:

- Et generelt skjema med ulike vurderingspunkter som eksempelvis aktuell sykehistorie, smerter og hjelpemidler. Skjema fylles ut av saksbehandler. Målgruppe eller aktuell tjeneste er ikke omtalt.
- Sjekkliste for kartlegging av behov for tjenester og bolig for personer mellom 16-18 år med nedsatt funksjonsevne.
- Et skjema med en opplisting av ulike IPLOS-funksjonsvariabler, eksempelvis personlig hygiene, toalettbesøk, lage mat med mer.

Seksjonsleder tror saksbehandlerne i liten grad bruker kartleggingsverktøyene.

Tjenestekontoret har laget skjema «Verktøy for likhetsprinsippet som utgangspunkt minste stand, før individuelle hensyn tas inn», som viser tidsestimat for ulike helsehjelpiltak (eksempelvis hjelp til å spise, hjelp til påkledning). Dokumentet definerer hva som inngår i personlig assistanse, herunder praktisk bistand. Ifølge seksjonsleder blir dette verktøyet brukt for å beregne hva som skal til for å utføre de tjenestene vedtaket omfatter.

3.7.1. Praksis for bruk av Iplos

Ifølge seksjonsleder fyller saksbehandler ut Iplosdata i pasientjournalen etter kartleggingssamtalen. Dersom dataene som allerede står der er riktige, oppdateres datoen med dagens dato.

I vår stikkprøvekontroll av 34 saker fant vi at Iplosdata var oppdatert i nær alle saker. I et tilfelle var dataene 4 måneder gamle i forhold til tidspunkt for saksbehandling.

3.8. Ressurskalkulator

Kommunestyret har vedtatt at Tjenestekontoret skal bruke ressurskalkulatorer ved utmåling av helse og omsorgstjenester. Ressurskalkulatoren er et ressurs- og planleggingsverktøy som er utviklet av Agenda Kaupang. Ifølge Agenda Kaupang vil kalkulatoren synliggjøre hva en enkelt tjeneste vil legge beslag på av ressurser og gjør det mulig å sammenligne alternative løsninger og betydningen av å rette innsatsen mot tiltak på forskjellige trinn i innsatstrappa.

Tjenestekontoret har benyttet ressurskalkulatoren siden 2021, og har nylig revidert bruken av verktøyet. Ifølge seksjonsleder har man erfart at det ikke er hensiktsmessig å benytte kalkulatoren i *alle* situasjoner, slik intensjonen var i starten. De har derfor laget en ny arbeidsprosedyre hvor det står hva slags situasjoner kalkulatoren skal benyttes¹³. I prosedyren står det at man også må vurdere forsvarlighet, etikk og hva som er mulig å få til i praksis når man saksbehandler søknader om helse- og omsorgstjenester.

I vår stikkprøvekontroll så vi at ressurskalkulatoren var brukt i noen saker. Vi har imidlertid ikke tall på i hvor mange av de gjennomgåtte sakene kalkulatoren var brukt.

3.9. Revisors vurdering av utredning

Kommunen har rutiner og tiltak som sikrer at behov for helse- og omsorgstjenester blir utredet. Vi mener at kommunen har flere tiltak som øker forsvarligheten i dette arbeidet. Utarbeidede rutiner, maler, kartleggingsskjemaer, ressurskalkulator og tjenestebeskrivelser er godt kjent blant ansatte, og verktøyene oppleves som velfungerende. De bidrar som rettesnor for hva som kreves for å innhente tilstrekkelig informasjon og for å gi ulike tjenester.

Gjennom intervjuer og stikkprøvekontroll har vi fått et innblikk i praksis. Vi vurderer på bakgrunn av kommunen har rutiner og tiltak som sikrer god praksis for at brukeres behov blir forsvarlig utredet.

Det har i undersøkelsesperioden vært to ulike versjoner av søknadsskjema med noe ulike spørsmål. I avsluttende prosess av rapporten er vi informert om at disse søknadsskjemaene nå er harmonisert.

¹³ Herunder når omsorgsnivået endres, tjenestefomfanget er omfattende, tildeling av BPA og i komplekse saker.

4. Brukermedvirkning, samtykkekompetanse og rett til informasjon

4.1. Revisjonskriterier

4.1.1. Brukermedvirkning og informasjon

I samsvar med forvaltningsloven § 11 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2a skal kommunen gi informasjon og veiledning. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 skal pasienten/brukeren ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine interesser og rettigheter. Informasjonen skal gis på en måte som blir forstått av mottakeren. Den skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og må tilpasses forhold som mottakerens alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.¹⁴

Brukerens rett til medvirkning og informasjon er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 har pasient eller bruker blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. Videre skal tjenestetilbudet, så langt som mulig, utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet.

For at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren, må kommunen gå aktivt inn for å få med pasientens/brukerens synspunkter når tjenestetilbudet utformes. Kommunen kan ikke vente på at pasienten/brukeren selv tar initiativ til dette, jf. Helsedirektoratets Veileder for saksbehandling.

4.1.2. Samtykke

Personer over 18 år har rett til å samtykke til helsehjelp, jf. § 4-3. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Der det er usikkert om pasienten/brukeren forstå konsekvensen av egne valg, avgjør den som yter helsehjelp om pasienten mangler kompetanse til å samtykke. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, tredje ledd sier at dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten til å medvirke i utformingen av tjenestetilbudet.

¹⁴ Helsedirektoratets veileder for saksbehandling

I kapittel 2 har vi beskrevet internkontrollkrav om rutiner og tiltak jf. kommuneloven § 25-1 og ledelsesforskriften § 7.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier om brukermedvirkning og samtykke:

- **Kommunen må ha rutiner som sikrer at reglene om samtykke blir ivaretatt**
- **Kommunen må ha tiltak som sikrer at pasienter/pårørende får medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud.**
- **Kommunen må ha tiltak som sikrer at pasienter og pårørende får slik informasjon og veiledning som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine interesser og rettigheter.**

4.2. Samtykkekompetanse

Kommunen har ikke retningslinjer som omtaler hvordan man skal dokumentere om søker er samtykkekompetent eller ikke. De fleste som søker, blir kontaktet av tjenestekontoret, som gjennomfører en kartleggingssamtale. Dette blir imidlertid ikke gjort i alle saker. Dersom de er i tvil om søker er samtykkekompetent, tar Tjenestekontoret kontakt med fastlegen for avklaring/diskusjon. Seksjonsleder tror ikke egne ansatte gjennomfører samtykkekompetansevurderinger, men understreker at demenskoordinator gjør slike vurderinger.

I vår stikkprøvekontroll undersøkte vi om det går fram av saken at man har vurdert om søker er samtykkekompetent. I de fleste sakene er ikke dette omtalt. I et vedtak står det at kommunen bruker tvang etter kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven. I tre andre saker er det verget som søker på vegne av søkerne. I to tilfeller står det eksplisitt at man har vurdert om søker er samtykkekompetent og at man vurderer at søker er det. Vi har ikke sett eksempler på at kommunen fatter et vedtak som er mot søkers uttrykte vilje, bortsett fra i vedtaket som omtaler tvang.

Åtte av ni saksbehandlere svarer i spørreundersøkelsen at de har god kunnskap om hva de skal gjøre dersom de er i tvil om søker er samtykkekompetent. En saksbehandler svarer at man bare i mindre grad har denne kunnskapen.

4.3. Medvirkning

Alle som søker om helsehjelp, har krav på å medvirke ved utformingen av tjenestetilbudet. Det skal legges stor vekt på hva pasient eller bruker mener. Når søker bruker det elektroniske søknadsskjemaet, blir man spurt om «hva er viktig for deg?». Dersom man bruker søknadsskjema på papir, får man imidlertid ikke dette spørsmålet. Seksjonsleder understreker at spørsmålet likevel vil kunne bli fanget opp, da det er rutine for at spørsmålet skal besvares i kartleggingssamtalen.

I de fleste tilfeller gjennomfører tjenestekontoret en kartleggingssamtale med søker. I vår stikkprøvekontroll fant vi at disse samtalene ofte gjennomføres ved hjemmebesøk, eventuelt telefonkontakt. I seks av åtte saker om korttidsopphold for utredning, så vi at vedtaket ikke viser til dialog med søker. Mange av disse sakene gjelder brukere som har behov for rehabilitering etter sykehusopphold, eller det gjelder en revurdering (forlengelse) av tidligere vedtak. I to av disse sakene ble søknaden avslått. I begge tilfellene var det gjennomført hjemmebesøk i forkant.

Alle saksbehandlerne svarer at de har god kunnskap om hvordan de skal sikre brukermedvirkning i saksbehandlingen.

4.4. Informasjon og veiledning til personer som søker

På kommunens nettsider under Tjenestekontor er det beskrevet hvordan man kan søke om helse- og omsorgstjenester. Om utfylling av skjema står det «Gjør dette gjerne i samarbeid med fastlege, NAV, spesialisthelsetjenesten eller andre du tenker kan bistå deg». Det informeres om at tjenestebehovet vil bli utredet i samarbeid med søker, og at vurderingsbesøk vil bli avtalt på forhånd. Det står også at søker skal informeres og veiledes om andre tjenester som kan bidra til selvhjelp.

I det utskrivbare søknadsskjemaet står det at man kan ta kontakt med Holmestrand kommune dersom man trenger hjelp til utfylling av skjemaet. Telefonnummeret som oppgis, er til Tjenestekontoret. Her står det også at man vil bli kontaktet for å avtale eventuelt hjemmebesøk og for utfyllende opplysninger.

I søknadsskjemaet gis det informasjon til søker om blant annet følgende:

- Nødvendige opplysninger. Hva slags informasjon som må innhentes for å kunne behandle søknaden, informasjon oppbevaring av opplysningene og innsynsrettigheter.
- IPLOS/KPR. Iplos er nærmere redegjort for. KPR (kommunalt pasient- og brukerregister er ikke beskrevet nærmere.
- Taushetsplikt
- Egenbetaling. Det gis informasjon om at det er egenbetaling på enkelte tjenester, og det er lenket til hvilke priser som gjelder.
- Saksbehandling. Det informeres om vurderingsbesøk, saksbehandlingstid og foreløpig svar.

I styringsdokumentet for Tjenestekontoret/Forvaltningsenheten står det at veiledning er et av ansvarsområdene. I funksjonsbeskrivelsen som er utarbeidet for saksbehandler, står det at kontakt med bruker/søker er en av oppgavene man har som saksbehandler. Videre skal man bidra med råd og veiledning om egenmestring og tilrettelegging.

Ifølge seksjonsleder for Tjenestekontoret bruker de ansatte mye tid på å veilede søkere enten på telefon eller gjennom kartleggingssamtaler. Vi har tidligere vist til at kartleggingssamtaler eller telefondialog med bruker synes å være normalt, men at det avhengig noe av hva slags situasjon man er i og hva slags bistand det søkes om.

I spørreundersøkelsen svarer åtte av ni saksbehandlere at de har god kunnskap om hvilken rett søkere har til informasjon når de søker hjelp. En svarer at han/hun bare i mindre grad har denne kunnskapen.

En saksbehandler kommenterer at tidspress og stor saksmengde kan gjøre at kartleggingsbesøk nedprioriteres.

4.5. Revisors vurdering av brukermedvirkning, samtykkekompetanse og rett til informasjon

Tjenestekontoret har ikke rutiner som beskriver når de skal vurdere og eller dokumentere at søker er samtykkekompetent. I vedtaksutforming har vi sett at samtykkekompetanse omtales i enkelte saker, både når søker ikke er samtykkekompetent og når det er vurdert om søker er samtykkekompetent. Dette indikerer at Tjenestekontoret har en viss praksis for å vurdere og dokumentere samtykkekompetanse. Temaet er ikke omtalt i rutiner og man risikerer da et det blir tilfeldig og personavhengig om man har sikkerhet for at det foreligger reelt samtykke eller ikke.

Tjenestekontoret har flere tiltak som sikrer at pasienter får medvirke ved utforming av eget tjenestetilbud, f.eks. at søkere allerede i søknadsskjema spørres om «hva er viktig for deg», løsrevet fra hvilken tjeneste det søkes om. Spørsmålet skal også stilles når det gjennomføres kartleggingssamtale, men framgår ikke av det papirbaserte søknadsskjemaet. Det innebærer at søkere som søker på papir, kan få en svakere mulighet til medvirkning.

Tjenestekontoret har flere tiltak som sikrer at pasienter og pårørende får nødvendig informasjon og veiledning. Det angis blant annet hvor man kan få bistand, søknadsskjema inneholder noe veiledende informasjon, og informasjon og veiledning blir også gitt i kartleggingssamtalene.

5. Habilitet

5.1. Revisjonskriterier

Ifølge forvaltningsloven § 6 blir man inhabil til å tilrettelegge grunnlaget for en avgjørelse eller til å treffe avgjørelse i en forvaltningssak

- a. når man selv er part i saken
- b. når man er i slekt eller svogerskap med en part i opp- eller nedstigende linje eller i sidelinje så nær som søsken
- c. når man er eller har vært gift med eller er forlovet med eller er fosterfar, fostermor eller fosterbarn til en part
- d. når man er verge eller fullmektig for en part i saken eller har vært verge eller fullmektig for en part etter at saken begynte

Offentlig tjenestemann blir også inhabil når andre særegne forhold foreligger som er egnet til å svekke tilliten til hans upartiskhet; blant annet skal legges vekt på om avgjørelsen i saken kan innebære særlig fordel, tap eller ulempe for ham selv eller noen som han har nær personlig tilknytning til. Det skal også legges vekt på om habilitetsinnsigelse er reist av en part.

Er direkte overordnet inhabil, kan avgjørelse i saken heller ikke treffes av en direkte underordnet i samme forvaltningsorgan.

KS sitt etikkutvalg har utarbeidet generelle råd rundt habilitet. Ett av rådene er at kommunen bør ha klare og kjente rutiner for å håndtere inhabilitet.

I kapittel 2 har vi beskrevet internkontrollkrav om rutiner og tiltak jf. kommuneloven § 25-1 og ledelsesforskriften § 7.

Vi har utledet følgende revisjonskriterier om habilitet:

- **Kommunen må ha tiltak og rutiner for å vurdere habilitet.**
- **Kommunen må sikre at ansatte som deltar i saksbehandling er kjent med rutinene og kravene til habilitet.**

5.2. Tiltak og rutiner for å vurdere habilitet

Kommunen har etiske retningslinjer som ble vedtatt av kommunestyret 11.12.19 (sak 040/19). Her står det blant annet at ansatte skal unngå å komme i situasjoner som kan medføre konflikt mellom kommunens interesser og personlige interesser. Det står også at dersom personlige interesser kan påvirke avgjørelsen i en sak en har faglig ansvar for eller for øvrig deltar i behandlingen av, skal dette umiddelbart tas opp med overordnede.

Habilitet er omtalt i administrativt deleringsreglement. Her presiseres det at dersom man er i tvil så skal man bringe saken fram for overordnet leder. Dersom inhabilitet inntreffer, skal det overlates til overordnet leder å treffe beslutning i saken.

Det er ikke utarbeidet andre skriftlige føringer som brukes av Tjenestekontoret. Seksjonsleder for Tjenestekontoret opplyser at de vil sette i gang en prosess for å lage rutiner for håndtering av habilitet i saksbehandlingen. Seksjonsleder mener at kommunens praksis er strengere enn det som følger av forvaltningsloven. Denne praksisen/terskelen er imidlertid ikke skriftliggjort.

5.3. Kunnskap hos ansatte

Habilitet refererer til en saksbehandlers evne til å behandle en sak objektivt og uavhengig, uten å ha interesser som kan påvirke beslutningen eller som er egnet til å svekke tilliten til saksbehandlers objektivitet og uavhengighet. Seksjonsleder for Tjenestekontoret tror saksbehandlerne har ganske god kunnskap om disse reglene. Det hender at enkeltansatte har kommet til henne og informert om at de kjenner søker i saker de har fått tildelt. I slike tilfeller har de hatt lav terskel for å omfordele sakene, selv om saksbehandlers relasjon til søker ikke fører til inhabilitet etter forvaltningsloven.

Saksbehandlerne ved Tjenestekontoret svarer alle at de er kjent med hva slags regler som gjelder dersom de er usikre på egen habilitet. Ingen svarer at de selv har vært usikker på egen habilitet i saksbehandling av søknader.

5.4. Revisors vurdering av habilitet

Det er stor sannsynlighet for at saksbehandlere vil kunne få befatning med søknader som berører familie eller omgangskrets når de behandler søknader om helse- og omsorgstjenester. Det er ikke laget egne rutiner, retningslinjer eller råd som er tilpasset vurderingene av habilitet på Tjenestekontoret.

Kommunen har overordnede rutiner for hvordan inhabilitet skal håndteres i saksbehandlingen. Saksbehandlerne oppgir at de er kjent med hvordan de skal håndtere mulig inhabilitet.

6. Likebehandling

6.1. Revisjonskriterier

Likebehandling

Likebehandling er et grunnleggende ulovfestet prinsipp, og handler om at forvaltningen skal sikre at likeartede tilfeller får lik behandling. Forskjellig resultat skal være saklig begrunnet. Det kan være utfordrende å avgjøre hva som er «like tilfeller». Ofte omtales likhetsprinsippet som et forbud mot usaklig forskjellsbehandling: det skal ikke tas utenforliggende eller usaklige hensyn ved utøving av skjønn - saksbehandlingen må være saklig og objektiv. Flere av saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven skal bidra nettopp til å forebygge usaklig forskjellsbehandling, f.eks. reglene om habilitet, kravene til sakens opplysning, kravene til begrunnelse av vedtak mm.

Eventuelle forskjeller når det gjelder omfang eller utforming av tjenestetilbud, skal være basert på saklige hensyn og relevante forskjeller i pasientenes/brukerens behov og/eller ønsker.

I tillegg til saksbehandlingsreglene kan det være behov for systematiske tiltak som er egnet til å hindre usaklig forskjellsbehandling. Tiltak som kan sikre dette kan være rutiner, maler, ordninger for kvalitetssikring og godkjenning av vedtak, retningslinjer for skjønnsutøvelse, kompetansehevende tiltak, retningslinjer for begrunnelser, tjenestebeskrivelser, presedensregister mm.

Det er naturlig å anta at jo mer konkrete rutiner og føringer man har for saksbehandlingen, jo større er muligheten for å forebygge usaklig forskjellsbehandling av søknader.

Vi har utledet følgende revisjonskriterium om likebehandling:

- **Kommunen bør ha systematiske tiltak som er egnet til å hindre usaklig forskjellsbehandling ved tildeling av helse- og omsorgstjenester.**

6.2. Tiltak som kan bidra til likebehandling

Vi har sett at kommunen har flere systematiske tiltak som kan bidra til å hindre usaklig forskjellsbehandling.

Tiltak for å sikre at man har felles praksis på tjenestekontoret

Kommunen har organisert all saksbehandling av helse- og omsorgstjenester i et tjenestekontor med en leder. Tjenestekontoret har et forum for drøfting av enkeltsaker, men ifølge seksjonsleder blir mange saker i stedet drøftet mellom ansatte.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Her er det anbefalt at saksbehandlere har mulighet til å skaffe seg oversikt

over tidligere praksis ved kontoret. Tjenestekontoret har en oversikt over utfall i klagesaker behandlet av Statsforvalteren. Denne oversikten blir brukt i saksbehandlingen, jf. avsnitt 2.3.2.

Tiltak for å sikre lik innhenting av informasjon

I kapittel 3 Utredning har vi sett at kommunen har flere tiltak som sikrer lik innhenting av informasjon. Tiltakene er rutiner som beskriver hva som skal innhentes av informasjon, kartleggingskjemaer for dialog med brukere, ressurskalkulator som skal bidra til enhetlig utmåling av tjenestenivå og tjenestebeskrivelser som beskriver både hva en tjeneste innebærer og hvem som kan ha krav på en tjeneste.

I avsnitt 3.2 ser vi at det er noe ulikhet mellom informasjonen som innhentes i elektronisk søknadsskjema og i papirbasert søknadsskjema. Spørsmålet «Hva er viktig for deg» mangler i det papirbaserte skjemaet.

I kapittel 8 om vedtak om helsehjelp har vi sett at tjenestekontoret har god praksis for å begrunne vedtakene sine opp mot regelverket og at maler legger opp til at dette skal gjøres i alle saker.

Tiltak for å sikre habilitet

I kapittel 5 Habilitet har vi sett at kommunen har overordnede tiltak for å sikre habilitet, og at kommunen vurderer å etablere rutiner som gir mer konkret informasjon og veiledning om terskelen for inhabilitet.

Tiltak for sikre forsvarlig kompetanse

I avsnitt 2.5 om opplæring framgår det at kompetansen i organisasjonen vurderes å være god, at kompetansebehov kartlegges og at det løpende iverksettes kompetansehevende tiltak.

6.3. Revisors vurdering av likebehandling

Tjenestekontoret har iverksatt flere systematiske tiltak som bidrar til å hindre usaklig forskjellsbehandling. Etableringen av ett tjenestekontor som utfører all saksbehandling er et særlig godt tiltak for å sikre likebehandling. Vi vurderer at de iverksatte tiltakene er formålstjenlige og i stor grad blir brukt/fulgt opp etter formålet. Av forhold som kan bli bedre vil vi trekke fram følgende:

- Alle søkere bør få samme spørsmål i søknadsskjemaet, uavhengig av hvordan man søker om helse- og omsorgstjenester
- Kunnskap om hvordan man håndtere vanskelige saker bør i størst mulig grad forankres hos leder/i hele organisasjonen og ikke kun mellom enkeltsaksbehandlere.

I avsluttende prosess av rapporten er vi informert om at søknadsskjemaene nå er harmonisert.

7. Saksbehandlingstid

7.1. Revisjonskriterier

Forvaltningsloven stiller krav om saksbehandlingstid. Etter forvaltningsloven § 11a skal forvaltningsorganet forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Dersom saken gjelder et enkeltvedtak, skal det gis et foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares innen en måned.

I det foreløpige svaret skal det redegjøres for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere. Det skal «så vidt mulig» angis når svar kan ventes, men det er ikke en ubetinget plikt til dette. I den grad saksbehandlingstiden er usikker, bør forvaltningsorganet ta de nødvendige forbehold. Men bare helt unntaksvis kan en tidsangivelse helt utelates.

I kapittel 2 har vi beskrevet internkontrollkrav om rutiner og tiltak jf. kommuneloven § 25-1 og ledelsesforskriften § 7.

Kommunen bør ha rutiner og tiltak for å ivareta krava til saksbehandlingstid og foreløpige svar.

Vi har utledet følgende revisjonskriterier om saksbehandlingstid:

- **Kommunen må ha tiltak for å sikre at kravene til saksbehandlingstid og foreløpig svar blir fulgt opp.**
- **Kommunen skal innen en måned ha behandlet søknaden eller sendt et foreløpig svar.**

7.2. Rutiner og praksis

I søknadsskjema blir søker informert om at saksbehandlingstiden er fire uker, og at søker vil bli informert dersom saksbehandlingen tar lenger tid.

Det står i Tjenestekontorets rutiner at saksbehandler skal sende foreløpig svar når søknaden mottas, dersom saksbehandlingstiden antas å gå over fire uker. I det foreløpige svaret skal det fremgå hva som er årsak til forsinkelsen, og det skal anslås en tid for nå saken er forventet å være ferdigbehandlet.

Kommunen har utarbeidet en mal for foreløpig svar. Malen legger opp til at det skal beskrives hva som er årsak til forsinkelsen og hvor lang tid det vil ta før vedtak blir fattet. Ifølge seksjonsleder er det ikke noen funksjon i saksbehandlingssystemet som varsler saksbehandler om fristene. Den enkelte saksbehandler må derfor følge opp hver søknad manuelt eller etter eget system, for å sikre

at saksbehandlingsfristen overholdes. Seksjonsleder er ikke kjent med at det er mulig å ta ut statistikk på saksbehandlingstid og bruk av foreløpig svar i saksbehandlingssystemet..

Seksjonsleder tror at saksbehandlerne er flinke til å sende foreløpig svar når det er påkrevd. Åtte av ni saksbehandlere svarer at de behandler de fleste søknadene innen fire uker. En svarer at dette bare gjøres i noen tilfeller. Åtte av ni svarer at de alltid sender foreløpig svar. En svarer at det gjøres i noen tilfeller.

For at kommunen skal ha kontroll med at saksbehandlingsfristen overholdes, må søknader registreres fortløpende slik at rett søknadsdato blir registrert. Seksjonsleder mener at Tjenestekontoret har god praksis for å registrere inn søknader fortløpende. Mange søknader kommer inn via e-meldingssystemet fra lege/institusjon. Disse blir også registrert fortløpende i pasientjournalen slik at rett søknadsdato blir registrert.

I vår stikkprøvekontroll fant vi søknadsdato og vedtaksdato i alle sakene. Saksbehandlingsfristen på fire uker var overholdt i 33 av 35 saker. I de to sakene med fristoverskridelse og i en sak som var behandlet innen fristen, var det sendt foreløpig svarbrev til søker. I det foreløpige svaret blir det informert om at saksbehandlingen er forsinket på grunn av høyt arbeidstrykk. Det ble også informert om tidspunkt for når vedtak trolig vil bli fattet.

7.3. Revisors vurdering av saksbehandlingstid

Kommunen har flere tiltak som sikre at kravene til saksbehandlingstid og foreløpig svar blir fulgt. Det er etablert rutiner og maler som ivaretar kravene, og det er god kunnskap på Tjenestekontoret om frister og bruk av foreløpig svar. De fleste sakene i stikkprøvekontrollen ble behandlet innen fire uker, og vi så at det var sendt foreløpige svar med informasjon i saker med fristoverskridelse.

Vi vurderer at det er en viss risiko knyttet til at Tjenestekontoret ikke har rutine eller mulighet til å ta ut statistikk på saksbehandlingstid og bruk av foreløpig svar, og dermed ikke kan følge med på status og utvikling, særlig når det gjelder saksbehandlingstid.

8. Vedtak om helsehjelp

8.1. Revisjonskriterier

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 gjelder forvaltningsloven kapittel IV og V om saksforberedelse og enkeltvedtak for visse vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som forventes å vare lenger enn to uker¹⁵. Det er krav om enkeltvedtak for følgende tjenester:

- helsetjenester i hjemmet
- personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- plass i institusjon, herunder sykehjem

Enkeltvedtak skal som hovedregel være skriftlige, og de skal begrunnes, jf. forvaltningsloven §§ 23 og 24. Forvaltningsorganet skal gi begrunnelsen samtidig med vedtaket.

Forvaltningsloven § 25 krever at begrunnelsen

- skal vise til de regler vedtaket bygger på, med mindre parten kjenner reglene. I den utstrekning det er nødvendig for å sette parten i stand til å forstå vedtaket, skal begrunnelsen også gjengi innholdet av reglene eller den problemstilling vedtaket bygger på.
- skal nevne de faktiske forhold som vedtaket bygger på. Er de faktiske forhold beskrevet av parten selv eller i et dokument som er gjort kjent for parten, er det tilstrekkelig å vise til tidligere framstilling.
- bør nevne de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn. Er det gitt retningslinjer for skjønnsutøvingen, vil i alminnelighet en henvisning til retningslinjene være tilstrekkelig.

Ifølge forvaltningsloven § 27 skal parten underrettes om vedtaket så snart som mulig. I underretningen skal det opplyses om klageadgang, klagefrist, klageinstans og fremgangsmåten ved klage.

Enkeltvedtak skal begrunnes. Ifølge veilederen skal det fremgå av begrunnelsen hvorfor vedkommende oppfyller eller ikke oppfyller vilkårene for tjenester, hva kommunen har lagt til grunn for utmålingen og hvorfor kommunen vurderer at de tjenestene som tilbys vil dekke det aktuelle behovet på en forsvarlig måte.

¹⁵ Tjenester etter § 3-2, første ledd nr. 6 bokstav a til c og § 3-8.

Vedtaket skal utformes slik at mottakeren vet hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder. Vedtaket bør også angi hva som er målsetningen med de tjenester som tilbys.

I kapittel 2 har vi beskrevet internkontrollkrav om rutiner og tiltak jf. kommuneloven § 25-1 og ledelsesforskriften § 7.

Vi har utledet følgende revisjonskriterier om vedtaket:

- **Kommunen må ha rutiner og tiltak for utarbeidelse av enkeltvedtak og for revurdering av vedtak**
- **Underretningen om vedtak skal etter helse- og omsorgstjenesteloven**
 - **oppgi hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang, og til hvilken tid**
 - **oppgi tidspunkt for iverksetting**
 - **inneholde dekkende begrunnelse**
 - **fattes av den som har myndighet**
 - **inneholde informasjon om klagerettigheter**

8.2. Bruk av vedtaksmaler

Tjenestekontoret har utarbeidet vedtaksmaler for innvilgelse/avslag om helse- og omsorgstjenester (vi har sett 15 maler for ulike tjenester). Seksjonsleder opplyser at man i første del av 2023 har revidert malene. De har ikke rutine for gjennomgang og oppdatering av malene, men hun mener at dette bør gjøres årlig. Dokumentene er relativt likt utformet, med standardtekst og veiledende overskrifter. Eksempelvis inneholder vedtaksmalen for helsetjeneste i hjemmet blant annet følgende:

- lovparagraf, uten at innholdet er gjengitt
- mål for vedtaket
- hva tiltaket omfatter (saksbehandler kan slette tiltak som ikke skal være med)
- hvor opplysningene er innhentet fra (saksbehandler kan slette elementer som ikke skal være med)
- bakgrunn og opplysninger som ligger til grunn for vedtaket (disse skal fylles ut, noe standardtekst i malen)
- vurdering og begrunnelse (noe standardtekst i malen)
- definisjon på hjemmesykepleie og hva tjenesten ikke innebærer

Syv av ni saksbehandlere svarer at de er fornøyde med malene som er utarbeidet, to saksbehandlere er mindre fornøyde.

8.3. Revurdering av vedtak

Vedtak om tjenester skal være tidsbegrenset. Dette medfører at kommunen må revurdere tjenestetilbudet i god tid før vedtaksperioden utløper, slik at nytt vedtak kan fattes dersom det er behov for det. Revurdering av vedtak er også viktig dersom det oppstår endrede behov hos pasient/mottaker av helse- og omsorgstjenestene.

Tjenestekontoret har rutine for nivåendring/revurdering av vedtak. Rutinen er sist revidert 27.02.23. I rutinen står det blant annet at Tjenestekontoret på de to ukentlige fordelingsmøtene skal søke opp meldinger om «behov nivåendring» i pasientsystemet, og fordele disse til saksbehandlere.

Ifølge seksjonsleder har Tjenestekontoret stort etterslep på vedtak som skal revurderes. Praksis er da at kommunen fortsetter å levere tjenester, selv om gjeldende vedtak er utløpt og nytt vedtak ikke er fattet. I de nye rutinen fra februar 2023 er det et årshjul som seksjonsleder håper kan være et godt bidrag til at etterslepet blir mindre. I årshjulet står det når man skal ta ut oversikter for utløp av ulike vedtak om helse- og omsorgstjenester, og når vedtakene skal revurderes. Eksempelvis skal man ta ut revurderingslister som angår boliger, barn og unge voksne i august måned. Disse vedtakene skal være vurdert ferdig i løpet av oktober. Det er lagt inn revurderingsaktiviteter i januar, mars, juni, august, september og oktober.

8.4. Innhold i underretning om vedtak

I de 35 sakene vi har undersøkt er det gitt underretning om vedtaket. Underretningsbrevet angir hva vedtaket går ut på. Alle vedtakene om å gi tjenester beskriver tjenestens omfang, oppstart og når den skal avsluttes. De vedtakene vi har undersøkt gir en omfattende beskrivelse av fakta. I to vedtak hvor man har revurdert tidligere vedtak, vises det til beskrivelse av fakta i tidligere vedtak.

Alle vedtakene beskriver «Mål med vedtaket».

I alle vedtakene har vi sett på vises det til hvilke regler vedtaket bygger på: pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1, andre ledd (retten til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste). I de fleste tilfellene vises det også til rett lovparagraf for den tjenesten det er søkt om (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, alternativene i bokstav a, b og/eller c. Unntaket er vedtak om langtidsopphold institusjon. Da vises det til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav a) – som omhandler helsetjenester i hjemmet.

Alle vedtakene gir en begrunnelse for hvorfor eller hvordan søker oppfyller eller ikke oppfyller vilkårene for tjenesten.

8.5. Myndighet til å treffe vedtak

Myndigheten til å treffe vedtak er delegert til seksjonsleder, se omtale i pkt. 2.2.

Brevmalen for vedtak legger opp til at vedtaket skal signeres av saksbehandler og seksjonsleder. Ifølge seksjonsleder har Tjenestekontoret en muntlig praksis for at vedtaket skal signeres av seksjonsleder og saksbehandler dersom vedtaket er omfattende, kostbart eller er et avslag, og at saksbehandler alene treffer vedtak i andre tilfeller. Det er opp til saksbehandler å velge i saksbehandlingssystemet om det skal være dobbeltsignatur på brevet eller ikke.

Seksjonsleder opplyser at både leder og saksbehandler signerer sammen på vedtak som har høye kostnader for kommunen. I praksis vil det si søknader om institusjonsplass, brukerstyrt personlig assistent og omsorgsstønad. I tillegg signerer begge på vedtak hvor det gis avslag. Denne praksisen fremgår også av saksbehandlingsrutinene. I øvrige saker er det saksbehandler som fatter vedtak.

I vår stikkprøvekontroll undersøkte hvem som har truffet vedtakene. Vi fant at samtlige vedtak om

- langtidsopphold institusjon og
- brukerstyrt personlig assistent
- avlastning institusjon

var truffet av seksjonsleder (signert av seksjonsleder og saksbehandler). Vedtak om avlastning i institusjon og korttidsopphold rehabilitering var truffet av saksbehandler alene.

8.6. Informasjon om klagerettigheter

Malen for vedtaksbrevet inneholder en standardtekst om klagerett. I vår stikkprøvekontroll så vi at denne teksten er med både i vedtak som innvilger søknaden fullt ut, og i vedtak om avslag. Teksten informerer om retten til å klage, klagefrist, retten til å se sakens dokumenter, klageinstans, hvor klagen skal sendes og hva slags bistand de kan få av Pasient og brukerombudet i Vestfold og Telemark.

8.7. Revisors vurdering av vedtak og underretningsbrev

Kommunen har rutiner og maler som er egnet til å ivareta kravene til underretning og utforming av vedtak. Vi vurderer at kommunen har god praksis, som viser at underretningsbrevene inneholder sentral informasjon om hva vedtaket går ut på, omfang, oppstart, fakta og begrunnelse. Det gis også informasjon om klagerett.

Kommunen bør sikre at myndighet til å treffe vedtak er delegert i samsvar med ønsket praksis, og at underretningene om alle vedtakstyper gir rett informasjon om lovgrunnlaget for de tjenestene

som innvilges/avslås. I avsluttende prosess av rapporten er vi informert om at administrasjonen har rettet opp feil lovhenvising brukt i noen underretningsbrev.

Tjenestekontoret har utfordringer med å revurdere tjenestebehov og vedtak før gjeldende vedtak utløper. Tjenestekontoret er kjent med utfordringen og har iverksatt tiltak.

9. Oppfølging av politiske vedtak

9.1. Revisjonskriterier

Helhetlig innsatstrapp

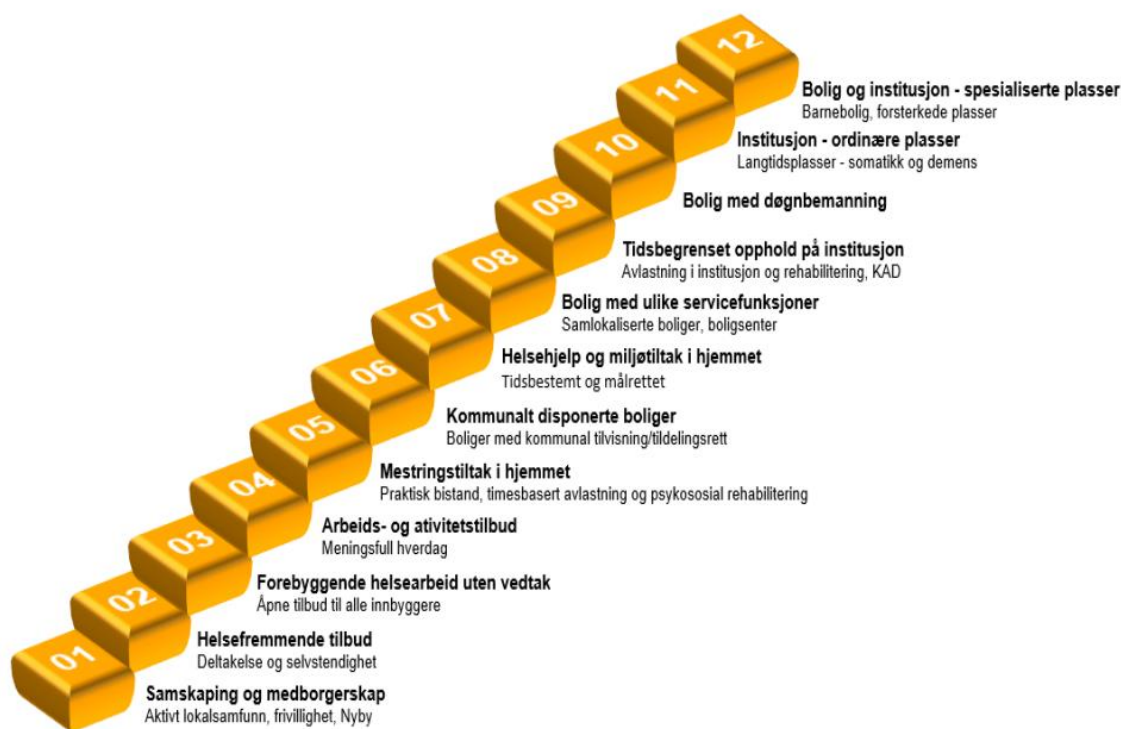
Kommunestyret har i vedtak 205/20 vedtatt innføring av Helhetlig innsatstrapp. I vedtaket står det blant annet:

Helhetlig innsatstrapp i Holmestrand kommune vedtas under forutsetning av at de generelle føringene det er lagt opp til, konkretiseres og at de tiltakene som krever mer konkretisering blir underlagt politisk behandling i HOV og KS.

Som vedlegg til saksgrunnlaget var det utarbeidet et strategidokument for Helhetlig innsatstrapp. Her står det at et sentralt element i Helhetlig innsats er å styrke egenomsorgen gjennom mer forebyggende tiltak og egenmestring hos innbyggerne

Som del av Helhetlig innsats la man også til grunn Helhetlig innsatstrapp hvor målet blant annet var å synliggjøre ulike tjenestetilbud/kostnadsrammer opp mot hverandre. Jo høyere opp i «trappa» jo dyrere er tiltakene, se figur 1.

Figur 1 Helhetlig innsatstrapp



Et mål på om administrasjonen har lyktes med å flytte tjenester nedover i tjenestetrappa, vil være færre nye vedtak om langtidsopphold i institusjon og flere vedtak om tilrettelagt tilbud hjemme.

Tjenestebeskrivelser

Et sentralt element i Helhetlig innsatstrapp var at det skulle etableres enhetlige tjenestebeskrivelser. I prosjektdokumentet for Helhetlig innsatstrapp, står det at Forvaltningsenheten vil bli ansvarlig for å utvikle tjenestebeskrivelser som harmonerer med strategien Helhetlig innsatstrapp, og som sikrer god forventningsavklaring med innbyggerne. Kvalitetsindikatorer skal også utarbeides for tjenester på alle nivåer.

I kommunestyret 23.06.21, sak 092/21, vedtok kommunestyret tjenestebeskrivelser som administrasjonen la fram. I vedtaket står det at kommunedirektøren «gis administrativ fullmakt til å justere eller endre kriteriene ved endringer i lov eller forskrift eller ved prinsippavgjørelser i enkeltsaker som følge av klagebehandling hos Statsforvalteren». Som følge av vedtaket skal andre endringer i tjenestebeskrivelser sendes til kommunestyret for ny behandling. I vedtaket står det også at informasjonsmateriell og nettinformasjon skal justeres i henhold til vedtaket. Dette indikerer at dersom det gjøres endringer i tjenestebeskrivelser, så skal endringene speiles i informasjonsmateriell og nettinformasjon.

Innføring av nytt nivå for omsorgsstønad

Kommunestyret vedtok 09.11.22, sak 196/22, at omsorgsstønad skal oppjusteres til minstelønn som assistent jf. ny tariff kr 324 900.

Revisjonskriterier

Vi har på dette grunnlaget utledet følgende revisjonskriterier:

- **Tjenestekontoret skal arbeide for at tjenester gis på et lavere nivå i innsatstrappa.**
- **Kommunestyret skal vedta reviderte og nye tjenestebeskrivelser**
- **Kommunen skal bruke tjenestebeskrivelser i saksbehandlingen**
- **Kommunen skal sikre at informasjon om tjenestebeskrivelsene er oppdatert**
- **Tjenestekontoret skal korrigere stønadnivået på omsorgsstønad i samsvar med kommunestyrevedtak 196/22.**

9.2. Omstrukturering av hva slags typer tjenester som gis

- **Tjenestekontoret skal arbeide for at tjenester gis på et lavere nivå av innsatstrappa**

Statistikk fra saksbehandlingssystemet, innhentet fra Tjenestekontoret, viser omfang av langtidsopphold institusjon (antall døgn) og helsetjenester i hjemmet (vedtakstimer) og hjemmetjenesten (vedtakstimer). Tallmateriale viser omfang av tjenestetilbud i desember måned 2020, 2021 og 2022.

Av tabell 3 ser vi at det er en svak korrelasjon med en nedgang i bruk av langtidsopphold i institusjon og en svak økning i hjemmebaserte tjenester.

Tabell 3 Endring i omfang av tjenestetilbud, langtidsopphold institusjon, helsetjenester og hjemmetjeneste, 2020-2022.

Type tjeneste	Antall des. 20	%-messig endring	Antall des. 21	%-messig endring	Antall des. 22
Langtidsopphold (antall døgn)	3 331	0 %	3 335	-7 %	3 114
Helsetjeneste (vedtakstimer)	26 113	-7 %	24 349	8 %	26 304
Hjemmetjenesten (vedtakstimer)	6 088	2 %	6203	7 %	6 647

Kommunalsjef for Helse og omsorg mener at kommunen har lyktes med å gjøre endringer i tråd med føringene, men at det fortsatt er et stykke igjen. Han mener at de både har klart å øke terskelen for tildeling av hjemmetjenester og også redusere omfanget når man tildeler hjemmetjenester.

Når det gjelder tildeling av langtidsopphold i institusjon, så har de rendyrket ulike brukergrupper til ulike bo- og behandlingssteder. Personer med alvorlig grad av demens er nå samlet på Sande på bo- og behandlingssenter, og pasienter med somatiske lidelser er samlet på Holmestrand bo- og behandlingssenter. Disse brukergruppene krever ulik bemanningstetthet. Ved å rendyrke tilbudet har man klart å redusere det samlede bemanningsbehovet.

En viktig del av Helhetlig innsats er innføring av ressurskalkulator, som tydeliggjør behovet for tjenester. Tjenestekontoret har tatt i bruk denne kalkulatoren, og kommunalsjefen mener at det har medvirket til en samlet nedjustering av tjenestenivå.

Administrasjonen har gjort statistiske analyser på om det har skjedd strukturelle endringer i tjenesteomfanget, og presentert dette for kommunestyret høsten 2022. Vi har sett dette grunnlaget. Statistikken underbygger delvis at tjenester gis på et lavere nivå i tjenestetrappa. Kommunalsjefen har informert om at selv om utgiftene stiger, så stiger de mindre enn hva befolkningsutviklingen skulle tilsi. Deler av denne nedgangen mener han skyldes en omstrukturering av tjenestetilbudet som følge av Helhetlig innsats.

I årsrapport for Helhetlig innsats 2021 står det om Helhetlig tjenesteforvaltning at de har etablert rutiner for samhandling, saksbehandling og ressurskalkulator. De har redusert ressursbruk til ikke-lovpålagte tjenester som for eksempel matombringning og redusert antall vedtakstimer.

9.3. Tjenestebeskrivelser

- Kommunestyret skal vedta reviderte og nye tjenestebeskrivelser
- Kommunen skal bruke tjenestebeskrivelser i saksbehandlingen
- Kommunen skal sikre at informasjon om tjenestebeskrivelsene er oppdatert

9.3.1. Om bruk av tjenestebeskrivelser

Kommunen har per 01.02.23 utarbeidet 25 ulike tjenestebeskrivelser. De fleste ble godkjent av kommunestyret 08.06.21, sak 092/21. I etterkant har administrasjonen v/ Tjenestekontoret utarbeidet flere tjenestebeskrivelser. Ifølge seksjonsleder er det per mars 2023 tjenestebeskrivelser på de fleste områder, og enkelte nye er på trappene.

Kommunalsjef for Helse og velferd opplyser at tjenestebeskrivelser er implementert som styrende for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Seksjonsleder for Tjenestekontoret mener at tjenestebeskrivelser anses som et av de viktigste rutinedokumentene på Tjenestekontoret. I kapittel om Utredning beskrives nærmere hvordan tjenestebeskrivelser blir brukt i saksbehandlingen av søknader om helse- og omsorgstjenester.

I vår stikkprøvekontroll av enkeltvedtak fant vi ikke henvisninger til tjenestebeskrivelsene. Seksjonsleder opplyser at man har utelatt slike henvisninger for å unngå at vedtakene blir for lange. Fra januar 2023 har man imidlertid valgt å legge tjenestebeskrivelser med som vedlegg til underretningsbrevet. Ifølge seksjonsleder er alle tjenestebeskrivelser tilgjengelig for ansatte i kommunens kvalitetssystem, sammen med øvrige rutiner.

9.3.2. Kommunestyrets godkjenning av tjenestebeskrivelser

Seksjonsleder ved Tjenestekontoret opplyser at dersom det er behov for endringer i tjenestebeskrivelsene, legges det fram for politisk behandling i kommunestyret. Hun opplyser at Tjenestekontoret har jobbet mye med å bearbeide innholdet i tjenestebeskrivelsene. Kommunestyret blir orientert om mindre endringer, mens større endringer er lagt fram for politisk behandling. Etter politisk behandling er endringene implementert fortløpende.

Vi har sett at administrasjonen har sendt syv av tjenestebeskrivelsene som ble vedtatt i 2020 til revisjon som følge av mindre endringer, 13.06.22 (sak 136/22).¹⁶ I samme sak ble det foreslått en ny tjenestebeskrivelse for boligtildeling.

¹⁶ Det gjelder følgende tjenestebeskrivelser:

- Dagaktivitetstilbud
- Varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS)
- Helsetjenester i hjemmet
- Korttidsopphold institusjon
- Langtidsopphold institusjon
- Rehabilitering i hjemmet
- Trygghetspakke

Høsten 2022, i møte 02.11.22, sak 196/22 vedtok kommunestyret tre nye tjenestebeskrivelser¹⁷ og reviderte tjenestebeskrivelsen om omsorgsstønad.

Kommunestyret har 08.02.23, sak 005/23 vedtatt tjenestebeskrivelser for «Langtidsutlån hjelpemidler» og «*Feriereiser for personer over 18 år i bolig med heldøgns omsorg*».

9.3.3. Oppdatering av informasjon om tjenestebeskrivelsene

Tjenestekontoret har sørget for tjenestebeskrivelsene er tilgjengelig for allmennheten på kommunens nettsider. Ifølge seksjonsleder blir disse oppdatert fortløpende ved endringer.

Vi har gjort en sjekk på kommunens nettsider 13.02.23 og søkt etter tjenestebeskrivelser. Vi har lett på følgende steder:

- Informasjonsside om Helse og velferd
- Informasjonsside om Tjenestekontoret
- Informasjonssider og søknadsskjemaer for langtids/korttids-plass sykehjem, avlastning i sykehjem, hjemmesykepleie

Vi finner ingen henvisning til tjenestebeskrivelser på disse sidene, heller ikke på sidene for søknader om helsehjelp.

Et fritekst søk på «tjenestebeskrivelse» på kommunens nettsider gav treff på en egen side med informasjon om tjenestebeskrivelser og vedlegg hvor alle tjenestebeskrivelsene fremgår. De tjenestebeskrivelsene vi fant her var sist revidert i 2022. Siden var sist oppdatert 31.01.2023. Siden fremstår som en underside av Helse og velferd, men er ikke synlig på informasjonssiden Helse og velferd.

9.4. Korrigering av omsorgsstønad

- **Tjenestekontoret skal korrigere stønadsnivået på omsorgsstønad i samsvar med kommunestyrevedtak 196/22.**

Kommunestyret vedtok 09.11.22, sak 196/22, at omsorgsstønad skal oppjusteres til minstelønn som assistent jf. ny tariff kr 324 900. Kommunalsjef for Helse og omsorg opplyser at dette ble effektivert umiddelbart etter at vedtaket ble fattet. Virksomhetsleder bekrefter dette. Ifølge henne ble det tatt ut en oversikt over alle mottakere av omsorgsstønad. Disse ble deretter overført til ny sats med tilbakevirkning til vedtaksdato 09.11.22. De som hadde en høyere sats fikk ikke denne nedjustert. Alle som får nye vedtak om omsorgsstønad, får ny sats automatisk. Vi har sett et

¹⁷ Servicepakker, korttidslån hjelpemidler, syns- og hørselskontakt.

brevmalen med tittelen «Omsorgsstønad – endring av godtgjøring» som er sendt alle som mottar omsorgsstønad. Dokumentet er datert 30.11.22. I brevet står det blant annet:

Kommunestyret vedtok i møte den 09.11.22 endring av godtgjøring for omsorgsstønad. Dette betyr at sats er øket tilsvarende minstelønn for assistenter fra nevnte dato.

I tjenestebeskrivelsen for omsorgsstønad står det følgende: «Omsorgsstønad utbetales en gang per måned. Satsene vedtas av kommunestyret og tar utgangspunkt i den avlønningen som hjemmehjelp/assistent mottar. Kompensasjonen forestås fra kommunens regnskapsavdeling».

9.5. Revisors vurdering av oppfølging av politiske vedtak

Holmestrand kommune har i kjølvannet av to kommunesammenslåinger, gjort store omstruktureringer av Helse og omsorg gjennom prosjektet Helhetlig omsorg. Etablering av Tjenestekontoret utgjør en viktig del av dette, og kommunestyret har vedtatt styringssignaler for saksbehandlingen. Vi har undersøkt hvordan Tjenestekontoret har fulgt opp kommunestyrets vedtak knyttet til

- tjenestebeskrivelser
- arbeide for at tjenester gis på et lavere nivå
- korrigerer av omsorgsstønad

Administrasjonen har utarbeidet og sendt til politisk behandling en rekke tjenestebeskrivelser, og forslag om forbedringer og endringer blir sendt til godkjenning av kommunestyret.

Tjenestebeskrivelsene er oppdatert, men de er vanskelig tilgjengelig på kommunens nettsider.

Det er statistiske holdepunkter for at kommunen gir tjenester på et lavere nivå nå enn før. Innføring av tjenestebeskrivelser og bruk av ressurskalkulator for utmåling av tjenestenivå beskrives som viktige grep i dette arbeidet. Vi har inntrykk av at disse virkemidlene brukes av Tjenestekontoret så langt det er mulig og hensiktsmessig.

Omsorgsstønad er oppjustert og endringene er iverksatt i samsvar med kommunestyrets vedtak.

Samlet sett vurderer vi at Tjenestekontoret har fulgt opp kommunestyrets vedtak på en forsvarlig måte.

10. Konklusjoner og anbefalinger

I hvilken grad følger tjenestekontoret gjeldende regler og kommunens politiske vedtak ved tildeling av helse- og omsorgstjenester?

Holmestrand kommune følger i stor grad saksbehandlingsregler, både lovpålagte og egne rutiner når de saksbehandler søknader om helse- og omsorgstiltak. Administrasjonen/Tjenestekontoret har også i stor grad fulgt opp politiske vedtak som berører saksbehandlingen.

Saksbehandling ved Tjenestekontoret

Om saksbehandling har vi blant annet sett følgende:

- Tjenestekontoret har flere tiltak som sikrer at krav til internkontroll er oppfylt, blant annet har de beskrivelser av organisering, mål og oppgaver, og det jobbes systematisk med rutineutvikling og kompetanseutvikling i organisasjonen.
- Tjenestekontoret har rutiner og tiltak som sikrer at behov for helse- og omsorgstjenester blir utredet.
- Det er iverksatt flere tiltak som sikrer at brukere får medvirke når de søker om tjenester og at det gis informasjon og tilbud om veiledning.
- Kommunen har overordnede rutiner for hvordan inhabilitet skal håndteres i saksbehandlingen. Saksbehandlere opplever å ha god kjennskap til hvordan de skal håndtere mulig inhabilitet.
- Tjenestekontoret har mange tiltak som bidrar til likebehandling i saksbehandlingen.
- Tjenestekontoret har rutiner og maler som ivaretar krav til saksbehandlingstid. Det gis foreløpig svar dersom svartiden antas å være mer enn fire uker.
- Tjenestekontoret har god praksis for å underrette om vedtak. Kommunen har rutiner og maler, og praksis viser at underretningsbrevene inneholder sentral informasjon om hva vedtaket går ut på, omfang, oppstart, fakta og begrunnelse. Brevene gir også informasjon om klagerett.

Vi vurderer at Tjenestekontoret kan forbedre følgende forhold:

- Kommunen bør sikre at myndighet til å treffe vedtak er formelt og enhetlig delegert og i samsvar med ønsket praksis.
- Det er ikke gjort risikovurdering av saksbehandlingen ved Tjenestekontoret
- Tjenestekontoret har ikke rutiner som beskriver når de skal vurdere og/eller dokumentere at søker er samtykkekompetent.
- Kunnskap om vurderinger og avgjørelser av vanskelige saker kan i større grad forankres hos leder/i hele organisasjonen.
- Tjenestekontoret har ikke system for å ta ut statistikk på saksbehandlingstid og bruk av foreløpig svar.

- Tjenestekontoret har etterslep på revurdering av vedtak. Det kan medføre feil type og omfang på tjenestene, til ulempe både for mottaker og kommunen.
- Enkelte vedtaksmaler viser til feil lovhjemmel.

Oppfølging av politiske vedtak

Holmestrand kommune har i kjølvannet av to kommunesammenslåinger gjort store omstruktureringer av Helse og omsorg gjennom prosjektet Helhetlig omsorg. Etablering av Tjenestekontoret utgjør en viktig del av dette, og kommunestyret har vedtatt styringssignaler for saksbehandlingen. Vi har undersøkt hvordan Tjenestekontoret har fulgt opp kommunestyrets vedtak knyttet til

- tjenestebeskrivelser
- arbeide for at tjenester gis på et lavere nivå
- korrigerer av omsorgstønad

Samlet sett mener vi at Tjenestekontoret har fulgt opp kommunestyrets vedtak på en forsvarlig måte:

- Kommunestyret har behandlet en rekke tjenestebeskrivelser, og forslag om forbedringer og endringer i tjenestebeskrivelsene blir sendt til godkjenning av kommunestyret.
- Tjenestekontoret bruker tjenestebeskrivelser og ressurskalkulator i saksbehandlingen, og det er statistiske holdepunkter for at kommunen gir tjenester på et lavere nivå nå enn før.
- Omsorgstønad er oppjustert og endringene er iverksatt i samsvar med kommunestyrets vedtak.

Informasjonen om tjenestebeskrivelsene er oppdatert, men vanskelig tilgjengelig på kommunens nettsider.

10.1. Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å:

- sikre at myndighet til å treffe vedtak er delegert og i samsvar med ønsket praksis
- gjøre systematiske risikovurderinger av saksbehandlingen
- øke kompetansen i organisasjonen om behandling av klagesaker
- styrke bruken av tiltak som kan bidra til erfaringsbasert læring, for eksempel ved bruk av forum for drøfting av enkeltsaker.
- sikre at vedtak revurderes før gjeldende vedtak har utløpt
- sørge for å øke synligheten av tilgjengelig informasjon om tjenestebeskrivelsene

Litteratur og kildereferanser

Lover og forskrifter

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).

Forskrift 17. juni 2019 nr. 904 om kontrollutvalg og revisjon

Offentlige dokument

Elektroniske kilder

Helsedirektoratet, «Veileder for saksbehandling – Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8», IS-2442, oppdatert 07/2017, internettartikkel hentet 27.01.2023 [Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veileder-for-saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven.pdf) ([helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no))

Helsedirektoratet, «Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer», rundskriv, oppdatert 08.08.2022, internettartikkel hentet 27.01.2023 [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer)

Helsedirektoratet, «Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift», oppdatert 29.10.2018, internettartikkel hentet 27.01.2023 <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten#referere>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) «Internkontroll i kommunesektoren – Kravene i kommuneloven» (2022) internettartikkel hentet 27.01.2023 [veilder-internkontroll desember-20212.pdf](https://www.regjeringen.no/veilder-internkontroll-desember-20212.pdf) ([regjeringen.no](https://www.regjeringen.no))

Kommunesektorens organisasjon (KS), «Orden i eget hus – Kommunedirektørens internkontroll», Praktisk veileder, versjon 3, april 2020, internettartikkel hentet 25.08.2022 [Kommunedirektørens-internkontroll-veileder-F41-web.pdf](https://www.ks.no/kommunedirektorens-internkontroll-veileder-f41-web.pdf) ([ks.no](https://www.ks.no))

Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse



Forvaltning og tjenestetildeling
Holmestrand kommune
Pb 312, 3081 Holmestrand
Rådhusgaten 11, 3080 Holmestrand

Tlf: 33 05 95 00
postmottak@holmestrand.kommune.no
Org.nr.: NO 917 151 229

Vestfold Og Telemark Revisjon Iks
Postboks 311
3701 Skien

Unntatt offentlighet § 5 1. ledd

Saksbehandler: *Henriette Pande*
Tlf. dir.: 464 33 659
Deres ref.: Vår ref.: 23/22915

05.05.2023

Høring - forvaltningsrevisjon om Tjenestekontoret

Det vises til forvaltningsrevisjon av Tjenestekontoret gjennomført ved Vestfold og Telemark Revisjon. Holmestrand kommune ved kommunedirektøren har mottatt høringsutkastet den 04.05.23 og har nå vurdert innholdet i rapporten i sin helhet. Rapporten påpeker at «kommunen i stor grad følger saksbehandlingsregler, både lovpålagte og egne rutiner når de saksbehandler søknader om helse- og omsorgstiltak». Det påpekes også at «administrasjonen/Tjenestekontoret i stor grad har fulgt opp politiske vedtak som berører saksbehandlingen».

Forvaltningsrevisjonen gir kommunen anbefalinger til det videre arbeidet:

1. Sikre at myndighet til å treffe vedtak er delegert og i samsvar med ønsket praksis
2. Gjøre systematiske risikovurderinger av saksbehandlingen
3. Øke kompetansen i organisasjonen om behandling av klagesaker
4. Styrke bruken av tiltak som kan bidra til erfaringsbasert læring
5. Sikre at vedtak revurderes før gjeldende vedtak har utløpt
6. Sørgje for å øke synligheten av tilgjengelig informasjon om tjenestebeskrivelsene

Kommunedirektøren vil påse at det gjennomføres systematisk arbeid for å imøtekomme anbefalingene.

Punkt 1:

Det vil umiddelbart igangsettes arbeid for å sikre at denne anbefalingen imøtekommes med tiltak.

Punkt 2:

Det er igangsatt en omfattende risiko- og sårbarhetsanalyse i Forvaltningsenheten som helhet, og der Tjenestekontorets saksbehandling blir ett av områdene som skal kartlegges og analyseres. Det innebærer også at det skal foreligge fremtidig systematikk i forhold til risikovurderinger av saksbehandlingen.

Punkt 3:

Det vil sørges for at det legges til rette for at saksbehandlere som er i behov av økt kompetanse innen klagesaksbehandling mottar tilbud om kompetanseheving innen målområdet.

Punkt 4:

Tjenestekontoret har ulike arenaer som gir rom for drøft av krevende saker. Det foreligger et eget organisert fora hver 14. dag der saker kan drøftes for å sikre tverrfaglig kvalitet og støtte. Det er rom for

drøft mellom kolleger eller leder underveis og løpende. Kommunen vil sørge for at det i tillegg igangsettes tiltak som sikrer erfaringsbasert læring som setter presedens for forståelse og utfall av saker av lignende karakter.

Punkt 5:

Det foreligger stor saksmengde til enhver tid ved Tjenestekontoret, saksmengden er noenlunde stabil fra år til år. Kommunen ser imidlertid en endring i sakenes ved økt kompleksitet, gitt tidligere utskrivelser av syke pasienter fra helseforetakene enn før og påfølgende rigging av komplekse tilbud om helse -og omsorgstjenester i kommunens tjenesteapparat. Sakenes omfang krever god samhandling med interne og eksterne samarbeidsparter. Å sikre at saker vurderes før vedtaket er utløpt vil kreve økning av ressurser ved Tjenestekontoret.

Punkt 6:

Det vil sørges for at tjenestebeskrivelsene er lettere tilgjengelig på kommunens hjemmesider.

Kommunedirektøren slutter seg til rapporten innhold og dennes anbefalinger, og vil takke for godt samarbeid med Vestfold og Telemark revisjon under den tiden forvaltningsrevisjonen ble gjennomført.

Med hilsen

Henriette Pande
virksomhetsleder

Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen startet opp ved oppstartsbrev 13.01.23. Oppstartsmøte ble holdt 07.02.23. med kommunalsjef Helse og omsorg, virksomhetsleder Forvaltning og Tjenestetildeling og seksjonsleder Tjenestekontoret til stede. I møtet presenterte vi prosjektplanen med problemstillinger, kilder for revisjonskriterier og plan for gjennomføringen.

Forvaltningsrevisjoner skal gjennomføres på en måte som sikrer at informasjonen i rapporten er relevant og pålitelig. At dataene er relevante (gyldige/valide) innebærer at de beskriver de forholdene som problemstillingene omhandler. Pålitelighet (reliabilitet) handler om at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mulig og at det ikke har skjedd systematiske feil underveis.

Vi vil nedenfor redegjøre for datagrunnlaget vårt og hvilke metoder vi har brukt for å svare på problemstillingene. Vi vil også beskrive hvilke tiltak som er brukt for å sikre dataenes relevans og pålitelighet.

Innsamling av data, relevans og pålitelighet

Datainnsamling og rapportskrivning har foregått i perioden februar-mars 2023.

For å undersøke saksbehandling ved Tjenestekontoret har vi gjennomgått rutiner, tjenestebeskrivelser, maler og skjemaer og andre tilsvarende dokumenter som er styrende eller retningsgivende for saksbehandlingen. Vi har også intervjuet kommunalsjef for Helse og velferd, virksomhetsleder for Forvaltning og tildeling og seksjonsleder for Tjenestekontoret. All informasjon som blir brukt fra intervjuene er verifisert av intervjuobjektene.

Vi har også sendt en spørreundersøkelsen til alle saksbehandlerne ved Tjenestekontoret hvor 9 av 10 svarte. Dette gir en svarprosent på 90 % noe som er tilfredsstillende. Alle svargiverne var anonyme i undersøkelsen.

For å undersøke kvaliteten på saksbehandlingen har vi gjennomført en stikkprøvekontroll på vedtak. Vi har hatt tilgang til CosDoc, kommunens pasientjournal. Der har vi undersøkt søknad/innsøking, saksutredning og vedtak i 35 saker. Alle sakene er fra 2022, og ble plukket ut i forkant. Vi har gjort et utplukk innenfor forskjellige kategorier av helsehjelp:

- 8 vedtak om helsehjelp
- 8 vedtak om langtidsopphold institusjon
- 4 vedtak om brukerstyrt personlig assistent
- 7 vedtak om avlastningsopphold på institusjon
- 3 vedtak om korttidsopphold på institusjon – rehabilitering
- 5 vedtak om korttidsopphold på institusjon - utredning

For å undersøke saksbehandlingen er det også nødvendig å se hvordan avslag blir håndtert. Vi har derfor plukket 14 avslag fordelt på de ulike sakstypene.

Vi mener at datainnsamlingen er tilstrekkelig for å gi svar på i hvilken grad kommunen følger gjeldende regler for saksbehandling ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester.

Vi har sjekket ut med administrasjonen at fakta i rapporten er korrekt framstilt. Rapporten er sendt kommunedirektøren til uttalelse, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Uttalelsen ligger i vedlegg 1.

Personopplysninger

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn og epostadresse til ansatte i kommunen. I prosjektperioden har vi hatt tilgang til pasientjournalen som har gitt oss tilgang til pasientdata. Denne informasjonen inneholder sensitive personopplysninger/særlige kategorier personopplysninger. Vi har hatt fokus på å fange opp kommunens saksbehandling av vedtak om helse- og omsorgstjenester, og har ikke tatt sensitiv informasjon eller andre personopplysninger ut fra pasientjournalen. Sensitiv informasjon er ikke arkivert i våre arbeidsnotat eller sluttrapport.

Vårt rettslige grunnlag for å behandle personopplysninger er kommuneloven § 24-2 fjerde ledd.

Vi behandler personopplysninger slik det er beskrevet i vår personvernerklæring. Personvernerklæringen er tilgjengelig på vår nettside vtrevisjon.no.

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres, dokumenteres, kvalitetssikres og rapporteres i samsvar med kommuneloven og god kommunal revisjonsskikk.¹⁸

Kvalitetssikringen skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre skal det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Vestfold og Telemark revisjon IKS har et system for kvalitetskontroll som er i samsvar med den internasjonale standarden for kvalitetskontroll.¹⁹ Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

¹⁸ God kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon kommer til uttrykk først og fremst i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon. Gjeldende standard er fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre høsten 2020. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipper og standarder, fastsett av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

¹⁹ ISQM 1 og 2 er internasjonale standarder for kvalitetsstyring og oppdragskontroll for revisjonsforetak som utfører revisjon eller forenklet revisorkontroll av regnskaper, eller andre attestasjonsoppdrag eller beslektede tjenester (Gjelder fra 15.12.2022)



På vakt for felleskapets verdier

Rapporten er utarbeidet av
Vestfold og Telemark revisjon IKS

Har du spørsmål til rapporten?

Ta kontakt med oss:

Telefon: 33 07 13 00

E-post: post@vtrevisjon.no

www.vtrevisjon.no

23: 3803 403