



Vestfold  
og Telemark  
revisjon

# Tjenestekontoret

Forvaltningsrevisjon | Midt-Telemark kommune

# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1.    Kontrollutvalgets bestilling .....	6
1.2.    Problemstilling og revisjonskriterier .....	6
1.3.    Metode og kvalitetssikring .....	6
1.4.    Kommunedirektørens/rådmannens uttalelse .....	7
<b>2. Internkontroll</b> .....	<b>8</b>
2.1.    Revisjonskriterier .....	8
2.2.    Organisering, mål og oppgaver .....	9
2.3.    Arbeid med risikovurderinger .....	12
2.4.    Forbedring av rutiner, prosedyrer og tiltak for saksbehandlingen .....	13
2.5.    Opplæring ansatte.....	13
2.6.    Revisors vurdering av internkontrolltiltak.....	14
<b>3. Utredning</b> .....	<b>15</b>
3.1.    Revisjonskriterium .....	15
3.2.    Skriftlige føringer .....	16
3.3.    Kollegastøtte – lederstøtte .....	18
3.4.    Dialog med søker .....	18
3.5.    Saksbehandlers vurdering av saksutredning .....	19
3.6.    Revisors vurdering av utredning .....	19
<b>4. Rett til informasjon, brukermedvirkning og samtykkekompetanse</b> .....	<b>20</b>
4.1.    Revisjonskriterier .....	20
4.2.    Informasjon og veiledning til personer som søker .....	21
4.3.    Medvirkning .....	21
4.4.    Samtykkekompetanse.....	22
4.5.    Revisors vurdering av rett til informasjon, brukermedvirkning og samtykkekompetanse ...	22
<b>5. Habilitet</b> .....	<b>23</b>
5.1.    Revisjonskriterier .....	23
5.2.    Tiltak og rutiner for å vurdere habilitet .....	23
5.3.    Kunnskap hos ansatte .....	24
5.4.    Revisors vurdering av habilitet.....	24
<b>6. Likebehandling</b> .....	<b>25</b>
6.1.    Revisjonskriterier .....	25
6.2.    Tiltak som kan bidra til likebehandling .....	25

6.3.	Revisors vurdering av likebehandling .....	26
<b>7.</b>	<b>Saksbehandlingstid .....</b>	<b>27</b>
7.1.	Revisjonskriterier .....	27
7.2.	Rutiner og praksis .....	27
7.3.	Revisors vurdering av saksbehandlingstid .....	28
<b>8.</b>	<b>Vedtak om helsehjelp .....</b>	<b>29</b>
8.1.	Revisjonskriterier .....	29
8.2.	Bruk av vedtaksmaler .....	30
8.3.	Revurdering av vedtak .....	31
8.4.	Innhold i underretning om vedtak .....	31
8.5.	Informasjon om klagerettigheter .....	31
8.6.	Revisors vurdering av vedtak om underretningsbrev .....	31
<b>9.</b>	<b>Konklusjoner og anbefalinger .....</b>	<b>32</b>
9.1.	Konklusjoner .....	32
9.2.	Anbefalinger .....	33
	<b>Litteratur og kildereferanser .....</b>	<b>34</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>35</b>
	Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse .....	35
	Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring .....	36

## 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 ved tildeling av helse- og omsorgstjenester?

### Om saksbehandling

Våre undersøkelser tyder på at kommunen i stor grad følger regler ved tildeling av helse- og omsorgstjenester. Vi har vurdert kommunens praksis opp mot følgende områder:

**Internkontrolltiltak:** Kommunen har utarbeidet styrende dokumenter som beskriver Tjenestekontorets organisering, mål og oppgaver. Dokumentet *Mandat Tjenestekontoret* viser ikke i fullstendig grad til rett lovhjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er ikke gjennomført risikovurderinger etter 2021, og den risikovurderingen som ble gjennomført i 2020 er ikke fulgt opp med tiltak. Det er etablert rutiner, maler og kartleggings skjemaer til bruk i saksbehandlingen, men ikke alle dokumenter er revidert innen frister som kommunen har satt. Ansatte opplever at de har god kunnskap om saksbehandling, men kommunen bør vurdere om det skal iverksettes ytterligere opplæring i forvaltningslovens bestemmelser.

**Utredning:** Kommunen har rutiner for utredning av behov for tjenester, men bør sørge for at Ipløs-data (helsesdata som beskriver ressurser og bistandsbehov til søker) er oppdatert i alle saker. Tidspress kan føre til saksbehandlere innhenter mangelfull informasjon. Midt-Telemark kommune har ikke utarbeidet lokal forskrift om tildeling av sykehjemsplass, slik helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 a krever. Saksbehandlerne forholder seg derfor fortsatt til gammel forskrift utarbeidet for Bø kommune.

**Rett til informasjon, brukermedvirkning og samtykkekompetanse:** Kommunen har tiltak for å gi nødvendig informasjon til brukere/pasienter og for å involvere dem i tjenestetilbudet. Samtykkekompetanse blir også vurdert.

**Habilitet:** Kommunen har overordnede rutiner for hvordan inhabilitet skal håndteres i saksbehandlingen, men ikke alle saksbehandlerne er kjent med disse. Tjenestekontorets praksis av håndtering av inhabilitet er ikke skriftliggjort.

**Likebehandling:** Tjenestekontoret har iverksatt flere tiltak som bidrar til å sikre likebehandling. Disse er i hovedsak omtalt i øvrige deler av rapporten. Kommunen mangler et system for å ta vare på klargjørende avgjørelser som kan ha relevans for behandling av enkeltsaker.

**Saksbehandlingstid:** Kommunen har flere tiltak som skal sikre at kravene til saksbehandlingstid og foreløpig svar blir fulgt. Ansatte synes også ha god kunnskap om dette. Våre funn indikerer at en del saker ikke blir besvart innen fireukersfristen og at foreløpig svar ikke blir gitt i alle saker. Kommunen har heller ikke rutiner for å løpende ta ut statistikk på saksbehandlingstid.

**Vedtak om helsehjelp:** Kommunen har rutiner og maler som er egnet til å ivareta kravene til underretning om og utforming av vedtak. Våre undersøkelser viser at vedtaksbrev inneholder informasjon om hva vedtaket går ut på, lovhjemmel, omfang, oppstart, fakta og begrunnelse. Det gis også informasjon om klagerettigheter.

## Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å sørge for at Tjenestekontoret:

- gjør systematiske risikovurderinger av saksbehandlingen og følger opp avdekket risiko med tiltak
- refererer til riktig lovhjemmel i dokumentet som beskriver Tjenestekontorets mandat
- sikrer at rutiner og prosedyrer løpende blir evaluert og forbedret
- sikrer at Iplos-data er oppdatert når søknader saksbehandles
- utarbeider lokal forskrift for tildeling av sykehjems plass
- gir foreløpig svar i alle saker hvor saksbehandlingsfrister ikke nås
- vurderer om det bør etableres et system for å ta vare på klargjørende avgjørelser som kan ha relevans for behandling av enkeltsaker
- vurderer å følge opp funn fra revisors spørreundersøkelse, herunder ansattes kunnskap om forvaltningsloven og kommunens rutiner for habilitet og de ansattes opplevelse av mangel på tid

## Bakgrunn, grunnlag og metode

Våre vurderinger og anbefalinger bygger på en gjennomgang av 24 tilfeldig valgte vedtak, dokumenter utarbeidet av kommunen og intervju/spørreundersøkelse av ledelse og ansatte. Våre funn er vurdert opp mot kommuneloven, forvaltningsloven og helselovgivningen.

Skien, 16.11.23

# 1. Innledning

## 1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Midt-Telemark kommune i sak 8/23. 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. Problemstilling og revisjonskriterier

Rapporten handler om følgende problemstilling:

I hvilken grad følger Tjenestekontoret gjeldende regler 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 ivare tatt (kapittel 3-8)

I denne rapporten tar vi for oss helse- og omsorgstjenester generelt og ikke bestemte tjenester eller tjenester rettet mot bestemte grupper.

Revisjonskriteriene<sup>1</sup> 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.

## 1.3. Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Geir Kastet Dahle, med Bente Hegg Ljøsterød som oppdragsansvarlig.

Vi har intervjuet kommunalsjef for Helse- og mestringssektoren. Kommunalsjefen har også fungert som leder for Tjenestekontoret fram til høsten 2023. Vi har også gjennomført en spørreundersøkelse blant de fire saksbehandlere på Tjenestekontoret, og foretatt en

---

<sup>1</sup> 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.

stikkprøvekontroll av 24 vedtak som er fattet av Tjenestekontoret i første tertial 2023. Videre har vi undersøkt rutiner, prosedyrer, maler og ulike førende dokumenter som kommunen har laget.

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

#### **1.4. Kommunedirektørens/rådmannens uttalelse**

Rapporten er presentert i et møte med administrasjonen i kommunen og sendt til uttalelse 31.10.23, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Uttalelsen fra administrasjonen har ikke ført til endringer i rapporten. Kommunedirektørens uttalelse ligger i vedlegg 1.

## 2. Internkontroll

### 2.1. Revisjonskriterier

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. Kommunens internkontrollplikter etter helse- og omsorgstjenesteloven reguleres likevel i hovedsak av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Forskriften 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 forvaltningsloven.

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 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 også ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, samt over avvik, evalueringer, klager, brukererfaringer mm.

Kvalitetsforskriften § 7 handler om gjennomføring av internkontrollen, og sier blant annet at kommunen skal 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 de ulike 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 sine oppgaver og sin 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**

### **2.2.1. Dokumenter som beskriver styring av tjenestekontoret**

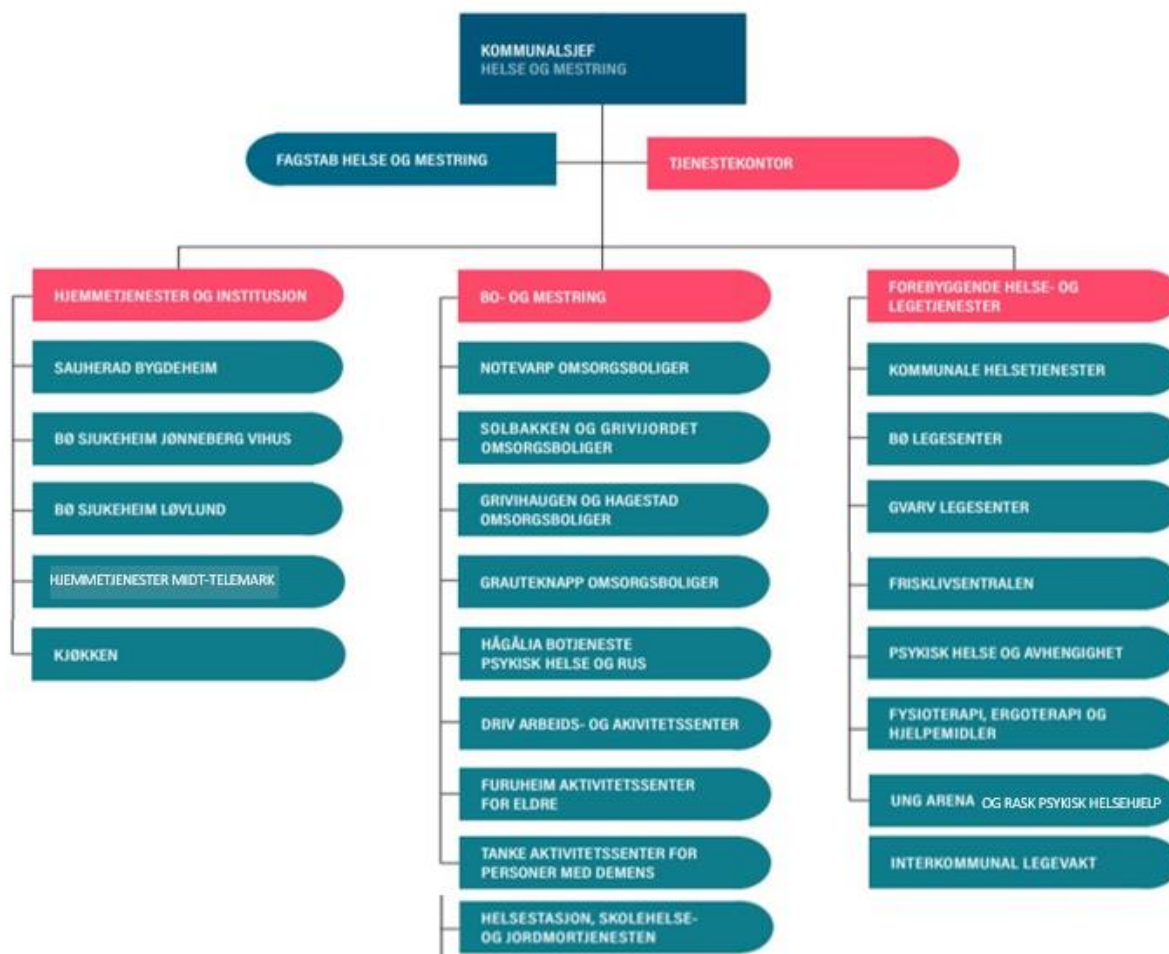
Midt-Telemark kommune er organisert etter en to-nivåmodell med kommunedirektør og virksomheter fordelt på interkommunale samarbeid, stab og tre kommunalsjefsområder.

Kommunalsjef for Helse- og mestringssektoren har ansvaret for følgende enheter:

- Institusjon og hjemmetjenester
- Bo og mestring
- Forebyggende helse- og legetjenester
- Fagstab helse og mestring
- Tjenestekontor

Vi har fått tilsendt organisasjonskart fra kommunen 25.10.23, se figur 1. I organisasjonskartet brukes tittelen kommunalsjef for helse og mestring i stedet for kommunalsjef for helse og mestringssektoren.

Figur 1 Organisasjonskart Helse og mestring



Tjenestekontoret er en egen enhet underlagt Helse- og omsorgssektoren og ledes av en egen enhetsleder. I tillegg til enhetsleder består enheten av 3,8 årsverk som jobber med saksbehandling. Alle saksbehandlerne har høyere utdanning innen sykepleie/vernepleie. For tiden har kommunalsjefen en dobbeltrolle da han gått fra en stilling som enhetsleder for Tjenestekontoret våren 2023 til kommunalsjef. Stillingen som enhetsleder for Tjenestekontoret har vært utlyst og det er ansatt ny enhetsleder høsten 2023.

I dokumentet Ansvarsfordeling av tjenester står det beskrevet hvilke fagområder de ulike saksbehandlerne har ansvar for. For alle ansvarsområdene er det satt opp to saksbehandlere hvor en av dem er gitt hovedansvar på området. Den 09.03.20 vedtok kommunestyret kommunens delegasjonsreglement. I reglementet går det fram at myndighet til å fatte enkeltvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven er delegert til kommunedirektøren, gitt at saker ikke er av prinsipiell betydning.

Kommunen har utarbeidet dokumentet Mandat tjenestekontor, sist revidert juli 2023. I dokumentet går det fram at tjenestekontoret skal behandle søknader om helse- og omsorgstjenester med hjemmel i

- pasient- og brukerrettigheter § 2-1
- helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8
- lokale politiske/administrative vedtak

Vi vil påpeke at pasient og brukerrettighetsloven er § 2-1 opphevet, og at 2-1 a til e nærmere beskriver ulike helse- og omsorgstjenester.

Dokumentet lister opp helsetjenester hvor Tjenestekontoret har vedtaksmyndighet, her står blant annet hjemmesykepleie, korttids plass/langtids plass institusjon, omsorgslønn, hjemmehjelp, avlastning og brukerstyrt personlig assistanse.

Dokumentet beskriver også andre oppgaver tjenestekontoret har ansvar for, blant annet å ta imot og fordele alle typer e-meldinger fra sykehus og fastlege og fungere som koordinerende enhet i forhold til habilitering og rehabilitering.

Det følger videre av dokumentet at alle saker som krever vedtak skal vedtas i Tjenestekontorets faste ukentlige vedtaksmøte. Det skal skrives møteprotokoll fra disse møtene. I ferier og ved omfattende sykefravær har den enkelte saksbehandler mandat til å fatte vedtak på egenhånd. Disse sakene skal merkes som administrative vedtak. Ifølge kommunalsjefen er vedtakspraksis i tråd med det som fremgår av Mandat Tjenestekontoret.

### **Fra søknad til vedtak**

Kommunen mottar søknader om helsehjelp enten elektronisk eller via brev. Fysiske brev skannes inn i kommunens elektroniske pasientjournal, Profil og påføres dato for når de er mottatt av kommunen.

Det er utarbeidet en egen rutine for *ansvarsfordeling av tjenester*. Her er det navngitt hvem som har ansvar for saksbehandling av ulike helsetjenester. Ifølge kommunalsjefen er denne oppdatert og i tråd med dagens praksis.

Rutinen sier at saksbehandlerne i utgangspunktet har sine faste tjenesteområder de saksbehandler på, men at de også må ha kompetanse på alle fagområder i tillegg. Det legges derfor opp til at saksbehandlere innimellom blir satt til å saksbehandle på andres fagområder.

Når saksbehandler har skrevet innstilling til vedtak skal den meldes opp til det ukentlige vedtaksmøtet. Her deltar alle ansatte ved tjenestekontoret. Innstillingen gjennomgås og det utformes et vedtak med utgangspunkt i innstillingen. Kommunalsjefen vurderer at dette er en god ordning som styrker kvaliteten på vedtakene. Vedtak signeres elektronisk av «Tjenestekontoret». Protokollen fra møtene er tilgjengelig både i Profil og Websak. Ordningen er beskrevet i dokumentet *Mandat tjenestekontor*.

Ifølge *Mandat tjenestekontor* skal internkontrollrutinen evalueres årlig. Ved større endringer skal retningslinjene behandles politisk. Ifølge kommunalsjefen har de ikke evaluert internkontrollen de

siste årene slik rutinene legger opp til. Han vurderer at hans dobbeltrolle med ut og inn av kommunalsjefrollen samtidig som han har hatt ansvar for tjenestekontoret har gjort dette vanskelig kapasitetsmessig. Han mener imidlertid at de skal kunne få til en slik evaluering av internkontrollen innen utgangen av 2023.

## 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 kommunalsjefen har de fram til nå gjort få risikovurderinger på overordnet nivå. Det ble gjort en risikovurdering knyttet til nedbemanning/sammenslåing av Bø og Sauherad kommune i 2019 og en om konsekvenser av pandemien i 2020.

Vi har sett risikovurderingen som ble gjort i 2020. Det er da tallfestet risiko og konsekvens av 15 ulike risikofaktorer. 11 av faktorene er definert med uakseptabel risiko med mer enn 6 i samlet risiko score (totalt mulig fra 2-10). Disse er ført inn i en mal for handlingsplan, men planen er ikke fylt ut med tiltak, frister og ansvar.

Kommunen har nylig tatt med i sine rutiner om internkontroll en ordning hvor det skal gjennomføres interne kontroller i helse- og omsorgssektoren. Om formål står det at man ønsker å sjekke om kommunen yter forsvarlige helse- og omsorgstjenester, om man har fokus på kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Ordningen er organisert ved at det er nedsatt et kvalitetsutvalg i helse- og omsorgssektoren. De har ansvar for å velge ut tema og områder for det årlige interne tilsynet i sektoren. Enhetslederne skal gjennomføre tilsyn, men i en annen enhet enn den man har ansvar for. Enhetsleder skriver både foreløpig tilsynsrapport og endelig tilsynsrapport. Kvalitetsutvalget sørger for videre rapportering til aktuelle politiske utvalg og råd. Kopi av tilsynet skal sendes til Statsforvalteren. Prosedyren inneholder et årshjul som beskriver roller og tidspunkter for ulike handlinger knyttet til det interne tilsynet. Denne ordningen er ny fra 2023. Ifølge kommunalsjef vil man starte opp med denne form for tilsyn første kvartal 2024. Tjenestekontoret vil bli prioritert på et senere tidspunkt.

I følge kommunalsjefen mottar de færre enn fem klager i løpet av et år. Det er få av disse som blir omgjort. Etter at de ble en ny kommune i 2020 har Statsforvalteren få/ingen tilsyn i saker som berører Tjenestekontoret. Tjenestekontoret har ingen rutiner som sikrer at presedens fra enkeltsaker/tilsyn skal tas vare på for saksbehandling av nye saker. I følge kommunalsjef har den enkelte saksbehandler ansvar for å hensyn til slike tidligere avgjørelser, og at de kvalitetsikrer det i felles vedtaksmøte.

Ifølge kommunalsjefen ser han per september 2023 ikke umiddelbart store risikoområder som påvirker driften av Tjenestekontoret. Han vurderer blant annet at kapasiteten og kompetansen i organisasjonen er god nok.

## 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, kartleggingsskjemaer og maler for vedtaksbrev. Alle rutiner, kartleggingsskjemaer og maler er, ifølge kommunalsjef for Helse- og mestringssektoren, lagret i kommunens internkontrollsystem Compilo<sup>2</sup>. Vi har sett at dokumentene er lagret i dette systemet. Alle ansatte har tilgang til applikasjonen. I Compilo har alle rutiner og maler et metadatafelt hvor det opplyses om dato for opprettelse, forrige revisjon, planlagt revisjon og ansvarlig. Ifølge kommunalsjefen blir rutiner og maler brukt av saksbehandlerne. Det er ikke sikret at alle dokumentene har fulgt oppdateringsfrekvensen som er lagt inn i Compilo (metadata). Det er planlagt at ny leder for Tjenestekontoret skal ha ansvar for dokumentene i Compilo, herunder at rutiner jevnlig blir oppdatert og gjennomgått.

## 2.5. Opplæring ansatte

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

I dokumentet Mandat Tjenestekontoret står det beskrevet hvilket ansvar og hvilken myndighet saksbehandlerne har. I det samme dokumentet er det definert særlige kompetanseområder den enkelte saksbehandler har.

Kommunalsjefen vurderer at Tjenestekontoret har tilstrekkelig kompetanse for å saksbehandle vedtak om helse og omsorgstjenester. Han følger opp kompetansebehov gjennom daglig ledelse, avdelingsmøter og i medarbeidersamtaler. Han er kjent med at det ønskes mer juridisk kompetanse. Ny enhetsleder vil få på plass en egen kompetanseplan for Tjenestekontoret i 2024.

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse hvor de fire som saksbehandler ved Tjenestekontoret har svart på spørsmål knyttet til saksbehandlingen. Om kompetanse har de svart følgende:

- Alle mener at de får god støtte av kollegaer og leder dersom de trenger hjelp i saksbehandlingen.
- Alle mener at de er godt fornøyde med rutiner og maler som de har til disposisjon.
- Tre av fire mener at de har fått tilstrekkelig opplæring i forvaltningsloven. En svarer at han/hun i mindre grad har fått tilstrekkelig opplæring.

---

<sup>2</sup> Det faglige innholdet i dette materialet er nærmere omtalt andre steder i rapporten, hvor dette naturlig hører hjemme.

I spørreundersøkelsen svarer de ansatte også på spørsmål om blant annet saksforberedelse, vedtaksprosess, regler om habilitet og særlige utfordringer knyttet til saksbehandlingen. Disse svarene indikerer også at de ansatte er kjent med sine oppgaver og sin myndighet og har god kjennskap til sitt ansvarsområdet. Temaene er nærmere omtalt i øvrige underkapitler.

## 2.6. Revisors vurdering av internkontrolltiltak

Kommunen har utarbeidet dokumenter som beskriver mandat, styring, organisering, arbeidsprosess/mål og oppgavefordeling ved Tjenestekontoret. Våre funn indikerer at praksis ved kontoret er i tråd med de gitte føringene. Kommunen bør sørge for at dokumentet *Mandat Tjenestekontoret* viser til riktige lovhjemler i pasient- og brukerrettighetsloven.

I perioden 2021-2023 har ikke kommunen gjennomført risikovurderinger av driften ved Tjenestekontoret. Tidligere risikovurdering fra 2020 er ikke fulgt opp med tiltak for å redusere risiko. Kommunen har iverksatt et nytt system for å jobbe med risikovurdering, men dette er foreløpig ikke tatt i bruk på Tjenestekontoret.

Kommunen har rutiner, maler og kartleggings skjemaer som brukes i saksbehandlingen. Dokumentene er samlet i internkontrollsystemet Compilo, som alle ansatte har tilgang til. Dokumentene inneholder informasjon om dato for opprettelse, revisjonsdatoer, planlagt revisjon og ansvar, men ikke alle dokumentene er fulgt opp i tråd med hva det legges opp til. Kommunen er kjent med at dette, og vil ha fokus på nødvendige revisjoner ved ansettelse av ny leder for Tjenestekontoret.

Saksbehandlerne på Tjenestekontoret er i stor grad kjent med hvilket mandat de har i saksbehandlingsprosessen og de er også fornøyde med rutiner og maler de har til disposisjon. Spørreundersøkelsen indikerer at de ansatte har god kjennskap til sitt saksfelt. Kommunen bør vurdere om de skal gi ytterligere opplæring i forvaltningslovens bestemmelser.

## 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 pasient<sup>3</sup> og bruker<sup>4</sup> rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Ifølge lovforarbeidene<sup>5</sup> er «nødvendige helse- og omsorgstjenester» på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Omfang og nivå på hjelpen som skal gis må derfor vurderes konkret.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2a at kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av blant annet langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester. 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, inkludert at forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes, jf. forvaltningsloven § 17.

Helsedirektoratets veileder for behandling<sup>6</sup> 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 riktigere 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

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> 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

<sup>5</sup> Prop. 91 L (2010-2011) s. 345.

<sup>6</sup> Helsedirektoratet: IS-2442 Veileder for saksbehandling



opplysninger fra pasienten/brukeren selv, fastlege, spesialisthelsetjenesten, kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester og andre instanser som barnevernstjenesten, NAV mv.

Etter dette har vi utledet følgende revisjonskriterium om utredning:

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

## **3.2. Skriftlige føringer**

### **3.2.1. Arbeidsflyt – rutiner**

I dokumentet Mandat tjenestekontor er det beskrevet hvilke tjenester som krever vedtak, hva slags saksbehandlingssystem som skal benyttes, hvilket ansvar den enkelte saksbehandler har i forhold til relevant lovverk. Videre beskrives arbeidsflyten fra mottak av søknad (teknisk beskrivelse av arbeidsprosessen), via innstilling til ukentlige vedtaksmøter.

Alle saksbehandlerne har i spørreundersøkelsen svart at det er klart hva man skal innhente av informasjon i hver sak de saksbehandler.

### **3.2.2. Søknadsskjema**

Kommunen har lagt opp til at man kan søke om helse- og omsorgstjenester elektronisk via søknadsskjema på kommunens nettsider. Innlogging skjer gjennom ID-porten. Det er også mulig å skrive ut et søknadsskjema og søke på papir.

I søknadsskjemaet står det at man kan ta kontakt med kommunen dersom man trenger hjelp til å fylle ut skjemaet. Det er ikke konkretisert at det er Tjenestekontoret som kan hjelpe. På kommunens nettsider med informasjon om helse og omsorgstjenester er det imidlertid oppgitt telefonnummer direkte til Tjenestekontoret.

På kommunens nettsider, hvor det gis informasjon om hvordan man kan søke om helse- og omsorgstjenester, opplyses det ikke om at man kan ta kontakt med Tjenestekontoret/kommunen dersom man trenger hjelp til å søke om tjenester.

### **3.2.3. Helsedirektoratets veileder for saksbehandling**

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, inkludert saksutredning. Helsedirektoratet ønsker at veilederen skal være et verktøy og hjelpemiddel i saksbehandleres og lederes arbeid med å sikre gode helse- og omsorgstjenester i kommunen.

### **3.2.4. Kartleggingsskjema av søkers helse og behov**

Kommunen har utarbeidet et kartleggingsskjema hvor målet er å avdekke hvor det er hensiktsmessig å gå inn med forebyggende eller behandlende tiltak. Skjemaet inneholder mange vurderingspunkter som går på søkers helsetilstand/hjelpebehov.



### 3.2.5. Iplos-kartlegging

I utredningsmalen i er det eget felt for Iplos<sup>7</sup>-opplysninger. Her skal man angi når Iplos sist er fylt ut og dens beskrivelse av funksjonsevne hos søker. Ifølge kommunalsjef står det i rutinene som brukes ute på avdelingene at Iplos-data skal oppdateres fortløpende og minimum to ganger i året. I tilfeller hvor saksbehandlere på Tjenestekontoret ser at opplysningene ikke er oppdaterte, skal de ta kontakt med dem som gir tjenester og be dem om å oppdatere dataene. Dersom det er nye brukere, skal Tjenestekontoret selv fylle ut Iplos-data.

I vår stikkprøvekontroll av vedtak undersøkte vi om Iplos-feltet var fylt ut, og om vurderingen var gjort i løpet av det siste halve året før vedtak ble fattet. Vi fant følgende:

- Iplos-feltet var fylt ut i 15 av 24 saker. I en av sakene som manglet Iplos anser vi Iplos som unødvendig.
- I 14 av de 15 sakene med Iplos var vurderingen gjort i løpet av det siste halvåret. I den siste saken var vurderingen to år gammel.

I spørreundersøkelsen svarer tre av fire saksbehandlere at Iplos-data i stor grad er oppdatert når han/hun saksbehandler. En mener at Iplos-data i liten grad er oppdatert.

### 3.2.6. Lokal forskrift for langtidsopphold sykehjem eller tilsvarende

I helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 a andre ledd står det at kommuner skal utarbeide lokal forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. I tidligere Bø og Sauherad kommuner ble en slik forskrift vedtatt av kommunestyrene (I Bø i KS sak 25/17). Forskriften er ikke tilgjengelig i Lovdata per august 2023. Det er ifølge kommunalsjef planlagt at de skal lag ny lokal forskrift for Midt-Telemark kommune. I påvente av denne benyttes forskriften som gjaldt for Bø kommune.

I følge kommunalsjefen tar administrasjonen månedlig ut statistikk som blant annet sier noe om antall personer som står på venteliste for langtidsopphold sykehjem. Vi har sett rapport for 2023 viser antall på venteliste per måned fram til og med august. Av oversikten kommer det fram at per august 2023 var det seks personer som har fått innvilget langtidsplass institusjon, men som venter på plass. Fra januar til august svinger antall på venteliste mellom seks og ti personer per måned. De fleste står oppført somatikk som utfordringsbilde, mindretallet har demens som utfordringsbilde.

I spørreundersøkelsen svare alle saksbehandlerne at de i stor grad benytter lokal forskrift når de saksbehandler søknader om langtidsplass. I vår stikkprøvekontroll var fem søknader om langtidsplass institusjon. I innstillingene var det vist til at man hadde vurdert søknadene opp mot krav gitt i lokal forskrift. Det er ikke beskrevet hvordan de ulike kravene er oppfylt, men dette er likevel beskrevet i øvrig vedtakstekst.

---

<sup>7</sup> IPLOS er et lovbestemt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte helse- og omsorgstjenester.

### 3.2.7. Tjenestebeskrivelser

Tjenestekontoret har utarbeidet tjenestebeskrivelser for de store tunge tjenestene som langtidsplass sykehjem og hjemmesykepleie. Disse ble vedtatt av kommunestyret første gang (før 2020), mens revideringer er gjort administrativt. Tjenestebeskrivelsene er per august 2023 ikke gjort tilgjengelig på for allmennheten.

Vi har fått tilsendt syv ulike tjenestebeskrivelser, blant annet for langtidsplass institusjon, avlastning institusjon og hjemmesykepleie. De er likt bygd opp med overskrifter og innhold. Innholdsmessig bærer de preg av å være utformet for innbyggere, da den fokuserer på hva man kan forvente av kommunen, hva kommunen kan forvente av søkerne, praktiske opplysninger, saksgang med mer. Vi har ikke sett at tjenestebeskrivelsene gir føringer for saksbehandlingen som ikke er gitt i øvrige rutiner.

I spørreundersøkelsen svarer tre av fire saksbehandlere at de benytter tjenestebeskrivelser når de saksbehandler. En av de fire benytter dette i liten grad.

I følge kommunalsjefen skal det utarbeides nye tjenestebeskrivelser i forbindelse med den pågående arbeidspakken «Tjenestenivå». Denne arbeidspakken er initiert av kommunedirektøren i prosjekt økonomi i balanse. Målet er å se om kommunen kan redusere på tjenestenivået innenfor Helse- og mestringssektoren, og samtidig levere gode nok/faglig forsvarlige tjenester. I følge kommunalsjefen er målet å ha dette klart i løpet av andre halvdel 2024. Det er ventet en ny nasjonal prioriteringsveileder for kommunale helse- og omsorgstjenester sommer 2024 (skal utdype Meld.St.38 2020-2021, «Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse og omsorgstjenesten»).

### 3.3. Kollegastøtte – lederstøtte

Tjenestekontoret er et lite kontor med kun fire ansatte og en leder. Det er ikke opprettet roller som superbruker etc., men har en ordning hvor det er navngitt hvem som har ansvar for saksbehandling av ulike helse- og omsorgstjenester. Samtidig er det forventet at man også skal håndtere saksbehandling på andre fagområder i tillegg, se nærmere omtalt i avsnitt 2.2.

I spørreundersøkelsen svarer alle at de har god faglig støtte i å bruke kollegaer og leder når man trenger bistand i forbindelse med saksutredningen.

### 3.4. Dialog med søker

Alle som søker vil bli kontaktet av saksbehandler ved tjenestekontoret. Det gjennomføres samtale enten hjemme hos søker eller via telefon. Det er et utvidet samarbeid med tjenestene ifht kartlegging av behov hos nye søkere. Der det er naturlig utfører tjenestene kartleggingen (hjemmesykepleien, psykisk helsearbeid el.). Ifølge kommunalsjefen skal man benytte samme kartleggingsskjemaet i samtalen. Skjemaet vil være en sentral del av faktagrunnlaget i saksbehandlingen.

I vår stikkprøvekontroll så vi at kartleggingsskjemaet var lagt inn i saksutredningen.

### 3.5. Saksbehandleres vurdering av saksutredning

I vår spørreundersøkelse vurderer de fire saksbehandlere at brukernes behov blir forsvarlig utredet. En av fire opplever imidlertid at tidspress kan medføre at man innhenter mindre informasjon enn hva rutinene/saken tilsier.

### 3.6. 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, kartleggings skjemaer og tjenestebeskrivelser er godt kjent blant ansatte, og verktøyene oppleves som velfungerende. Vi har imidlertid sett at kommunen har forbedringsområder:

- Ipløs er i mange saker ikke oppdatert når man saksbehandler søknader.
- Midt-Telemark kommune har ikke utarbeidet lokal forskrift om tildeling av sykehjemsplass. Saksbehandlerne forholder seg derfor til gammel forskrift utarbeidet for Bø kommune.

I tillegg opplever en saksbehandler at tidspress kan medføre at man innhenter mindre informasjon enn hva rutinene/saken tilsier.

## 4. Rett til informasjon, brukermedvirkning og samtykkekompetanse

### 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.<sup>8</sup>

Brukerens rett til medvirkning og informasjon er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 har pasient eller bruker 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. pasient- og brukerrettighetsloven § 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 forstår 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.

---

<sup>8</sup> 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 tiltak som sikrer at brukere/pasienter og pårørende får informasjon og veiledning som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine interesser og rettigheter.**
- **Kommunen må ha tiltak som sikrer at pasienter/pårørende får medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud.**
- **Kommunen må ha rutiner som sikrer at reglene om samtykke blir ivaretatt**

## 4.2. Informasjon og veiledning til personer som søker

På kommunens nettsider er det en oversikt over de ulike helse- og omsorgstjenestene man kan søke på. Det er beskrevet hva hver tjeneste innebærer og hvilke pasient-/brukergrupper som kan benytte dem. Vi har sett på hva som står om hjemmesykepleie. Her står det blant annet at tjenesten er gratis, hva man kan få hjelp til og hva målet er med tjenesten.

På kommunens nettsider under Tjenestekontor er det beskrevet hvordan man kan søke om helse- og omsorgstjenester. I det utskrivbare søknadsskjemaet står det at man kan ta kontakt med kommunen dersom man trenger hjelp til utfylling av skjemaet.

Tjenestekontoret har i sine rutiner beskrevet at de skal rullere hvem som har ansvar for å betjene telefon fra søkere daglig, og til hvilke klokkeslett. Det er også beskrevet at man skal ta imot besøkende som kommer til kontoret uten avtale. Det skal, så langt det lar seg gjøre, legges til rette for at de besøkende som har søkt om en tjeneste får snakke direkte med den som saksbehandler deres søknad. Ifølge kommunalsjef får ansatte ved tjenestekontoret mange henvendelser fra innbyggere.

I spørreundersøkelsen svarer alle saksbehandlerne at de har god kunnskap om hvilken rett søkere har til informasjon og veiledning. Alle svarer også at de har god praksis på Tjenestekontoret når det gjelder å veilede og gi informasjon til søkere som trenger bistand.

## 4.3. Medvirkning

I følge pasient- og brukerrettighetsloven har 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. I søknadsskjemaet blir søker spurt om hva man trenger hjelp til, hvor mye hjelp man tror man trenger og hvorfor man trenger hjelp. I tillegg står det i rutinene at man skal ha dialog med alle søkere, enten ved hjemmebesøk eller via telefon.

I følge kommunalsjefen har tjenestekontoret stort fokus på pasienten/brukerens ønsker og at disse skal beskrives.

I utredningsmalen er det eget felt for «Samtale med søker». Her skal blant annet dato, type kontakt, hvem som var stede samt hva som kom fram av samtalen fremgå.

I spørreundersøkelsen svarer alle saksbehandlere at Tjenestekontoret har god praksis for å sikre brukermedvirkning.

#### 4.4. Samtykkekompetanse

I kommunens kartleggings skjema står følgende hjelpespørsmål til utfyller «*Er det behov for å vurdere samtykkekompetansen i forhold til konkrete områder*». Det er også lagt inn noe hjelpetekst i vedtaksmalene som er utarbeidet. Eksempelvis så står det i mal for langtidsopphold sykehjem at man skal *vurdere om søker forstår hva spørsmål/problemstillinger omhandler, samt hva som blir konsekvensen av det han/hun sier ja/nei til. Mangler søker/pasient samtykkekompetanse er det nærmeste pårørende som kan samtykke. Opplys om hvem dette er.*

Det er ikke gitt ytterligere føringer for når man skal vurdere samtykkekompetanse hos søker.

Ifølge kommunalsjefen er samtykkekompetanse et krevende område, særlig ved begynnende demens.

I vår stikkprøvekontroll undersøkte vi om det var vurdert hvorvidt søker var samtykkekompetent. Vi fant at samtykkekompetanse var vurdert i 21 av 23 saker.

I spørreundersøkelsen svarer alle saksbehandlerne at de som søker blir forsvarlig utredet for samtykkekompetanse og at de har god kunnskap om hva de skal gjøre dersom det er tvil om samtykkekompetansen. De svarer også at dersom samtykkekompetanse ikke går fremgår av søknader/pasientjournal så sørger de for å få dette utredet.

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

Kommunen har tiltak som skal sikre at brukere/pasienter og pårørende får nødvendig informasjon og veiledning for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine interesser og rettigheter. Det angis blant annet hvor man kan få bistand, søknadsskjema inneholder noe veiledende informasjon, og informasjon og veiledning blir gitt i kartleggingsamtaler med søker. Kommunen har rutiner som bidrar til at henvendelser blir besvart. Både ansatte og ledelse oppgir at de i store grad gir bistand til søkere som ber om hjelp.

Tjenestekontoret har tiltak som skal sikre at pasienter får medvirke ved utforming av eget tjenestetilbud, bl.a. gjennomføres også kartleggingsamtaler hvor tjenestekontoret kartlegger bistandsbehovet og pasienten/brukers ønsker.

Kommunen har rutiner og praksis som skal sikre at søkeres samtykkekompetanse blir vurdert.

## 5. Habilitet

### 5.1. Revisjonskriterier

Ifølge forvaltningsloven § 6 er 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 det foreligger andre særegne forhold 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 i saken.

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

KS sitt etikuttvalg 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

Midt-Telemark kommune har etiske retningslinjer som, ifølge kommunalsjefen, ble vedtatt i forbindelse med sammenslåing av kommunene i 2020. I de etiske retningslinjene står det at ansatte skal unngå å komme i situasjoner som kan medføre konflikt mellom kommunens interesser og personlige interesser. Det står også at alle som treffer og tilrettelegger for beslutninger er bundet av forvaltningslovens habilitetsregler og at man må ta opp med nærmeste leder dersom man er i tvil om egen habilitet.

I kommunens delegeringsreglement står det at delegert myndighet skal utøves i samsvar med de etiske retningslinjene og at den som delegerer skal påse at delegert myndighet utøves i samsvar med gjeldende rammer og at delegerte oppgaver blir utført.

Ifølge kommunalsjefen hender det at de kommer i situasjoner hvor ansatte er inhabile. Han mener de ansatte har god kunnskap om hvordan de skal håndtere inhabilitet. Vanlig praksis er at en annen saksbehandler overtar saksforberedelsen og at aktuell saksbehandler heller ikke deltar i behandling av saken i det ukentlige vedtaksmøtet. Tjenestekontoret har ikke skriftliggjort denne praksisen.

### **5.3. Kunnskap hos ansatte**

I spørreundersøkelsen svarer alle saksbehandlerne at de er kjent med forvaltningslovens regler om habilitet. Tre av fire er også kjent med kommunens etiske retningslinjer. En saksbehandler er mindre grad kjent med disse reglene. To av de fire svarer at de har opplevd å være usikker på egen habilitet når de saksbehandler søknader.

### **5.4. Revisors vurdering av habilitet**

Habilitet er grunnleggende for tillit i kommunal forvaltning fordi den sikrer at beslutningstakere og saksbehandlere er upartiske og fri for interessekonflikter.

Kommunen har overordnede rutiner for hvordan inhabilitet skal håndteres i saksbehandlingen. Ikke alle saksbehandlerne svarer at de er kjent med disse reglene.

Tjenestekontoret har etablert en egen praksis for hvordan håndtere inhabilitet, men denne er ikke skriftliggjort. To av de fire saksbehandlerne har opplevd å være usikker på egen habilitet når de saksbehandler søknader.



## 6. Likebehandling

### 6.1. Revisjonskriterier

#### Likebehandling

Likebehandling er et grunnleggende ulovfestet saksbehandlingsprinsipp, og handler om at forvaltningen skal sikre at likeartede tilfeller får lik behandling. 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. 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.

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.

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

I Helsedirektoratets veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven anbefales det at saksbehandlere har mulighet til å skaffe seg oversikt over tidligere praksis ved kontoret.

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 fatter vedtak om helse- og omsorgstjenester i fellesskap noe kommunalsjefen beskriver som et godt system som fremmer likebehandling.

Tjenestekontoret har ikke noen samlet oversikt over utfall i klagesaker behandlet av Statsforvalteren. De har heller ikke et sted hvor de oppbevarer andre klargjørende avgjørelser (presedensregister) som kan ha relevans også i andre saker.

### **Noen av revisors øvrige funn som fremmer likebehandling**

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, kartleggings skjema med forhåndsutfylte spørsmål, tjeneste beskrivelser og vedtaksmaler med forslag til struktur og forslagstekst. I innstillingene til vedtak går det i hovedsak frem av teksten hvor ulik informasjon er hentet fra, eksempelvis pasientjournalen, kartleggings skjema etc.

I kapittel 5 om Habilitet har vi sett at kommunen har overordnede rutiner for å sikre habilitet, og at tre av fire ansatte vurderer at de har god kunnskap om habilitetsregler.

I avsnitt 2.5 om opplæring framgår det at kompetansen i organisasjonen vurderes å være god og at saksbehandlere opplever å få god støtte av kollegaer og leder i saksutredningen. Vi vurderte også at kommunen bør vurdere om det skal gis ytterligere opplæring i forvaltningsloven.

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

## **6.3. Revisors vurdering av likebehandling**

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

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, og som ikke nevnes ellers i rapporten, vil vi trekke fram at:

Kommunen mangler et system for å ta vare på klargjørende avgjørelser som kan ha relevans for behandling av enkeltsaker.

## 7. Saksbehandlingstid

### 7.1. Revisjonskriterier

Etter forvaltningsloven § 11a skal forvaltningsorganet forberede og avgjøre saker uten ugrunnet opphold. Dersom det må ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en henvendelse kan besvares, skal det forvaltningsorganet som mottok henvendelsen, snarest mulig gi et foreløpig svar. I svaret skal det gjøres rede for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere, og så vidt mulig angis når svar kan ventes. Foreløpig svar kan unnlates dersom det må anses som åpenbart unødvendig.

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

### 7.2. Rutiner og praksis

I søknadsskjemaet om helse- og omsorgstjenester går det frem at saksbehandlingstiden er fire uker, og at søker vil bli informert dersom saksbehandlingen tar lenger tid.

Alle søkere mottar et svarbrev, som bekrefter at kommunen har mottatt søknaden. Malen for svarbrevet er dels ferdig utfylt, med tekst som blant annet opplyser om at saksbehandlingstiden normalt er fire uker fra søknaden ble mottatt og at man vil få beskjed dersom det tar lenger tid.

Kommunen har utarbeidet en mal for foreløpig svar. Malen inneholder mye ferdig utfylt tekst og avhukingsfelt for hvorfor det tar mer enn fire uker å behandle søknaden. Det er lagt opp til at det informeres om når søknaden er ferdig behandlet.

Ifølge kommunalsjefen varsler ikke saksbehandlingssystemet dersom saksbehandlingsfristen utløper. Det er imidlertid mulig å ta ut manuelle lister over saksbehandlingstid, med utgangspunkt i dato for mottatt søknad. Han tror behovet for bruk av foreløpig svar er størst for tyngre saker som for eksempel søknader om langtidsplass institusjon og omsorgstønad.

#### 7.2.1. Funn fra stikkprøvekontrollen

I vår stikkprøvekontroll fant vi søknadsdato og vedtaksdato i alle sakene. Vi så imidlertid at enkelte søknader ble registrert med samme dato for innstilling og vedtak. Rett søknadsdato var imidlertid sporbar i selve søknaden. I vår undersøkelse tok vi utgangspunkt i denne datoen.

Søknadsfristen på fire uker var overholdt i ni saker. I 14 saker var fristen ikke overholdt. I 10 av disse sakene ble det sendt foreløpig svar. I alle sakene hvor det ble sendt foreløpig svar vardet var gitt begrunnelse for den lange saksbehandlingstiden (stor arbeidsmengde ved Tjenestekontoret) og angitt tidspunkt for når saken vil være ferdig saksbehandlet.

### **7.2.2. Funn fra spørreundersøkelsen**

I vår spørreundersøkelse svarer to av fire saksbehandlere at de i de fleste tilfeller saksbehandler innen fire uker. To av fire svarer at de saksbehandler innen tidsfristen i kun noen tilfeller.

Fristbrudd blir forklart med at Tjenestekontoret nå har færre ressurser enn tidligere og generell avviking av ferier og høytider. Det blir også pekt på at saksbehandlere har fått nye oppgaver og at de av og til må vente på andre instanser før svar kan gis.

Ved fristbrudd svarer halvparten at de alltid sender foreløpig svar, men den andre halvparten svarer at de gjør det i de fleste tilfeller.

### **7.3. Revisors vurdering av saksbehandlingstid**

Kommunen har flere tiltak som skal sikre at kravene til saksbehandlingstid og foreløpig svar blir fulgt. Det er etablert maler på området, og det synes å være god kunnskap om saksbehandlingstid og fristbrudd blant saksbehandlerne på Tjenestekontoret.

Alle som søker blir informert om saksbehandlingstid og at det vil bli gitt foreløpig svar dersom fristen på fire uker ikke nås.

I vår stikkprøvekontroll fant vi at en stor andel saker ikke ble behandlet innen fire uker og at foreløpig svar ikke ble gitt i alle disse sakene.

Vi vurderer at det er en viss risiko knyttet til at saksbehandlingssystemet ikke varsler når fire ukers fristen utløper og at Tjenestekontoret 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 uker<sup>9</sup>. 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.

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 veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven IS- 2442 står det at:

*Ved tildeling av tjenester skal det fremgå av selve vedtaket hva som gis av tjenester. 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.*

---

<sup>9</sup> Tjenester etter § 3-2, første ledd nr. 6 bokstav a til c og § 3-8.

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.

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**
  - oppgi hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang, og til hvilken tid
  - oppgi tidspunkt for iverksetting
  - inneholde dekkende begrunnelse
  - inneholde informasjon om klagerettigheter

## 8.2. Bruk av vedtaksmaler

Tjenestekontoret har utarbeidet vedtaksmaler som kan brukes for vedtak om alle typer helse- og omsorgstjenester. Vi har sett på innholdet i fire ulike maler: hjemmesykepleie, langtidsopphold institusjon, miljøarbeid og psykisk helse. Alle malene inneholder en del rubrikker som skal fylles ut, hjelpetekst som forklarer hva som skal beskrives og ferdig tekstmateriale som kan brukes i vedtaksutformingen. Det er laget forslagstekst både for positive vedtak og avslag.

Det er lagt opp til at blant annet følgende beskrives i vedtakene:

- Hva det innvilges/avslås støtte til
- Samtale med søker/andre instanser
- IPLOS-kartlegginger
- Samtykkekompetanse
- Bakgrunn for saken, vurdering og innstilling
- Tidspunkt for iverksetting av vedtak og mer konkret hva vedtaket går ut på.
- Lovparagraf, med forklarende tekst

Alle saksbehandlerne svarer i spørreundersøkelsen at de er fornøyde med malene som er utarbeidet. I vår stikkprøvekontroll bar alle vedtakene preg av at de var laget med utgangspunkt i vedtaksmaler som brukes ved Tjenestekontoret.

### 8.3. Revurdering av vedtak

Kommunen har utarbeidet et evalueringsskjema som kan benyttes når man skal evaluere et vedtak som utløper og videre hjelpebehov. Skjemaet har både spørsmål som besvares og hjelpetekst for hva man kan vektlegge. Det skal også besvares hvorvidt bruker/verge har vært involvert i evalueringen.

Kommunalsjef mener at de har praksis for å bruke evalueringsskjemaet når tjenester skal fornyes.. I følge kommunalsjefen klarer man ikke alltid å følge opp utgåtte vedtak med nye innen det forrige går ut. Så lenge fagdatasystemet ikke varsler dette på en god måte er det både krevende og utfordrende å følge opp.

I vår stikkprøvekontroll kom vi over et vedtak som var en revurdering av tidligere vedtak. Her var evalueringsskjemaet benyttet, og det var vedtatt før forrige vedtak utløp.

### 8.4. Innhold i underretning om vedtak

Vi har undersøkt 24 saker hvor det er gitt underretning om vedtak. 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 vedtakene vi har sett på, vises det til hjemmel både etter pasient- og brukerrettighetsloven og etter helse og omsorgstjenesteloven. I vår stikkprøvekontroll så vi at alle vedtakene gir en begrunnelse for hvorfor eller hvordan søker oppfyller eller ikke oppfyller vilkårene for tjenesten.

I vedtak som omhandler langtidsplass sykehjem, så er det vist til at saken oppfyller vilkårene gitt i lokal forskrift om tildeling av sykehjemsplass.

### 8.5. 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 at Tjenestekontoret kan kontaktes for råd og veiledning i forbindelse med klagen.

### 8.6. Revisors vurdering av vedtak om underretningsbrev

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

## 9. Konklusjoner og anbefalinger

### 9.1. Konklusjoner

I hvilken grad følger Tjenestekontoret gjeldende regler ved tildeling av helse- og omsorgstjenester?

Tjenestekontoret i Midt-Telemark kommune følger i stor gjeldende regler ved tildeling av helse- og omsorgstjenester. Vi har vurdert kommunens praksis opp mot følgende områder:

**Internkontrolltiltak:** Kommunen har utarbeidet styrende dokumenter som beskriver Tjenestekontorets organisering, mål og oppgaver. Dokumentet *Mandat Tjenestekontoret* viser ikke i fullstendig grad til rett lovhjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er ikke gjennomført risikovurderinger etter 2021, og den risikovurderingen som ble gjennomført i 2020 er ikke fulgt opp med tiltak. Det er etablert rutiner, maler og kartleggings skjemaer til bruk i saksbehandlingen, men ikke alle dokumenter er revidert innen frister som kommunen har satt. Ansatte opplever at de har god kunnskap om saksbehandling, men kommunen bør vurdere om det skal iverksettes ytterligere opplæring i forvaltningslovens bestemmelser.

**Utredning:** Kommunen har rutiner for utredning av behov for tjenester, men bør sørge for at Iplos-data (helsedata som beskriver ressurser og bistandsbehov til søker) er oppdatert i alle saker. Tidspress kan føre til saksbehandlere innhenter mangelfull informasjon. Midt-Telemark kommune har ikke utarbeidet lokal forskrift om tildeling av sykehjemsplass, slik helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 a krever. Saksbehandlerne forholder seg derfor fortsatt til gammel forskrift utarbeidet for Bø kommune.

**Rett til informasjon, brukermedvirkning og samtykkekompetanse:** Kommunen har tiltak for å gi nødvendig informasjon til brukere/pasienter og for å involvere dem i tjenestetilbudet. Samtykkekompetanse blir også vurdert.

**Habilitet:** Kommunen har overordnede rutiner for hvordan inhabilitet skal håndteres i saksbehandlingen, men ikke alle saksbehandlerne er kjent med disse. Tjenestekontorets praksis av håndtering av inhabilitet er ikke skriftliggjort.

**Likebehandling:** Tjenestekontoret har iverksatt flere tiltak som bidrar til å sikre likebehandling. Disse er i hovedsak omtalt i øvrige deler av rapporten. Kommunen mangler et system for å ta vare på klargjørende avgjørelser som kan ha relevans for behandling av enkeltsaker.

**Saksbehandlingstid:** Kommunen har flere tiltak som skal sikre at kravene til saksbehandlingstid og foreløpig svar blir fulgt. Ansatte synes også ha god kunnskap om dette. Våre funn indikerer at en del saker ikke blir besvart innen fireukersfristen og at foreløpig svar ikke blir gitt i alle saker. Kommunen har heller ikke rutiner for å løpende ta ut statistikk på saksbehandlingstid.



**Vedtak om helsehjelp:** Kommunen har rutiner og maler som er egnet til å ivareta kravene til underretning om og utforming av vedtak. Våre undersøkelser viser at vedtaksbrev inneholder informasjon om hva vedtaket går ut på, lovhjemmel, omfang, oppstart, fakta og begrunnelse. Det gis også informasjon om klagerettigheter.

## 9.2. Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å sørge for at Tjenestekontoret:

- gjør systematiske risikovurderinger av saksbehandlingen og følger opp avdekket risiko med tiltak
- refererer til riktig lovhjemmel i dokumentet som beskriver Tjenestekontorets mandat
- sikrer at rutiner og prosedyrer løpende blir evaluert og forbedret
- sikrer at lplos-data er oppdatert når søknader saksbehandles
- utarbeider lokal forskrift for tildeling av sykehjemsplass
- gir foreløpig svar i alle saker hvor saksbehandlingsfrister ikke nås.
- vurderer om det bør etableres et system for å ta vare på klargjørende avgjørelser som kan ha relevans for behandling av enkeltsaker
- vurderer å følge opp funn fra revisors spørreundersøkelse, herunder ansattes kunnskap om forvaltningsloven og kommunens rutiner for habilitet og de ansattes opplevelse av mangel på tid

## 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 [Kommunedirektorens-internkontroll-veileder-F41-web.pdf](https://www.ks.no/kommunedirektorens-internkontroll-veileder-F41-web.pdf) ([ks.no](https://www.ks.no))

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse



Helse og mestring

Vestfold og Telemark revisjon IKS  
Geir Kastet Dahle

**Dato** 13.11.2023  
**Vår referanse** 23/10081-5  
**Deres referanse**

Unntatt offentlighet § 5 1. ledd

### Høring - forvaltningsrevisjon av saksbehandling ved Tjenestekontoret

Midt-Telemark kommune har ingen merknader til høringsutkastet, og stiller seg bak til de funnene som fremkommer i høringen.

Med hilsen

Urban M. Eriksen  
kommunalsjef  
urberi@mt.kommune.no  
95160454

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur*

### Mottakere

#### Kopi til

Linda Vala Bråthen	Helse og omsorg	Midt-Telemark kommune
Per Dehli	Kommunedirektør	Midt-Telemark kommune
Øystein Tveit	Stab	Midt-Telemark kommune

### Vedlegg

Midt-Telemark kommune  
Postboks 83  
3833 Bp i Telemark

T +47 35 05 90 00  
E [post@mt.kommune.no](mailto:post@mt.kommune.no)

Vi skaper framtida saman



## Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen startet med et oppstartsbrev av 23.06.23. Det ble deretter avholdt et oppstartsmøte på Teams, den 28.06.23, med kommunalsjef for Helse- og mestringssektoren. 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 juli til september 2023.

For å undersøke saksbehandlingen ved Tjenestekontoret har vi gjennomgått rutiner, tjenestebeskrivelser, maler, skjemaer og andre dokumenter som er styrende eller retningsgivende for saksbehandlingen. Vi har også intervjuet kommunalsjef for Helse- og mestringssektoren, som på intervjutidspunktet også fungerte som leder for Tjenestekontoret. All informasjonen som blir brukt fra intervjuet er verifisert av intervjuobjektet.

Vi har også sendt en spørreundersøkelse til alle de fire saksbehandlerne ved Tjenestekontoret, hvor alle saksbehandlere har svart. Alle svargiverne var anonyme i undersøkelsen. Vi valgte bevisst å gjennomføre en spørreundersøkelse i stedet for intervju av de ansatte, og mener det er flere gode grunner til å gjøre det. En spørreundersøkelse vil kunne oppleves tryggere for mottakerne da svarene blir behandlet konfidensielt. Det bidrar igjen til at dataene er mer pålitelige. Gjennomføring av en spørreundersøkelse versus fire intervjuer anses også å være mer tidseffektivt. Svarene vil dessuten være lettere å vurdere/sammenlikne når de blir gitt på standardiserte spørreskjemaer med faste svaralternativer.

For å undersøke kvaliteten på saksbehandlingen har vi også gjennomført en stikkprøvekontroll av vedtak. Vi har i denne forbindelse hatt tilgang til Profil, kommunens pasientjournal. I Profil har vi undersøkt søknad/innsøking, saksutredning og vedtak i 25 saker (vedtak og saksutredning kun funnet i 24 av dem). Alle sakene er fra første tertial 2023. Vi har gjort et tilfeldig utplukk innenfor forskjellige kategorier av helsehjelp; vedtak om langtidsplass institusjon, korttidsopphold, hjemmesykepleie, miljøtjenester, samtaler og hverdagsrehabilitering. Alle bortsett fra ett vedtak ga innvilgelse.

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

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

Vi behandler personopplysninger slik det er beskrevet i vår personvernerklæring, som er tilgjengelig på vår nettside [vtrevisjon.no](https://vtrevisjon.no).

I denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn og epostadresse til ansatte i kommunen. Vi har også hatt tilgang til pasientjournalen, som inneholder pasientdata. Pasientdataene inneholder sensitive personopplysninger/særlige kategorier personopplysninger. Vårt fokus har vært *kommunens saksbehandling* av vedtakene om helse- og omsorgstjenester, og vi har ikke tatt sensitiv informasjon eller andre personopplysninger ut fra pasientjournalen. Sensitiv informasjon er derfor ikke arkivert i våre arbeidsnotater eller i sluttrapporten

## God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres, dokumenteres, kvalitetssikres og rapporteres i samsvar med kommuneloven og god kommunal revisjonsskikk.<sup>10</sup>

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.<sup>11</sup> Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

---

<sup>10</sup> God kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll kommer til uttrykk først og fremst i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon og RSK 002 Standard for eierskapskontroll. Gjeldende standarder 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).

<sup>11</sup> 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](mailto:post@vtrevisjon.no)

[www.vtrevisjon.no](http://www.vtrevisjon.no)

23: 3817 406