Vestfold og Telemark revisjon

Tildeling av helse- og omsorgstenester

Forvaltningsrevisjon | Tokke kommune

26: 4034 402

Innhald

Samandrag **4**
Tilrådingar **5**
1. Innleiing **7**
1.1. Kontrollutvalet si bestilling **7**
1.2. Problemstilling og revisjonskriterium **7**
1.3. Metode og kvalitetssikring **7**
1.4. Kommunedirektøren si fråsegn **7**
2. Internkontroll **8**
2.1. Revisjonskriterium **8**
2.2. Internkontroll - fakta **9**
2.3. Revisor si vurdering av internkontroll **14**
3. Utgreiing **16**
3.1. Revisjonskriterium **16**
3.2. Utgreiing - fakta **17**
3.3. Revisor si vurdering av utgreiing **21**
4. Rett til informasjon, brukarmedverknad og samtykkekompetanse **23**
4.1. Revisjonskriterium **23**
4.2. Rett til informasjon, brukarmedverknad og samtykkekompetanse - fakta **24**
4.3. Revisors vurdering av rett til informasjon, brukarmedverknad og samtykkekompetanse **26**
5. Habilitet **28**
5.1. Revisjonskriterium **28**
5.2. Habilitet - fakta **28**
5.3. Revisors vurdering av habilitet **29**
6. Likebehandling **30**
6.1. Revisjonskriterium **30**
6.2. Tiltak som kan bidra til likebehandling - fakta **31**
6.3. Revisors vurdering av likebehandling **31**
7. Saksbehandlingstid **32**
7.1. Revisjonskriterium **32**
7.2. Saksbehandlingstid - fakta **32**
7.3. Revisors vurdering av saksbehandlingstid **33**
8. Vedtak om helsehjelp **34**
8.1. Revisjonskriterium **34**

8.2. Vedtak om helsehjelp - fakta 35
8.3. Revisors vurdering av vedtak og underretning om vedtak 37
9. Konklusjonar og tilrådingar 38
9.1. Konklusjonar 38
9.2. Tilrådingar 39
Litteratur og kjeldereferansar 40
Vedlegg 41
Vedlegg 1: Kommunedirektøren si fråsegn 41
Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring 43

Samandrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi sett på tildeling av helse- og omsorgstenester i Tokke kommune.

Rapporten handlar om følgjande problemstilling:

- **I kva grad følgjer Tokke kommune gjeldande regler ved tildeling av helse- og omsorgstenester**

Vi har sett nærare på om kommunen har etablert internkontroll for arbeidet med tildeling av helse- og omsorgstenester, og om sentrale forvaltningsrettslege krav til saksbehandlinga blir vareteke. Vi meiner at kommunen i hovudsak følgjer gjeldande regler ved tildeling av tenestene.

Internkontroll
Kommunalsjefen for planområdet helse og omsorg har ansvaret for tildelingskontoret. Kommunen har tilfredsstillande rutinar for oppgåver og arbeid som skjer på og i tilknyting til tildelingskontoret. Det ligg føre oversikt over alle tenester som blir gitt, skildring av søknadsprosessen, rutine for kva for oppgåver som ligg til tildelingskontoret og tiltaksteamet og rettleiar for saksbehandling av søknadar om helse- og omsorgstenester.

Kommunalsjefen for helse- og omsorg er ikkje er delegert mynde etter forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene. Forskrifta er sentral i høve til arbeid innan sektoren.

Praksis med at saksbehandlarane på tildelingskontoret gjer vedtak er ikkje i samsvar med fullmakt som er gitt.

Kommunen har ikkje gjort systematisk forbetringsarbeid slik det er krav om i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring. Verksemder skal ifølgje forskrifta årleg gjennomføra ein samla, systematisk gjennomgang av styringssystemet, basert på mellom anna statistikk og annan tilgjengeleg informasjon, for å sikra kontinuerleg forbetring.

Utgreiing
Kommunen har rutinar og tiltak som er med på å sikre at behov for helse- og omsorgstenester blir utgreidd. Utarbeidde styringsdokument som tenestebeskrivingar, rutinar, malar, og kartleggingsskjema er godt kjende blant tilsette, og verktøya blir opplevde som velfungerande.

Kommunen har sjølv peika på at heimebesøk, som etter rutinane bør gjennomførast ved nye søknadar, ikkje alltid har vore gjennomførd det på grunn av låg bemanning.

Kommunen følgjer ikkje opp IPLOS-registreringa som føresett.

Informasjon, brukarmedverknad og samtykkekompetanse
Kommunen har tiltak som skal sikre at brukarar/pasientar og pårørande får nødvendig informasjon om tenestetilbodet, kva rettar som ligg føre og korleis ein kan søkje om tenester. Sidan

informasjonen berre blir gitt på norsk meiner vi er det risiko for at personar som ikkje beherskar norsk ikkje får nødvendig informasjon om tenester og søknadsprosedyrar.

Tildelingskontoret har rutinar og tiltak som skal sikre at pasientar får medverka ved utforming av eige tenestetilbod. Det er lagt opp til at ønskjer og behov skal kome fram i søknaden, og det er tema i samband med kartlegging/kartleggingssamtalar.

Kommunen har rutinar som skal sikre at søkjarars samtykkekompetanse blir vurdert.

Habilitet
Vi meiner kommunen har tiltak for å sikre habilitet i saksbehandlinga. Kommunen har etiske retningsliner og overordna rutinar for korleis inhabilitet skal handterast i saksbehandlinga. Både leiing og saksbehandlarane svarer at dei er kjende med desse reglane og er bevisste problemstillingar knytt til habilitet.

Likebehandling
Kommunen har etter vår vurdering sett i verk fleire eigna tiltak som bidrar til å hindra usakleg forskjellsbehandling.

Saksbehandlingstid
Kommunen har tiltak for å sikra at krava til saksbehandlingstid og førebels svar blir følgde. Det er etablert rutinar og malar på området, og det synest å vera god kunnskap om reglane for saksbehandlingstid hjå tilsette på tildelingskontoret.

Med bakgrunn i dei sakene vi undersøkte, og informasjon frå dei tilsette, meiner vi det er grunnlag for å si at kommunen gir svar på søknadar innan ein månad, eller sender førebels svar der fristen ikkje kan bli halden.

Vedtak om helsehjelp
Kommunen rutinar og malar som er eigna til å vareta krava til underretning om, og utforming av vedtak.

Vår undersøking gir grunnlag for å si at kommunen følgjer dei krav som er i forvaltningslova og helse- og omsorgstenestelova ved underretning om vedtak. Vedtaksbrev inneheld informasjon om kva vedtaket går ut på, omfang, oppstart, fakta og grunngiving. Det blir også gitt informasjon om klagerettar.

Tilrådingar

Vi rår kommunen til å:

- sørge for at delegering av mynde er i tråd med praksis
- sørge for systematisk forbetringsarbeid av verksemda
- sørge for at IPLOS-registreringar er oppdaterte

Skien 14. september 2026

1. Innleiing

1.1. Kontrollutvalet si bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalet i Tokke kommune i sak 1/26. Bakgrunnen for bestillinga er kommunen sin plan for forvaltningsrevisjon.

Reglane om forvaltningsrevisjon står i kommunelova § 23-2, første ledd bokstav c, jf. § 23-3 og § 24-2 og i forskrift om kontrollutval og revisjon.

1.2. Problemstilling og revisjonskriterium

Rapporten handlar om følgjande problemstilling:

- **I kva grad følgjer Tokke kommune gjeldande regler ved tildeling av helse- og omsorgstenester**

Vi vil sjå nærare på om kommunen har etablert internkontroll for arbeidet med tildeling av tenester, og om sentrale forvaltningsrettslege krav til saksbehandlinga blir vareteke.

Revisjonskriteria[1] i denne forvaltningsrevisjonen er i hovedsak henta frå kommunelova, helse- og omsorgstenestelova, pasient- og brukarrettlova, forvaltningslova, KS' rettleiar «Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll» og rettleiar for saksbehandling av tenester etter helse- og omsorgstenestelova. Kriteria går fram under kvar problemstilling nedanfor.

1.3. Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Dag Oftung med Anne Hagen Stridsklev som oppdragsansvarleg.

Vi har intervjua tilsette i kommunen. Vidare har vi gått gjennom sentral dokumentasjon frå tenesteområdet. Vi har gjennomførd stikkprøvekontroll av vedtak som gjeld tildeling av helse- og omsorgstenester. Kontrollen omfatta 23 vedtak, fordelt på ulike typar helse- og omsorgstenester. Det står meir om metode og tiltak for kvalitetssikring i vedlegg 2 til rapporten.

1.4. Kommunedirektøren si fråsegn

Vi har sjekka ut med administrasjonen at fakta i rapporten er korrekt framstilt, og rapporten er sendt til uttale til kommunedirektøren, jf. forskrift om kontrollutval og revisjon § 14. Fråsegna frå kommunedirektøren har ikkje ført til endring i rapporten. Kommunedirektøren si fråsegn ligg som vedlegg 1.

[1] Det skal alltid vere revisjonskriterium i forvaltningsrevisjon, jf. forskrift om kontrollutval og revisjon § 15 og RSK 001. Revisjonskriterium er dei reglar og normer som gjeld på det området vi skal undersøke. Revisjonskriteria er grunnlaget for revisor sine analysar, vurderingar og konklusjonar.

2. Internkontroll

2.1. Revisjonskriterium

Kommunedirektøren er ansvarleg for at kommunen har internkontroll. Internkontrollen skal sikre at lover og forskrifter blir følgde, jf. kommuneloven § 25-1.[2]

Ved internkontroll etter § 25-1 skal kommunedirektøren

1. utarbeide ei beskriving av hovudoppgåvene, målet og organiseringa for verksemda.
2. ha nødvendige rutinar og prosedyrar.
3. avdekkje og følgje opp avvik, og risiko for avvik.
4. dokumentere internkontrollen i den forma og det omfanget som er nødvendig.
5. evaluere, og ved behov, forbetre skriftlege prosedyrar og andre tiltak for internkontroll.

Innhaldet i desse krava er utdjupa i lovforarbeida til kommunelova, jf. Prop 46 L (2017-2018).

Det er krav om internkontroll også i helse- og omsorgstenestelova § 3-1.[3] Ansvaret til kommunen inneber plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda, slik at omfanget og innhaldet i tenestene er i samsvar med krav fastsett i lov eller forskrift.

Internkontrollpliktene for kommunen etter helse- og omsorgstenestelova blir likevel i hovudsak regulerte av forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene.[4] Forskrifta er tilpassa utøvinga av tenestene, og er meir omfattande og detaljerte enn internkontrollkrava i kommunelova. Ved tildeling av helse- og omsorgstenester skal kommunen også etterleve krav i forvaltningslova.

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene §§ 3, 4 og 5 seier at den som er ansvarleg for verksemda (dvs. kommunen) skal sørgje for at det blir etablert og gjennomført systematisk styring av aktivitetane for verksemda. Styringssystemet skal tilpassast til storleiken på verksemda, eigenart, aktivitetar og risikoforhold og ha det omfanget som er nødvendig. Det skal dokumenterast korleis pliktene etter forskrifta blir etterlevde.

Forskrifta § 6 seier vidare at kommunen skal ha oversikt over og beskrive målet for verksemda, oppgåver, aktivitetar og organisering. Det skal klart komme fram korleis ansvar, oppgåver og styresmakt er fordelt. Vidare skal kommunen ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og rettleiarar, og planleggje korleis dette skal gjerast kjent i verksemda. Kommunen skal ha oversikt over område med risiko for svikt eller lovbrot og planleggje tiltak for å minimalisere risiko.

[2] LOV-2018-06-22-83 (kommuneloven)
[3] LOV-2011-06-24-30 (helse og omsorgstjenesteloven)
[4] FOR-2003-06-27-792 (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten)

Kommunen skal også ha oversikt over kompetanse hjå medarbeidararar og behov for opplæring, og dessutan over avvik, evalueringar, klagar, brukarerfaringar mm.

Forskrifta §§ 8 og 9 regulerer plikta til å evaluere og korrigere dei ulike aktivitetane.

Forskrifta § 8 handlar om plikta verksemda har til å evaluere om arbeidet faktisk blir gjennomført som planlagt, fungerer etter hensikta og oppfyller krava i helse- og omsorgslovgivinga. Verksemda skal kontrollere at oppgåver, tiltak, planar og mål blir følgt opp, og vurdere om desse bidreg til fagleg forsvarlege tenester, kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik. Evalueringa skal også byggje på erfaringar frå pasientar, brukarar og pårørande. Vidare skal avvik og uønskte hendingar gåast gjennom for å førebyggja at tilsvarande skjer igjen. Minst éin gong i året skal verksemda gjennomføre ein samla, systematisk gjennomgang av styringssystemet, basert på mellom anna statistikk og annan tilgjengeleg informasjon, for å sikre kontinuerleg forbetring.

Forskrifta § 9 handlar om å rette opp svikt og manglar i tenestene. Med bakgrunn i evalueringa (jf. § 8), skal verksemda setje inn tiltak som sikrar forsvarleg drift, at lovkrava blir følgde og førebyggje at eventuelle feil skjer igjen.

Forskrifta § 7 handlar mellom anna at kommunen skal sørgje for at medarbeidarar i verksemda har nødvendig kunnskap om og kompetanse om eiga fagfelt. Kommunen må utvikle og setje i verk nødvendige rutinar eller andre tiltak for å avdekkje, rette opp og førebyggje brot på helse- og omsorgslovgivinga. Medarbeidarar skal medverke, og ein skal gjere bruk av erfaring frå brukarar, pasientar og pårørande.

Det er utarbeidd fleire rettleiarar som utdjupar innhaldet i internkontrollkrava:

- Rettleiar til forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta – IS – 2620)
- KMD: Rettleiar – Internkontroll i kommunesektoren – Krava i kommunelova (2021)
- KS rettleier Orden i eige hus - internkontrollen til kommunedirektøren

På grunnlag av dette har vi greidd ut følgjande revisjonskriterium:

Kommunen skal

- **beskrive organisering, ansvar og oppgåver for tildelingskontoret.**
- **sikre at det blir gjort systematisk risikovurdering av saksbehandlinga.**
- **sikre at rutinar, prosedyrar og tiltak for saksbehandlinga blir evaluert og forbetra.**
- **sikre at tildelingskontoret har nødvendig kompetanse**

2.2. Internkontroll - fakta

2.2.1. Organisering, mynde og oppgåver for tildelingskontoret

Tokke kommune er organisert etter ein to-nivåmodell med kommunedirektør og fire planområde med kvar sin kommunalsjef.[5] Kommunalsjef for planområdet Helse- og omsorg har ansvaret for følgjande einingar:

- Tildeling
- Institusjon
- Heimetenesta
- Helse
- Åheim
- Kjøkken

Det er inga formell leiar på tildelingskontoret. Tildelingskontoret har dei siste åra berre hatt ein fast tilsett. Vi får opplyst at det i kortare periodar har vore inne ekstrahjelp/vikarar.

Frå desember 2025 blei kontoret styrka med ein tilsett til. Hennar oppgåver på tildelingskontoret er om lag 50 % knytt til arbeid med eigenbetalingar, samt noko saksbehandling. Resterande 50 % av stillinga er knytt til personaladministrative oppgåver innan planområdet helse og omsorg.

I august 2026 blei det tilsett ein person til i 60 % stilling, knytt til saksbehandling på tildelingskontoret. I tillegg vil ho ha rolla som demenskoordinator i 20 % stilling. Oppgåva som demenskoordinator er formelt underlagt legekontoret i kommunen.

Kommunestyret har vedteke delegeringsreglement for perioden 2024 – 2027.[6] Ifølgje reglementet er kommunedirektøren gitt mynde til å gjere vedtak i enkeltsaker og driftssaker som ikkje er lagt til anna organ og som ikkje er prinsipielle, så langt lover og føresegner gjev høve til.

Det ligg føre administrativt delegeringsreglement fastsett av kommunedirektøren i 1. januar 2024. I delegeringsreglementet, § 3 ligg ei generell delegering til kommunalsjefane som gir mynde til å ta avgjerd i alle løpande driftssaker innanfor eige ansvarsområde, og som er delegera til kommunedirektøren. I delegeringsreglementet § 13 er det gitt særskilt delegering til helse- og omsorgssjef som mellom anna gjeld følgjande lover/forskrifter:

- Lov av 2.juli 1999 nr 63 om pasient og brukarrettar.
- Lov av 24. juni 2011 nr 29. Folkehelselova.
- Lov av 24. juni 2011 nr 30. Helse- og omsorgstenestelova.
- Forskrift av 16.des 2011, nr. 1349 om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester.

[5] Organisasjonskart ligg på kommunen sine nettsider under fana *Politikk og organisasjon*
[6] Sist revidert etter kommunestyresak 64/2025

Vi finner ikkje at kommunalsjefen er delegert mynde etter forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene.[7]

Det er ikkje gitt vidare delegering frå kommunalsjef til dei tilsette på tildelingskontoret. I vedtaksbreva står kommunalsjefen sitt namn på vegner av kommunen, medan den aktuelle saksbehandlar paraferer. Kommunalsjefen seier ho ikkje er inne og ser på og/eller godkjenner vedtaksbreva som blir sendt ut.

Kommunen nyttar det elektroniske internkontrollsystemet Compilo. I Compilo kan ein legge inn interne dokument som reglement, rutinar, prosedyrar, sjekklister m.m. Alle tilsette har tilgang til applikasjonen. Vi ser at dei rutinane, prosedyrane m.m. vi har fått tilsendt i all hovudsak er henta frå Compilo. Vedtaksmalar ligg i sak/arkivsystemet.

Kommunen har utarbeidd ei oversikt over oppgåver som ligg til tildelingskontoret; *Oversikt over oppgåver – Tenestekontoret i Tokke kommune.* I oversikten er det følgande hovudoppgåver.:

1. Tildeling av helse- og omsorgstenester
2. Økonomi og betaling for tenester
3. Oppfølging av støttekontakt og omsorgsstønad
4. Systemansvar og saksstøtte (PROFIL journalsystem)

For kvar hovudoppgåve er det detaljerte underpunkt, som til dømes desse som gjeld tildeling av helse- og omsorgstenester:

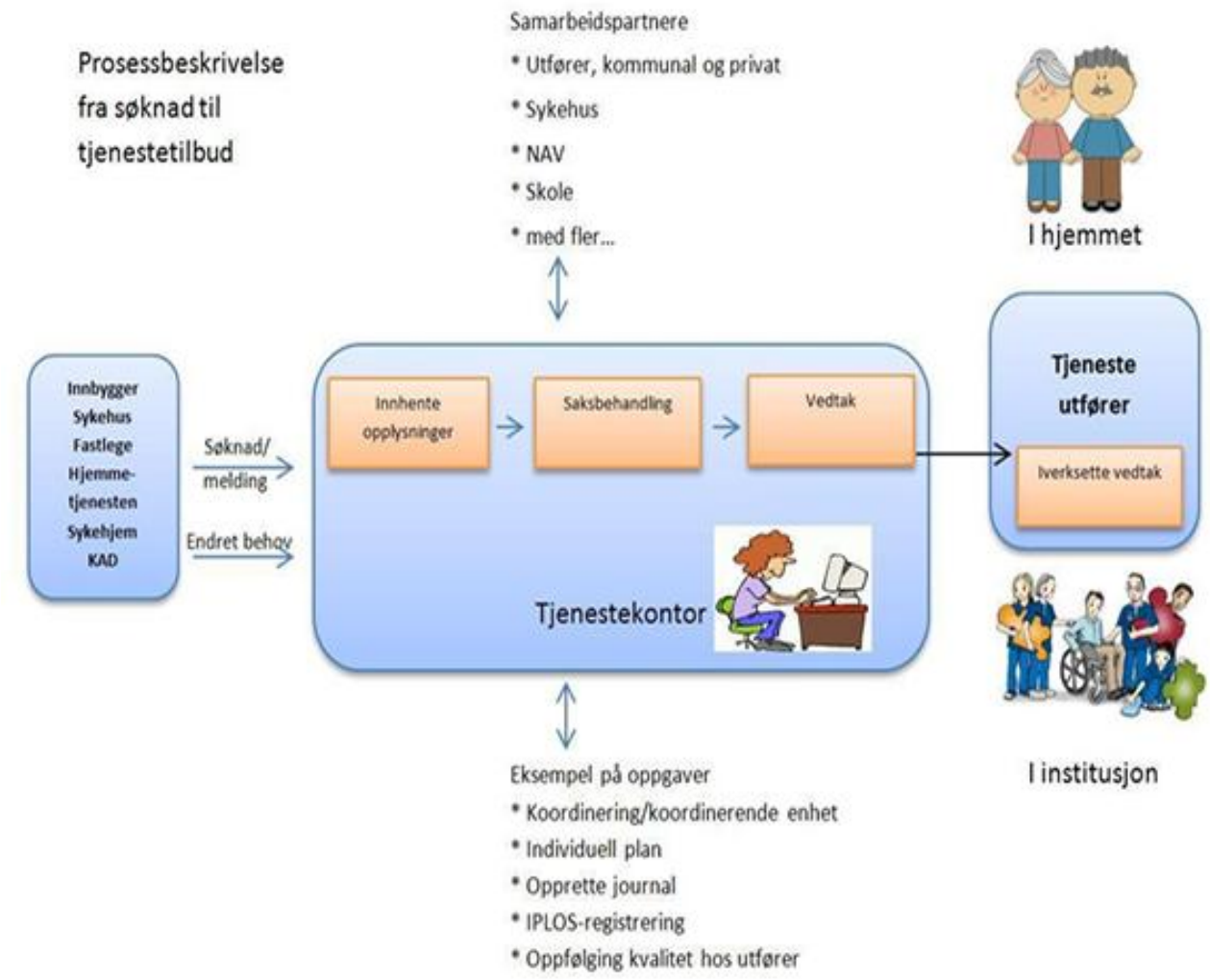
- *Motta og registrere søknader om tenester*
- *Kartleggje brukar sine behov (heimebesøk, samtalar, innhenting av opplysningar)*
- *Vurdere rett til tenester etter gjeldande lovverk*
- *Saksbehandle og fatte vedtak om:*
    - *Heimetenester (heimesjukepleie, praktisk bistand)*
    - *Omsorgsbustad og institusjonsplass (korttid og langtid)*
    - *Støttekontakt og avlasting*
    - *Omsorgsstønad*
    - *Matombringing (ikkje lovpålagte tenester)*
- *Skrive vedtak med grunngjeving og klagerett*
- *Delta i og gjennomføre møte knytt til saksbehandling (tverrfaglege møte, ansvarsgrupper)*

Tokke kommune har i samarbeid med kommunane Fyresdal, Kviteseid, Nissedal og Seljord utarbeidd dokumentet *Tenesteomtale – kommunale helse og omsorgstenester*. Dokumentet ligg tilgjengeleg på kommunen sine nettsider. I tenesteomtala finn vi skildring av alle helse- og omsorgstenester kommunen yter, informasjon om korleis ein kan søkje på tenester, korleis

[7] FOR-2003-06-27-792

søknadar vert handsama og kva for kriteria som ligg til grunn for vedtak. Det er gitt slik skjematisk framstilling av søknadsprosessen:

Figur 1 Utklipp frå tenesteomtale. Skjematisk framstilling av søknadsprosessen



På kommunen sine nettsider (fana *skjema a-å*) ligg det skjema for å søkje om helse- og omsorgstenester. Det er ikkje elektronisk søknadsskjema. Dokumentet må difor lastas ned, fyllast ut for hand og sendast pr. post/e-post til tildelingskontoret.

Kommunen har utarbeidd dokumentet *Rettleiing for saksbehandling i helse og omsorg*. Ifølgje rettleiaren er føremålet å sikre forsvarleg, lik og effektiv saksbehandling frå mottak av søknad til endeleg vedtak etter helse - og omsorgstenestelova og forvaltningslova. I rettleiaren finn vi sjekkliste/stikkord for alle steg i saksbehandlinga av søknadar.

Det er dei tilsette på tildelingskontoret som mottek søknader og skal sørge for å legge søknaden inn i kommunen sitt elektroniske pasientjournalsystem PROFIL.[8] Prosedyra for bruken av PROFIL ligg i dokumentet *Visma samhandling arkiv. Rutinar rundt fullelektronisk arkivering.*

I Tokke kommunen er det eit tiltaksteam som vurderer innkomne søknadar og eventuelt fattar vedtak om tildeling av tenester. Det ligg føre ei rutine (*Tiltaksteam*) for arbeidet i teamet som seier at:

- tiltaksteamet blir leia av leiar for tildelingskontoret.
- faste medlemar i teamet er kommuneoverlege, avdelingsleiar i heimetenesta, avdelingsleiar i institusjon, fysioterapeut, ergoterapeut, sakshandsamarane på tildelingskontoret.
- saker som blir behandla i møta blir lagt fram av saksbehandlaren som har gjort nødvendige kartleggingar og innhenta relevant medisinske opplysningar.

2.2.2. Systematisk forbetringsarbeid/risikovurderingar

Kommunalsjefen opplyser at det ikkje er gjort systematiske evalueringar eller gjennomgang av verksemda på tildelingskontoret. Det er heller ikkje gjennomført risikovurderingar av verksemda. Ho seier imidlertid at dei tidlegare har sett at det har vore sårbart med berre ein tilsett på kontoret.

Vi får opplyst at det ikkje er gjort systematiske evalueringar eller gjennomgang av skriftlege rutinar og dokument som blir nytta på kontoret. Kommunen skal gå over til nytt journalsystem frå våren 2027. Vi får opplyst at det vil vere naturleg med ein gjennomgang av utforminga og innhaldet av malar m.m. når dette skal opprettast i det nye systemet

2.2.3. Kompetanse/opplæring

Kommunen har utarbeidd overordna kompetanseplan for planområdet Helse og omsorg. Kompetanseplanen er ifølgje kommunalsjefen ikkje ferdigstilt. Planen peikar mellom anna på behovet for kompetanseauke innanfor helserett og saksbehandling, og kommunalsjefen seier dette er bakgrunnen for kompetanseheving som no er gjennomført for tilsette på tildelingskontoret.

Saksbehandlar som har vore lengst på tildelingskontoret er psykiatrisk sjukepleiar. Ho gi uttrykk for at ho med sin fagbakgrunn og lange erfaring føler seg trygg på eigen kompetanse. Ho viser til at kommunen nyttar selskapet Omsorgsjuss for kompetanseheving.[9] Ho har vore på fleire kurs i regi av Omsorgsjuss; grunn- og vidaregåande kurs i saksbehandling, kurs i tenester til barnefamiliar og eigenbetaling grunnkurs. Omsorgsjuss har også vore inne med hjelp til utforming av vedtaksmalar som blir nytta. Ho viser også til at ho får fagleg støtte når det gjeld vurderingar i vanskelege saker i kontakt med statsforvaltaren.

[8] *Visma Omsorg Profil* er et elektronisk pasientjournalsystem (EPJ) og fagsystem utviklet for kommunal pleie- og omsorgstjeneste, helsetjenester og sakshandsaming
[9] Omsorgsjuss AS tilbyr kurs om helse- og omsorgsjuss og forvaltningsrett retta spesielt mot kommunane. Dei opplyser at selskapet har ca. 90 prosent av norske kommunar som kurskundar

Også dei to andre, som i løpet av det siste året har begynt på tildelingskontoret, har relevant helsefagleg bakgrunn. Ein er hjelpepleiar, og har bachelor i økonomi og administrasjon. Ho har også kurs i *tenester til barnefamiliar* og *eigenbetaling grunnkurs* i regi av Omsorgsjuss. Den andre er sjukepleiar, og har vidareutdanning i helserett og i velferdsteknologi.

Kommunalsjefen er sjølv sjukepleiar med vidareutdanning i helserett og leiing, samt grunnkurs i saksbehandling frå Omsorgsjuss.

I intervju med dei tilsette og kommunalsjefen kjem det fram at fysisk lokalisering saman med avdelingsleiarar for institusjon og heimetenester, og arbeid i tiltaksteamet, gjer at ein har lett tilgang til brei kompetanse innan helse- og omsorgsfaga.

2.3. Revisor si vurdering av internkontroll

Organisering, mynde og oppgåver
Kommunen har organisasjonskart som viser at kommunen er organisert etter ein to-nivåmodell med kommunedirektør og fire planområde. Kommunalsjefen for planområdet Helse og omsorg har ansvaret for tildelingskontoret.

Det administrativt delegeringsreglement gir ei generell delegering til kommunalsjefane som gir mynde til å ta avgjerd i alle løpande driftssaker innanfor eige ansvarsområde. Sentrale lover og forskrifter ligg ifølgje delegeringsreglement innafor hennar ansvarsområde. Vi ser likevel at kommunalsjefen ikkje er delegert mynde etter forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene.[10] Dette er ei sentral forskrift som gjeld arbeid innan helse- og omsorgssektoren.

Det er ikkje gitt vidare delegering frå kommunalsjef til dei tilsette på tildelingskontoret. I vedtaksbreva står kommunalsjefen sitt namn på vegner av kommunen utan av vedkommande faktisk har utarbeidd vedtaket og/eller godkjend breva som blir sendt ut. Vi meiner denne praksisen ikkje er i samsvar med fullmakt som er gitt.

Vi meiner kommunen kan vise til operative rutinar for oppgåver og arbeid som skjer på og i tilknyting til tildelingskontoret. Det ligg føre oversikt over alle tenester som blir gitt, skildring av søknadsprosessen, rutine for kva for oppgåver som ligg til tildelingskontoret og tiltaksteamet og rettleiar for saksbehandling av søknadar om helse- og omsorgstenester. I hovudsak er dokumenta samla i internkontrollsystemet Compilo, som alle tilsette har tilgang til.

Evaluering, forbetringsarbeid og risikovurderingar
Kommunen har ikkje gjort systematisk forbetringsarbeid slik det er krav om i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene, jf. §8. Verksemder skal ifølgje forskrifta årleg

[10] FOR-2003-06-27-792

gjennomføra ein samla, systematisk gjennomgang av styringssystemet, basert på mellom anna statistikk og annan tilgjengeleg informasjon, for å sikra kontinuerleg forbetring.

Vi viser over at kommunen har operative rutinar for saksbehandlinga, men dei manglar systematisk risikovurdering, evaluering og forbetring av rutinane. Ein systematisk gjennomgang av rutinane vil vere i tråd med krava i forskrifta.

Kompetanse
Etter vår vurdering har kommunen sikra at tildelingskontoret har nødvendig kompetanse. Dei tilsette på tildelingskontoret har relevant helsefagleg bakgrunn. Kommunen har også sørga for at dei tilsette er tilført auka kompetansen gjennom kurs/utdanning som er relevant for oppgåvene i verksemda. Tilsette på tildelingskontoret har gjennom arbeide i tiltaksteamet også nær kontakt med andre fagpersonar innan helse- og omsorgsfeltet.

Auka i talet på tilsette har også gjort kontoret meir robust i høve til kapasitet.

Kommunen har kompetanseplan for helse og omsorgssektoren, men planen er ikkje oppdatert.

3. Utgreiing

3.1. Revisjonskriterium

I kapittel 2 har vi beskrive internkontrollkrav om rutinar og tiltak jf. kommuneloven § 25-1 og kvalitetsforskrifta § 7.

Ifølgje helse- og omsorgstenestelova § 3-1 skal kommunen sørgje for at personar som oppheld seg i kommunen, blir tilbode nødvendige helse- og omsorgstenester. Ansvaret til kommunen omfattar alle pasient- og brukargrupper, under dette personar med somatisk eller psykisk sjukdom, skade eller liding, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne.

Ifølgje pasient- og brukarrettlova § 2-1 a[11] har pasient og bruker rett til nødvendige helse- og omsorgstenester frå kommunen. Ifølgje lovforarbeida er «nødvendige helse- og omsorgstenester» nødvendig hjelp med ein forsvarleg standard, basert på ei individuell helsefagleg og/eller sosialfagleg vurdering av behov. Omfang og nivå på hjelpa som skal givast må derfor vurderast konkret.

Det følgjer av helse- og omsorgstenestelova § 3-2a at kommunen skal gi forskrift med kriterium for tildeling av mellom anna langtidsopphald i sjukeheimar eller tilsvarande bustad tilrettelagd for heildøgns tenester. Ifølgje pasient- og brukarrettlova § 2-7 gjeld forvaltningslova[12] kapittel IV og V for vedtak om helsetenester i heimen, praktisk hjelp, støttekontakt, plass i institusjon og BPA som er venta å vare lenger enn to veker. Forvaltningslova kapittel IV inneheld krav om korleis enkeltvedtak skal førebuast, inkludert at forvaltningsorganet skal sjå til at saka er så godt opplyst som mogleg før vedtak treffest, jf. forvaltningslova § 17.

Helsedirektoratet sin *Veileder til saksbehandling IS 2442*[13] gir uttrykk for sentrale styresmakters forståing av god saksbehandling innanfor helse- og omsorgstenestene, inkludert saksutgreiing. Helsedirektoratet ønskjer at rettleiaren skal vere eit verktøy og hjelpemiddel for sakshandsamarar og leiarar sitt arbeid med å sikre gode helse- og omsorgstenester i kommunen. Vi ser at det i kommunen sin *Tenesteomtale – kommunale helse og omsorgstenester* blir vist til at funksjonsvariablar[14] i helsedirektoratet sin rettleiar skal bli brukt i samband med kartlegging/vurdering av hjelpebehovet hjå søkjarar.

Helsedirektoratet sin rettleiar for behandling av saker om tildeling tenester etter helse- og omsorgstenestelova seier mellom anna følgjande om utgreiing av tenestebehov:

[11] LOV-1999-07-02-63 (pasient og brukerrettighetsloven)
[12] LOV-1967-02-10 (Forvaltningsloven)
[13] Helsedirektoratet – Veileder til sakshandsaming IS 2442 sist revidert i 2017
[14] Kartlegging av funksjonsnivå hjå brukar (helse, matlaging, husarbeid m.m.) på ein skal frå 1 (sjølvhjelpt til 5 (omfattande hjelpebehov)

- Når ein pasients behov skal greiast ut, må det gjerast ei konkret vurdering av kva opplysningar som skal innhentast. Saksbehandlar må sørgje for at alle relevante forhold blir belyste. Rettleiaren viser til at kartleggingsskjema eller tilsvarande hjelpemiddel kan vere nyttige som sjekkliste/hugseliste ved innhenting av informasjon.
- I mange saker vil det vere viktig med ei tverrfagleg utgreiing av behovet, slik at pasienten får ei individuell og tilpassa utforming av tenestene. Tverrfagleg vurdering kan gi rettare vurdering av tenestebehovet, og dermed vere ein føresetnad for ei forsvarleg utgreiing av saka.
- Avhengig av kva saka dreier seg om, kan det vere aktuelt å innhente ulike opplysningar om helsetilstand/diagnose, funksjonsnivå, familieforhold, sosiale forhold, buforhold, noverande tenester, eigne ressursar osb. Det vil til dømes vere aktuelt å innhente opplysningar frå pasienten/brukaren sjølv, fastlege, spesialisthelsetenesta, den andre helse- og omsorgstenestene til kommunen og andre instansar som barnevernstenesta, NAV osb.

Etter dette har vi utleidd følgjande revisjonskriterium om utgreiing:

- **Kommunen skal ha rutinar og tiltak som sikrar at pasientane/brukarane sine behov blir forsvarleg utgreidd.**

3.2. Utgreiing - fakta

Arbeidsflyt – rutinar
I kommunen sin rettleiar for saksbehandling i helse og omsorg (Kap 2.2.1) står dette om kartlegging og behov:

Gjennomføring

- *Kartlegging skjer i dialog med søkjar og eventuelt pårørande*
- *heimebesøk er ofte nødvendig*
- *det skal nyttast relevante kartleggingsverktøy (t.d. IPLOS)*

Kva skal kartleggast

- *helsetilstand og funksjonsnivå*
- *eigenomsorg og daglege aktivitetar*
- *bustadforhald*
- *sosialt nettverk og pårørandestøtte*
- *eksisterande tenester*
- *pasientens eigne ønskje*

Søknadsskjema
På nettsidene til kommunen er det informasjon om tildelingskontoret. Der er det opplyst at tildelingskontoret kartlegg behov for tenester etter søknad eller anna førespurnad/spørsmål. Det

ligg lenke til *Tenesteomtale – kommunale helse og omsorgstenester*, der det er nærmare skildring av alle tenester kommune yter.

Søknadsskjema som ligger på kommunen sine nettsider skal i utgangspunktet nyttast for å søke om tenester. På skjemaet er det likevel opplyst om at det ikkje er krav i lov eller forskrift om at dei som ynskjer/treng helse- og omsorgstenester skal sende skriftleg søknad før ein sak kan tas til behandling. Og vidare:

> *Eit slikt krav vil for nokon representere ein terskel for å kome i kontakt med kommunen, og for å få sin sak handsama. Kommunen har plikt til å undersøke saker der eit mogleg hjelpebehov er kjent. Uansett korleis kommunen får kunnskap om at det kanskje føreligg eit hjelpebehov, så gjeld utredningsplikten i fvl. § 17 første ledd, og saken skal utgreiast så godt som mulig.*

I søknadsskjemaet kan søkjar sjølv gjere greie for kva for hjelp dei har behov for, kva dei ønskjer og kva de klarar sjølv.

Kartleggingsskjema
Kommunen har utarbeidd eit kartleggingsskjema til bruk for vurdering av hjelpebehov. Skjemaet er til bruk i samband med fyrste samtale med søkjer/brukar på heimebesøk eller på institusjon. Skjemaet skal skannast til journal/overførast til fagsystemet. Skjemaet inneheld mange vurderingspunkt med underpunkt som går på søkjar sin helsetilstand/hjelpebehov.

- Personalia og kontaktinformasjon om brukar og pårørande
- Buforhold
- Nettverk/sosiale aktivitetar og interesser
- Aktuell situasjon
- Kost/ernæring
- Nåverande funksjonsnivå
- Kva for tenester pasienten har behov for
- Hjelpemidlar
- Vidare oppfølging

I intervju med dei tilsette og kommunalsjefen blir det opplyst at kartlegging av behovet til brukarane er ein sentral del av saksbehandlinga, men at kartlegginga kan variere noko avhengig av tenestetype, kapasitet og kven som utfører kartlegginga. Enkle saker, som til dømes tryggleiksalarm, blir ofte fortløpande behandla utan omfattande kartlegging, medan meir komplekse saker krev grundigare utgreiing.

Kartleggingsskjemaet som blir brukt er utvikla i samarbeid med andre kommunar og sjukehuset. Skjemaet er meint å dekkje alle sider av situasjonen til søkjaren, men bruken av skjemaet avheng av om det er snakk om heimehjelp, korttidsopphald, støttekontakt eller andre tenester.

Det ideelle er at kartlegging skjer på heimebesøk, men dette har av kapasitetsgrunnar ikkje alltid latt seg gjennomføre. I staden er det ofte sjukepleiarar i heimesjukepleia som tek kartleggingsbesøka, særleg når det gjeld søknader om heimehjelp, heimesjukepleie eller etter utskriving frå sjukehus. Vi får opplyst at det ofte blir gjennomført kartlegging via telefon og/eller basert på informasjon frå andre instansar, som til dømes sjukehus, helsestasjon eller skule. Kommunalsjefen understrekar at heimebesøk bør prioriterast når bemanninga blir styrkt, særleg etter at kontoret får enda ein ny tilsett i august 2026.

I vår stikkprøvekontroll undersøkte vi 23 vedtak. Vi såg at kartleggingsskjemaet var lagt inn i systemet i sju saker. I gjennomgangen av sakene med sakshandsamar blei det opplyst at kartleggingsskjemaet primært blir bruka i samband med heimebesøk ved fyrste gongs søknadar. Informasjon om status hjå brukaren/pasienten i dei fleste sakene vi hadde valt ut, låg i form av notat og meldingar frå lege, sjukehus, heimesjukepleia eller sjukeheimen.

IPLOS-kartlegging

IPLOS er eit nasjonalt registreringssystem som skal gi eit bilete av ein pasient sitt funksjonsnivå, deira behov og utvikling over tid. Skjemaet skal fyllast ut ved første kontakt med helse- og omsorgstenesta, ved store endringar i tilstanden til pasienten, og minst to gonger i året (juni og desember). Målet er å sikre at tenestene blir tilpassa behovet til den enkelte, og at endringar i funksjonsevne blir fanga opp. Data blir også brukte til statistikk og planlegging på kommunalt og nasjonalt nivå. Vi får opplyst frå kommunalsjefen at det ifølgje *Rutine og arbeidsoppgaver for gruppeleiarar* er gruppeleiar i heimesjukepleia og på institusjonen som har ansvaret for å fylle ut IPLOS. Registrering skal ifølgje rutinen skje i juni og desember, eller ved endring i pasienten sin tilstand. Tildelingskontoret skal ikkje sjølv registrere data, men brukar dei som grunnlag for å gjere nye eller endra vedtak.

Både kommunalsjefen og ein av de tilsette på tildelingskontoret meiner at det er manglar ved registrering og oppdateringar i IPLOS-registeret. Dei peiker på at grunnen til dette kan være at systemet er tungvint å bruke, og at det tar tid i ein travel kvardag. Kommunalsjefen seier det er ei forventning om at nytt pasientjournalsystem som kommer i 2027 skal gjere registreringane enklare og meir oppdaterte.

I vår stikkprøvekontroll av vedtaka undersøkte vi om IPLOS-feltet for pasienten/brukaren var fylt ut, og når vurderinga sist vart gjort. I 13 tilfelle var IPLOS sist oppdatert i 2026, med spreiing i datoar frå januar til juni 2026. I seks tilfelle var siste dato for IPLOS-oppdatering frå 2025 eller tidlegare. I tre tilfelle fann vi at IPLOS ikkje var fylt ut.

Lokal forskrift for langtidsopphold sjukeheim eller tilsvarande

Tokke kommune har utarbeidd *Forskrift om tildeling av langtidsopphald i sjukeheim, eller tilsvarande bustad særskild tilrettelagd for heildøgns tenester, kriterium og ventelister*. Forskrifta er vedteke av kommunestyret 20. juni 2017.

Ifølgje forskrifta er føremålet mellom anna å:

…. betre rettsstillinga for pasientar og brukarar med omfattande tenestebehov når det gjeld retten til helse- og omsorgstenester frå kommunen. Forskrifta skal tydeleggjere kva for kriterium Tokke kommune legg til grunn for tildeling av langtidsopphald i sjukeheim eller tilsvarande bustad særskild tilrettelagd for heildøgns tenester.

Om kartlegging heiter det mellom anna:

For at saka skal vere tilstrekkelig greia ut, må det vere gjennomført eit møte e.l. med pasienten eller brukaren og/eller partsrepresentanten med fylgjande føremål:

a) å kartleggje pasienten eller brukaren sitt behov for helse- og omsorgstenester,

b) å få samtykke frå pasienten eller brukaren til å innhente ytterlegare opplysningar som er nødvendige for saksutgreiinga frå andre,

c) å gje pasienten eller brukaren den informasjon og rettleiing som trengs for at vedkomande skal kunne ivareta sine interesser i saken, irekna informasjon om betaling, jf. denne forskrifta § 11 tredje ledd, og

d) å få klarhet i kva for ynskjer pasienten eller brukaren har etter at tilstrekkeleg informasjon er gitt, irekna om det er pasienten eller brukaren sjølv eller partsrepresentanten som har gjeve uttrykk for desse ynskja. Brukaren skal medverke til tenestetilbodet, jf pasient og brukarrettighetsloven.

Tenestebeskrivingar

I dokumentet *Tenesteomtale – kommunale helse og omsorgstenester* er alle tenester kommunen leverer innafor området helse og omsorg skildra. For kvar og ein teneste er det det skildring av kva for vurdering som skal gjerast, og kva for kriterium som skal ligge til grunn for tildeling.

Vi viser her eit døme på ei beskriving, i dette tilfelle for tenesta helsetenester i heimen:

Vurdering av behov for helsehjelp	Rett til naudsynte helse- og omsorgstenester i heimen skal vurderast på fylgjande grunnlag: • Søkar må ha ein akutt eller ein kronisk sjukdom eller funksjonsnedsetting som medfører behov for helse og omsorgstenester. • Kartlegging av helsetilstanden til søkjar ved bruk av funksjonsvariablane i nasjonal rettleiar for personell i kommunale helse og omsorgstenester (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk/ IPLOS • Det kan vurderas at hjelpa kan gjevas av annan instans eller eige nettverk dersom behovet for hjelp er tidsavgrensa. • Helse/medisinske opplysningar frå fastlege eller sjukehuslege • Kartleggingsbesøk heime hos brukar, der det er behov. • Det skal vurderast kva som er naudsynte helse og omsorgstenester. Ved tildeling av tenestar for kortare periode enn 14 dagar, kan ei enklare vurdering leggjast til grunn. Tenestar under 14 dagar krev ikkje vedtak. Dersom pasienten har behov for helsetenestar frå fleire yrkesgrupper/avdelingar, skal det lagast ein oversikt over kva for avdeling som har ansvar for kva for oppgåver. Dette skal komme tydeleg fram i vedtaket til tenestemottakar.
Kriteria	Det er pasienten sin medisinske tilstand og totale situasjon som er avgjerande for: • Kva for hjelp pasienten har rett til • Kva kompetanse den som skal yte hjelpa må ha • Kor omfattande tenesta skal vera • Kor lenge tenesta skal gjevast • Arbeidstilhøve i heimen må leggast til rette før tenesta vert sett i verk. Fylgjande vurderingar vert lagt til grunn for ev. avslag på søknad om helsetenester i heimen: • Dersom pasienten kan koma til legekontoret, for å få den helsehjelpa som trengs, vert søknad om *helseteneste i heimen* avslått. Dette kan til dømes gjelde sårskift, injeksjonar, blodprøver, øyreskylling, spirometri, innsetting av kateter eller intravenøs behandling. • Medisinsk behandling kan også bli gjeve i institusjon, behandlinga vert då knytt til vedtak om dagopphald i institusjon. Vurdering av behov for hjelp til administrering av medisin: • Dersom pasienten ikkje er i stand til å administrere medisinar sjølv, kan vedkomande få hjelp til dette • Dersom pasienten ikkje har førarkort og vedkomande ikkje får henta medisinar sjølv, kan det tildelas helseteneste til føremålet. • Dersom pasienten kan administrere medisinar sjølv med multidose, og er i stand til å hente medisinar sjølv, vert søknad om helsetenester avslått. IPLOS-vurdering/ IPLOS-score vert nytta ved vurdering av søkjar sitt behov for tenester

3.3. Revisor si vurdering av utgreiing

Vi meiner kommunen har rutinar og tiltak som er med på å sikre at behov for helse- og omsorgstenester blir utgreidd. Utarbeidde styringsdokument som tenestebeskrivingar, rutinar, malar, og kartleggingsskjema er godt kjende blant tilsette, og verktøya blir opplevde som velfungerande.

Kommunen har sjølv peika på at heimebesøk, som etter rutinane bør gjennomførast ved nye søknadar, ikkje alltid har vore gjennomførd det på grunn av låg bemanning. Det kan vere ein risiko for at manglande heimebesøk kan påverke kvaliteten på vedtaka dersom dei alternative informasjonskjeldene ikkje gir eit like godt grunnlag for vedtaket.

Basert på vår stikkprøvekontroll og informasjon frå tilsette meiner vi det er grunnlag for å si at kommunen ikkje følgjer opp IPLOS-registreringa som føresett. Generelt sett kan det være risiko for at mangelfulle IPLOS-data svekker avgjerdsgrunnlaget når vedtak skal gjerast.

4. Rett til informasjon, brukarmedverknad og samtykkekompetanse[15]

4.1. Revisjonskriterium

Informasjon og brukarmedverknad
Ifølgje forvaltningslova § 11 og helse- og omsorgstenestelova § 4-2a skal kommunen gi informasjon og rettleiing. Ifølgje pasient- og brukarrettslova § 3-2 skal pasienten/brukaren ha den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkeleg innsikt i tenestetilbodet, og for å kunne vareta interessene og rettane sine. Informasjonen skal givast på ein måte som blir forstått av mottakaren. Det inneber at informasjonen må tilpassast forhold som alderen på mottakaren, modnad, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.

Retten brukaren har til medverknad og informasjon er lovfesta i pasient- og brukarrettslova kapittel 3. Ifølgje pasient- og brukarrettslova § 3-1 har pasient eller bruker rett til å medverke ved val av tilgjengelege og forsvarlege tenesteformer, og undersøkings- og behandlingsmetodar. Forma til medverknaden skal tilpassast evna til den enkelte til å gi og få informasjon. Barn som er i stand til å danne seg eigne synspunkt, skal givast informasjon og høyrast. Vidare skal tenestetilbodet, så langt som mogleg, formast ut i samarbeid med pasient eller brukar. Det skal leggjast stor vekt på kva pasienten eller brukaren meiner ved utforming av tenestetilbodet.

For at tenestetilbodet så langt som mogleg skal formast ut i samarbeid med brukaren, må kommunen gå aktivt inn for å få med synspunkta til pasienten/brukaren når tenestetilbodet blir utforma. Kommunen kan ikkje vente på at pasienten/brukaren sjølv tek initiativ til dette, jf. Helsedirektoratet sin rettleier for saksbehandling.

Samtykke
Personar over 18 år har rett til å samtykkje til helsehjelp, jf. pasient- og brukarrettslova § 4-3. Samtykkekompetansen kan falle heilt bort eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrringar, demens eller psykisk utviklingshemming openbert ikkje er i stand til å forstå kva samtykket omfattar. Der det er usikkert om pasienten/brukaren forstå konsekvensen av eigne val, avgjer den som yter helsehjelp om pasienten manglar kompetanse til å samtykkje. Helsepersonellet skal ut frå alderen til pasienten, psykiske tilstand, modnad og erfaringsbakgrunn leggje forholda best mogleg til rette for at pasienten sjølv kan samtykkje til helsehjelp. Pasient- og brukarrettslova § 3-1, tredje ledd seier at dersom pasienten ikkje har samtykkekompetanse, har den næraste pårørande, saman med pasienten, retten til å medverke i utforminga av tenestetilbodet.

[15] Frå 1. juni 2026 er omgrepet samtykkekompetanse endra til beslutningskompetanse i pasient og brukarrettslova. Vi nyttar likevel omgrepet samtykkekompetanse vidare i denne rapporten.

I kapittel 2 har vi beskrive internkontrollkrav om rutinar og tiltak jf. kommunelova § 25-1 og leiingsforskrifta § 7.

På denne bakgrunnen har vi utleidd følgjande revisjonskriterium om brukarmedverknad og samtykke:

- **Kommunen skal ha tiltak som sikrar at brukarar/pasientar og pårørande får informasjon og rettleiing som er nødvendig for å få tilstrekkeleg innsikt i tenestetilbodet, og for å kunne ivareta sine interesser og rettane sine.**
- **Kommunen skal ha tiltak som sikrar at pasientar/pårørande får medverke i utforminga av eige tenestetilbod.**
- **Kommunen skal ha rutinar som sikrar at reglane om samtykke blir vareteke**

4.2. Rett til informasjon, brukarmedverknad og samtykkekompetanse - fakta

4.2.1. Informasjon og veiledning til personer som søker

Som vi har skildra i kapitel 2 ligg det informasjon om tildelingskontoret på kommunen sine nettsider. Her finn vi mellom anna:

- kor dei held til fysisk.
- namn på tilsette m/ telefonnummer.
- opningstider, som er måndag til fredag kl. 08.00 - 15.30.
- i korte ordelag kva for tenester dei tilbyr, og at dei kan gi nærmare informasjon.

Informasjonen om tildelingskontoret blir berre gitt på norsk. I intervju kjem det fram at det i liten grad har vore utfordringar knytt til å gi informasjonen til framandspråklege, men kommunalsjefen seier det godt kunne vore lagt ut informasjon om tildelingskontoret på andre språk enn norsk på nettsidene.

I søknadsskjemaet som ligg på nettsida står det at ein kan ta kontakt med kommunen dersom ein treng hjelp til utfylling av skjemaet. Det er opplyst at det kan vere formålstenleg å gjere avtale på telefon dersom ein ønskjer å kome på kontoret. Begge dei tilsette på kontoret seier dei mest alltid er tilgjengelege på telefonen dersom innbyggarar tek kontakt med kontoret via telefon.

Skriftleg informasjon om kva for tenester kommunen yter er tilgjengeleg på nettsida til tildelingskontoret. Der er det lenke til dokumentet *Tenesteomtale – kommunale helse og omsorgstenester.* I denne er det også informasjon om søknadsprosessen. Det er også lenke til nærmare informasjon om pasientrettar.

I intervjua svarer alle saksbehandlarane at dei har god kunnskap om kva for rettar søkaren har til informasjon og rettleiing. Dei svarer også at dei har god praksis for å rettleie og gi informasjon til søkjarar som trenger bistand.

4.2.2. Medverknad

Kommunen sine *Retningslinjer for saksbehandling i helse og omsorg* legg til grunn at pasienten sine eigne ønskjer skal kartleggjast. I visse høve er det pårørande som fremmar ønskjer på vegner av pasienten. Kommunalsjefen viser til prinsippet om medverknad, men peiker på at det har vore noko sårbart med tanke på kapasitet og tid.

I kommunen sitt søknadsskjema har søkjar sjølv høve til å skrive kva ein treng hjelp til, og kva ein kan greie sjølv. Vidare er lagt opp til at søkjar skal beskrive kva for hjelp og tenester dei ønskjer frå kommunen. Kommunalsjefen seier dei i stor grad tek omsyn til brukaren si meining, men at det kan vere ei utfordring at enkelte ikkje kjenner til heile spekteret av tenester som kommunen tilbyr. Sjølv om ein søkjer ønskjer sjukeheimsplass, kan kommunen vurdere at heimebaserte tenester er tilstrekkeleg.

I kapitel 3 viser vi til at det er rutinar for å ha dialog med alle søkjarar, anten ved heimebesøk eller på annan måte. Frå saksbehandlar får vi opplyst at pasientane i den samanheng får gjere greie for deira behov, og kva dei ønskjer av hjelp. Kartleggingsskjemaet blir som oftast nytta ved første gangs kontakt med søkjarar, og i skjemaet er det lagt opp til å spørje brukar/pasienten om kva som er viktig for dei. Ho viser til at det på sikt er planar om heimebesøk til eldre før behov for tenester oppstår, mellom anna for å styrke tidleg medverking. Dette er ikkje implementert enno av di ein ikkje har hatt kapasitet.

I kommunen sine vedtaksmalar finner vi at det under punktet *bakgrunnsopplysningar og grunngjeving i saka* skal leggast inn tekst om korleis søkjar vurderer eigen situasjon. I malen for vedtak om opphald i institusjon er det under punktet *informasjon til søkjar* opplyst at: *Den einskilde søkjar skal vere med å bestemme korleis den daglege tenesta utførast*

4.2.3. Samtykkekompetanse

Det ligg informasjon om/retningsliner for vurdering av samtykkekompetanse i dokumentet *Tenesteomtale – kommunale helse og omsorgstenester.* Det er skildra slik:

> *Samtykke bør vurderast ved start av ny teneste. Dette er særskilt viktig dersom pasienten motsett seg, og ikkje har evne til å forstå, gje relevant informasjon og resonnere over dei alternativ og konsekvensar som vert lagt fram. Pasienten må vere i stand til å ta eit val basera på kor naudsynt det er med den konkrete helsehjelpa og konsekvensane ved å ikkje ta imot den. Samtykke kan bli gjeven uttrykkeleg eller stillteiande. Ved manglande samtykke er det helsepersonell som tek avgjersle på vegne av pasienten.*

Vidare er det mellom anna lista opp kva som skal vurderast:

- *evne til å uttrykke val*
- *evne til å forstå informasjon som er relevant i forhold til å ta ein beslutning om helsehjelp*
- *evne til å forstå konsekvensar av val (kva skjer om eg ikkje tar medisinane)*
- *evne til å resonnere med relevant informasjon i avveining mellom ev. ulike formar for helsehjelp*
- *heil eller delvis manglande samtykkekompetanse(samtykkekompetansen kan variere alt etter kva slags helsehjelp det er snakk om – for eksempel tilbakeholdelse i institusjon). Det må vurderast på kva for område pasienten har/ ikkje har samtykkekompetanse.*
- *mindre reduksjon i forstandsevnene er ikkje tilstrekkeleg som definisjon på manglande samtykkekompetanse, det er eit krav om at pasienten «åpenbart ikkje er i stand til å forstå» (jf pbrl § 4-3)*
- *ta omsyn til pasienten sin alder, diagnose, psykiske tilstand, mogning, erfaringsbakgrunn og tilpass informasjonen etter dette. Tenk også på språk, val av ord og evt. nedsett høyrsel. Sørg for rolege omgjevnader.*

Det blir i tenestomtala gjort særleg merksam på at dersom det er tvil om samtykkekompetanse, så skal vedkommande reknast som samtykkekompetent.

Det er i kommunens kartleggingsskjema også eit punkt om samtykkekompetanse; *Er det behov for å vurdere samtykkekompetansen i forhold til konkrete områder?*

Vi ser at det i nokre av vedtaksmalane (til dømes heimetenester og opphald i institusjon og) er eige punkt med spørsmål om samtykkekompetanse ligg føre.

Kommunalsjefen seier i intervju at utgangspunktet er at alle er samtykkekompetente. Det må vere openberre grunnar for å vurdere nokon som ikkje samtykkekompetent, og det er primært legen som gjer denne vurderinga. Saksbehandlar viser også til at lege gjerne blir involvert i saker om samtykkekompetanse. Dersom det kjem søknad frå sjukehuset, står det vanlegvis skriftleg om pasienten er samtykkekompetent eller ikkje.

4.3. Revisors vurdering av rett til informasjon, brukarmedverknad og samtykkekompetanse

Kommunen har tiltak som skal sikre at brukarar/pasientar og pårørande får nødvendig informasjon om tenestetilbodet, kva rettar som ligg føre og korleis ein kan søkje om tenester. Kommunen har rutinar som bidreg til at førespurnader blir svart på. Tilsette oppgir at dei i store grad er tilgjengelege for å svare dersom nokon tek kontakt. Sidan informasjonen berre blir gitt på norsk meiner vi er det risiko for at personar som ikkje beherskar norsk ikkje får nødvendig informasjon om tenester og søknadsprosedyrar.

Tildelingskontoret har rutinar og tiltak som skal sikre at pasientar får medverka ved utforming av eige tenestetilbod. Det er lagt opp til at ønskjer og behov skal kome fram i søknaden, og det er tema i samband med kartlegging/kartleggingssamtalar.

Kommunen har rutinar som skal sikre at søkjarars samtykkekompetanse blir vurdert.

5. Habilitet

5.1. Revisjonskriterium

Ifølgje forvaltningslova § 6 er ein inhabil til å leggje til rette grunnlaget for ei avgjerd eller til å ta avgjerd i ei forvaltningssak

a) når ein sjølv er part i saka.
b) når ein er i slekt eller svogerskap med ein part i opp- eller nedstigande linje eller i sidelinje så nær som søsken.
c) når ein er eller har vore gift med eller er forlova med eller er fosterfar, fostermor eller fosterbarn til ein part.
d) når ein er verje eller fullmektig for ein part i saka eller har vore verje eller fullmektig for ein part etter at saka byrja.

Offentlege tilsette blir også inhabil når det ligg andre særeigne forhold føre som er eigna til å svekkje tilliten til at han eller ho er upartisk; mellom anna skal det leggjast vekt på om avgjerda i saka kan innebere særleg fordel, tap eller ulempe for han sjølv eller nokon som han har nær personleg tilknyting til. Det skal også leggjast vekt på om habilitetsinnvending er reist av ein part i saka.

Er direkte overordna inhabil, kan avgjerd i saka ikkje blir teken av ein direkte underordna i same forvaltningsorgan.

KS sitt etikkutval[16] har utarbeidd generelle råd rundt habilitet. Eitt av råda er at kommunen bør ha klare og kjende rutinar for å handtere inhabilitet.

I kapittel 2 har vi beskrive internkontrollkrav om rutinar og tiltak jf. kommunelova § 25-1 og kvalitetsforskrifta § 7.

Vi har utleidd følgjande revisjonskriterium om habilitet:

- **Kommunen skal ha tiltak og rutinar for å vurdere habilitet.**
- **Kommunen skal sikre at tilsette som deltek i saksbehandling er kjend med rutinane og krava til habilitet.**

5.2. Habilitet - fakta

Tokke kommune har etiske retningslinjer[17] der det står følgjande om habilitet:

Habilitet:

[16] 2 - Etiske retningslinjer - Hjem
[17] Vedteke i kommunestyret 22.11.2016

Forvaltningsloven har reglar om habilitet som gjeld alle i kommunen (§§ 6-10).

Me må unngå å kome i situasjonar som kan medføre konflikt mellom kommunens interesser og personlege interesser. Den som er i tvil må ta opp spørsmålet med sin næraste leiar.

I kommunen sitt internkontrollsystem Compilo ligg retningslina *Habilitet for administrasjonen*. I denne er det oversikt over dei viktigaste reglane for habilitet i offentleg forvaltning.

Kommunalsjefen viser til gjensidig avtale med Fyresdal kommune om å være settekommunar for kvarandre dersom det oppstår inhabilitet som ikkje lar seg løyse internt i kommunen. Det kan til dømes vere dersom nærståande av kommunedirektøren søkjer om helse- og omsorgstenester, og hans underordna av den grunn også blir inhabile. Avtalen er frå 2024 og ligg i Compilo.

I intervju seier kommunalsjefen og dei tilsette på tildelingskontoret at dei er kjende med reglane om habilitet, men at det ikkje ligg føre eigne skriftlege rutinar på tildelingskontoret for korleis ein skal vurdere, handtere eller dokumentere spørsmål om habilitet. Dei opplyser at det ikkje har vore tilfelle der dei sjølv har vore inhabile, men at dei vil ta det opp og gjere merksame på problemstillinga dersom det skulle oppstå ein slik situasjon. Det har vore tilfelle der medlemmar i tiltaksteamet har latt være å delta i saksbehandling av di dei av ulike grunnar har vore vurdert til å vere inhabile i saka.

5.3. Revisors vurdering av habilitet

Vi meiner kommunen har tiltak for å sikre habilitet i saksbehandlinga. Kommunen har etiske retningsliner og overordna rutinar for korleis inhabilitet skal handterast i saksbehandlinga. Både leiing og saksbehandlarane svarer at dei er kjende med desse reglane og er bevisste problemstillingar knytt til habilitet.

Det er ikkje utarbeidd eigne rutinar ved tildelingskontoret for korleis habilitet skal vurderast, handterast og dokumenterast.

6. Likebehandling

6.1. Revisjonskriterium

Likebehandling er eit grunnleggjande ulovfesta saksbehandlingsprinsipp, og handlar om at forvaltninga skal sikre at likearta tilfelle får lik behandling. Det kan vere utfordrande å avgjere kva som er «like tilfelle». Ofte blir likskapsprinsippet omtalt som eit forbod mot usakleg forskjellsbehandling: det skal ikkje takast utanforliggjande eller usaklege omsyn ved utøving av skjønn – saksbehandlinga må vere sakleg og objektiv. Eventuelle forskjellar når det gjeld omfang eller utforming av tenestetilbod, skal vere baserte på saklege omsyn og relevante forskjellar i pasientanes/brukarens behov og/eller ønskjer.

Fleire av saksbehandlingsreglane i forvaltningslova skal bidra nettopp til å førebyggje usakleg forskjellsbehandling, t.d. reglane om habilitet, krava til opplysninga i saka, krava til grunngiving av vedtak m.m.

I tillegg til saksbehandlingsreglane kan det vere behov for systematiske tiltak som er eigna til å hindre usakleg forskjellsbehandling. Dette kan vere rutinar, malar, ordningar for kvalitetssikring og godkjenning av vedtak, retningslinjer for skjønnsutøving, kompetansehevande tiltak, retningslinjer for grunngivingar, tenestebeskrivingar, presedensregister mm.

I Helsedirektoratets rettleier for saksbehandling av tenester etter helse- og omsorgstenestelova finn vi dette om innhald og omfang av tenestene:

> *Kommunen må videre sørge for at det ikke skjer usaklig eller tilfeldig forskjellsbehandling av pasienter/brukere i kommunen. 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.*

Ved tildeling av helse- og omsorgstenester skal kommunen sikre at like tilfelle blir likt behandla. Dette inneber at vurderingane må byggje på saklege, relevante og føreseielege kriterium, og at kommunen må kunne forklare dersom personar i tilsynelatande like situasjonar får ulike tenester. Samtidig betyr ikkje likebehandling at alle skal få eit identisk tilbod. Kvar søknad må vurderast individuelt og konkret, med utgangspunkt i helsa til den enkelte, funksjonsnivå, omsorgsbehov, livssituasjon og risiko for forverring. Vi finn mellom ann dette i rettleiaren til helsedirektoratet:

> *Selv om dette skjønnet blir kalt fritt skjønn, er det ikke helt fritt. De hensynene som er vektlagt i skjønnsutøvelsen må være saklige og relevante. Skjønnet må med andre ord ikke lede til usaklig forskjellsbehandling, eller være vilkårlig. Det må heller ikke lede til et (åpenbart) urimelig resultat. Disse forholdene kan overprøves av fylkesmannen ved en eventuell klage.*

Kommunen må sørgje for at saka er tilstrekkeleg opplyst før vedtak treffest, og at tenestetilbodet er forsvarleg. Vedtaket bør vere skriftleg, grunngitt og angi kva tenester som blir innvilga eller avslått, og dessutan omfang og grunngiving. Brukaren skal så langt som mogleg få medverke i utforminga av tilbodet og få informasjon om klagetilgang. Dersom kommunen forskjellsbehandlar, må dette vere grunngitt i reelle forskjellar i behov eller andre lovlege omsyn – ikkje i usaklege forhold.

Det er naturleg å rekne med at jo meir konkrete rutinar og føringar ein har for saksbehandlinga, jo større er moglegheita for å førebyggje usakleg forskjellsbehandling av søknader.

Vi har utleidd følgjande revisjonskriterium om likebehandling:

- **Kommunen bør ha systematiske tiltak som er eigna til å hindre usakleg forskjellsbehandling ved tildeling av helse- og omsorgstenester.**

6.2. Tiltak som kan bidra til likebehandling - fakta

Vi har sett at kommunen har fleire systematiske tiltak som kan bidra til å hindre usakleg forskjellsbehandling.

Kommunalsjefen presiserer at pasienten sine behov alltid skal styre kva for tenester som blir gitt og nivået på tenesta. Dette er nedfelt i saksbehandlingsrutinar og tenesteomtalar. Vi få opplyst at det er svært få klagesaker knytt til vedtak om helse og omsorgstenester i kommunen.

Tildeling av tenester skjer i tiltaksteamet. Det betyr at det er fleire, og dei same, personane som i fellesskap behandlar alle saker om tildeling.

I kapittel 3 om utgreiing har vi sett at kommunen har fleire tiltak som sikrar lik innhenting av informasjon. Dette er tenesteomtalar, rutinar som beskriv kva som skal innhentast av informasjon, kartleggingsskjema med førehandsutfylte spørsmål, og vedtaksmalar med forslag til struktur og tekst.

I kapittel 5 om habilitet har vi sett at kommunen har overordna rutinar for å sikre habilitet, og at dei tilsette vurderer at dei har kunnskap om reglane om habilitet.

I avsnitt 2.5 om opplæring kjem det fram at fleire sentrale personar har kompetanse innan helserett og at saksbehandlarar opplever å få god støtte av kollegaer i saksutgreiinga.

I kapittel 8 om vedtak om helsehjelp har vi sett at kommunen brukar malar der det er lagt opp til at vedtak skal grunngivast opp mot regelverket. I stikkprøvekontrollen så vi at dette var gjort i alle sakene vi undersøkte.

6.3. Revisors vurdering av likebehandling

Kommunen har etter vår vurdering sett i verk fleire eigna tiltak som samla sett bidreg til å hindra usakleg forskjellsbehandling.

7. Saksbehandlingstid

7.1. Revisjonskriterium

Etter forvaltningslova § 11a skal forvaltningsorganet førebu og avgjere saker utan ugrunna opphald.

Dersom det er venta at det vil ta uforholdsmessig lang tid å svare på ei førespurnad, skal forvaltningsorganet som har motteke førespurnaden, snarast mogleg sende eit førebels svar. I svaret skal det gjerast greie for kvifor førespurnaden ikkje kan behandlast tidlegare, og, så langt det er mogleg, når endeleg svar kan ventast. Førebels svar kan likevel latast vere dersom det openbert ikkje er nødvendig.

I saker som gjeld enkeltvedtak, skal det sendast førebels svar etter andre ledd dersom ei førespurnad ikkje kan svarast på innan éin månad etter at ho vart motteken

I kapittel 2 har vi beskrive internkontrollkrav om rutinar og tiltak jf. kommuneloven § 25-1 og leiingsforskrifta § 7.

Kommunen bør ha rutinar og tiltak for å vareta krava til saksbehandlingstid og førebelse svar.

Vi har utleidd følgjande revisjonskriterium om saksbehandlingstid:

- **Kommunen skal ha tiltak for at krava til saksbehandlingstid og førebels svar blir følgt opp.**
- **Kommunen skal innan ein månad ha behandla søknader om helse- og omsorgstenester eller sendt eit førebels svar.**

7.2. Saksbehandlingstid - fakta

7.2.1. Rutinar og praksis

I dokumentet *Tenesteomtale – kommunale helse og omsorgstenester* står det at dersom saka ikkje vert avgjort innan ein månad, skal søkjar få skriftleg beskjed om grunnen til dette og forventa vedtaksdato.

Kommunen har utarbeidd ein mal for førebels svar. I malen er det lagt inn ferdig tekst med høve til å fylle inn grunnen til at det er lengre saksbehandlingstid enn normalt, samt når saka er forventa å bli behandla.

Dei tilsette på tildelingskontoret og kommunalsjefen seier i intervju at kommunen i stor grad å klarer å halde fristen på ein månad, men at det kan variere avhengig av kompleksiteten i saka og kapasitet på tildelingskontoret. For enkle saker, som søknader om tryggleiksalarm eller korttidsopphold, skjer behandlinga forholdsvis raskt, gjerne straks etter at søknaden er motteken eller i fyrste møte i tiltaksteamet. Desse sakene krev sjeldan omfattande utgreiing, og vedtak

fattast raskt. Meir komplekse saker, som til dømes søknader om heimehjelp, avlasting eller langtidsopphald, tek lengre tid. Her blir gjerne tilleggsinformasjon frå legar, sjukehus, barnevern eller andre instansar innhenta, noko som kan forseinke behandlinga. I slike tilfelle sender kommunen førebelse svar til søkjarane, der dei blir informerte om forventa ventetid og når endeleg vedtak kan ventast.

Sjølv om kommunen stort sett held fristane, blir det peika på enkelte utfordringar. Ferie og sjukefråvær kan skape forseinkingar, særleg fordi tildelingskontoret tidlegare har vore bemanna med berre ein person. Kommunalsjefen viser til at kapasiteten på kontoret vil bli styrka med dei nye tilsettingane som er gjort.

Ei anna utfordring ho peikar på er oppfølging av fristar. Journalsystemet PROFIL varslar ikkje saksbehandlar automatisk når frist for å fatte nytt vedtak, eller revurdere vedtak, nærmar seg. Saksbehandlarane må sjølv halde oversikt over dette. Det vil vere ein risiko for at frist for nye eller tidsavgrensa vedtak går ut, utan at det blir oppdaga. Det nye pasientjournalsystemet er forventa å gi betre oversikt over fristar og automatiske påminningar, noko som er venta å sikre ei betre oppfølging av saker.

Funn fra stikkprøvekontrollen
I 15 av sakene vi undersøkte var det kommunen sjølve/lege/sjukehus som initierte søknaden på vegner av brukar/pasient. Døme kan vere fordi vedkommande blir utskriven frå sjukehus og treng korttidsopphald i institusjon eller heimesjukepleie, eller at heimesjukepleia vurderar at det er behov for meir tenester grunna auka helse/omsorgsbehov. I desse tilfelle såg vi at vedtaka blei gjort praktisk talt samstundes som søknaden var initiert.

I sju tilfelle der det kom søknaden på søknadsskjema frå brukar. I fire av desse tilfella blei det gitt svar innan fristen på ein månad. For dei tre andre, blei det gitt førebels svar med ein gong etter at søknaden var kome inn. I desse tre tilfella var grunngivinga at kommunen måtte ha meir dokumentasjon frå søkjar før søknaden kunne bli behandla.

7.3. Revisors vurdering av saksbehandlingstid

Vi meiner kommune har tiltak for å sikra at krava til saksbehandlingstid og førebelse svar blir følgde. Det er etablert rutinar og malar på området, og det synest å vera god kunnskap om reglane for saksbehandlingstid hjå saksbehandlarane på tildelingskontoret. Manglande automatiske varslar i journalsystemet inneber likevel ein risiko for at fristar ved revurdering og tidsavgrensa vedtak ikkje blir følgt opp.

Med bakgrunn i dei sakene vi undersøkte i stikkprøvekontrollen, og informasjon vi har fått frå dei tilsette, meiner vi det er grunnlag for å si at kommunen gir svar på søknadar innan ein månad, eller sender førebels svar der fristen ikkje kan blei halden.

8. Vedtak om helsehjelp

8.1. Revisjonskriterium

Ifølgje pasient- og brukarrettlova § 2-7 gjeld forvaltningslova kapittel IV og V om saksførebuing og enkeltvedtak for visse vedtak om tenester etter helse- og omsorgstenestelova som er venta å vare lenger enn to veker. Det er krav om enkeltvedtak for følgjande tenester:

- helsetenester i heimen
- personleg assistanse, under dette praktisk hjelp og opplæring og støttekontakt
- plass i institusjon, under dette sjukeheimar

Enkeltvedtak skal som hovudregel vere skriftlege, og dei skal grunngivast, jf. forvaltningslova §§ 23 og 24. Forvaltningsorganet skal gi grunngivinga samtidig med vedtaket.

Forvaltningslova § 25 krev at grunngivinga

- skal vise til dei reglane vedtaket byggjer på, med mindre parten allereie kjenner reglane. I den grad det er nødvendig for at parten skal kunne forstå vedtaket, skal grunngivinga også attgi innhaldet i reglane eller problemstillinga vedtaket byggjer på.
- skal nemne dei faktiske forholda som vedtaket byggjer på. Dersom dei faktiske forholda er skildra av parten sjølv eller i eit dokument som parten kjenner til, er det tilstrekkeleg å vise til den tidlegare framstillinga.
- bør nemne dei hovudomsyna som har vore avgjerande ved utøvinga av forvaltingsskjønn. Dersom det er fastsett retningslinjer for skjønnsutøvinga, vil det vanlegvis vere tilstrekkeleg å vise til desse retningslinjene.

Vedtaket skal formast ut slik at mottakaren veit kva tenester som skal givast, i kva omfang og til kva tid, og dessutan for kor lang tid vedtaket gjeld. Vedtaket bør også angi kva som er målsetjinga med dei tenestene som blir tilbodne.

I rettleiar for saksbehandling av tenester etter helse- og omsorgstenestelova IS- 2442 står det at:

> *Ved tildeling av tenester skal det komme fram av sjølve vedtaket kva som blir gitt av tenester. Vedtaket skal formast ut slik at mottakaren veit kva tenester som skal givast, i kva omfang og til kva tid, og dessutan for kor lang tid vedtaket gjeld.*

Ifølgje forvaltningslova § 27 skal parten underrettast om vedtaket så snart som mogleg. I underretninga skal det opplysast om klagetilgang, klagefrist, klageinstans og framgangsmåten ved klage.

I kapittel 2 har vi beskrive internkontrollkrav om rutinar og tiltak jf. kommuneloven § 25-1 og forskrift om leiing og kvalitetsforbetring § 7.

Vi har utleidd følgjande revisjonskriterium om vedtaket:

- **Kommunen må ha rutinar og tiltak for utarbeiding av vedtak.**
- **Underretninga om vedtak skal**
  - **oppgi kva for tenester som skal bli gitt, i kva omfang, og til kva tid**
  - **oppgi tidspunkt for iverksetting**
  - **innehalde dekkande grunngiving**
  - **innehalde informasjon om klagerettar**

8.2. Vedtak om helsehjelp - fakta

8.2.1. Bruk av vedtaksmalar

Tildelingskontoret har vedtaksmaler som blir brukt ved tildeling av helse- og omsorgstjenester. Vi har sett malar for følgande tenester:

- Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi
- Helsetjenester i heimen
- Heildøgns omsorg/helsetenester i heimen
- Langtidsopphald i institusjon
- Avlastning i institusjon
- Praktisk bistand i heimen
- Dagopphald i institusjon
- Korttidsopphald i institusjon
- Korttidsopphald i institusjon – observasjon
- Tilrettelagt bustad
- Støttekontakt
- Omsorgsstønad
- Praktisk bistand- brukarstyrt personleg assistent
- Habilitering
- Mal for avslag på søknad om langtidsopphald i institusjon. Dette er samstundes eit vedtak om at brukaren er satt på venteliste for opphald, med eventuelle tenester som vil bli gitt fram til eit langtidsopphald.

I utgangspunktet er malane utforma for positive vedtak. Alle malane inneheld overskrifter med ferdig tekstmateriale som kan brukast i utforminga av vedtaket.

Det er lagt opp til at blant anna følgande blir beskrive i vedtaka:

- Kva vedtaket inneber
- Lovheimel
- Samtale med søker/andre instansar
- IPLOS-kartleggeringar
- Samtykkekompetanse

- Bakgrunn for saka, vurdering og innstilling
- Tidspunkt for iverksetting av vedtak og meir konkret kva vedtaket går ut på.
- Lovparagraf, med forklarande tekst

I alle dei sakene vi undersøkte var vedtaksmalane brukt for å gi søkjarane melding om vedtak.

8.2.2. Innhald i underretning om vedtak

I dei 23 sakene der vi såg på underretning om vedtak fann vi følgjande:

- Med unnatak av eitt tilfelle, der det blei gitt avslag på søknaden, er det gjort greie for innhaldet/omfanget av tenesta og tidspunkt for oppstart. I dei tilfella der det var tidsavgrensa teneste var tidsrommet angitt.
- Dei vedtaka vi har undersøkt gir ei beskriving av fakta i saka som underbygger konklusjonen i vedtaket.
- I vedtaka blir det vist til heimel både etter pasient- og brukarrettslova og etter helse og omsorgstenestelova. I vedtak som omhandlar langtidsplass i institusjon er det vist til at saka oppfyller vilkåra gitt i Tokke kommune sin lokale *Forskrift om tildeling av langtidsopphald i sjukeheim.*
- Vi såg at alle vedtaka gir ei grunngiving for kvifor eller korleis søkjar oppfyller vilkåra for tenesta. I det tilfelle der det blei gitt avslag på søknaden, var det også grunngitt.

8.2.3. Informasjon om rett til å klage

Ein gjennomgang av vedtaksmalane viser at alle hadde informasjon om klagerett. I 13 av dei 15 malane var det slik tekst:

> *Dette er eit enkeltvedtak som kan påklagast til Statsforvalteren i Vestfold og Telemark etter pasient og brukerrettighetsloven § 7-2. Ei klage skal vera skriftleg, jfr pbrl § 7-3.*
>
> *Ei eventuell klage sender du til Helse- og Omsorgsetaten i Tokke kommune som tek saka til vurdering i fyrste instans. Om du ikkje får medhald i klaga di, vil klaga bli sendt til Statsforvalteren i Vestfold og Telemark for endeleg vurdering og avgjerd. For nærmare opplysningar, eller dersom du har trong for hjelp til å setja fram ei klage, kan du kontakte din sakshandsamar.*
>
> *Klagefristen er 4 veker, rekna frå den dagen du mottok dette brevet, jf. pbrl §7-5*

Dei to siste malane hadde også same informasjon om klagerett, men med ein litt anna ordlyd enn i dei andre.

Vedtaksmalane har også ein tekst om retten til innsyn i saksdokumenta som ligg til grunn for vedtaket, og at søkjaren kan kontakte tildelingskontoret dersom ein ønskjer innsyn.

Kommunen har utarbeidd mal for oversending av klage til Statsforvaltaren i Vestfold og Telemark. Ifølgje malen skal det sendast kopi til klagar.

I stikkprøvekontrollen såg vi at tekst om høve til å klage på vedtaket var med i alle vedtaksbreva vi undersøkte.

8.3. Revisors vurdering av vedtak og underretning om vedtak

Etter vår vurdering har kommunen rutinar og malar som er eigna til å vareta krava til underretning om, og utforming av vedtak.

I stikkprøvekontroll finner vi at kommunen følgjer rutinar som føresett og nyttar malane som er laga. Vedtaksbreva inneheld informasjon om kva vedtaket går ut på, omfang, oppstart, fakta og grunngiving. Det blir også gitt informasjon om klagerettar. Vi meiner er grunnlag for å si at kommunen i underretning om vedtak følgjer dei krav som er i forvaltningslova og helse- og omsorgstenestelova.

9. Konklusjonar og tilrådingar

9.1. Konklusjonar

I kva grad følgjer Tokke kommune gjeldande regler ved tildeling av helse- og omsorgstenester

Vi har sett nærare på om kommunen har etablert internkontroll for arbeidet med tildeling av helse- og omsorgstenester, og om sentrale forvaltningsrettslege krav til saksbehandlinga blir vareteke. Vi meiner at kommunen i hovudsak følgjer gjeldande regler ved tildeling av tenestene.

Internkontroll
Kommunalsjefen for planområdet helse og omsorg har ansvaret for tildelingskontoret. Kommunen har tilfredsstillande rutinar for oppgåver og arbeid som skjer på og i tilknyting til tildelingskontoret. Det ligg føre oversikt over alle tenester som blir gitt, skildring av søknadsprosessen, rutine for kva for oppgåver som ligg til tildelingskontoret og tiltaksteamet og rettleiar for saksbehandling av søknadar om helse- og omsorgstenester.

Kommunalsjefen for helse- og omsorg er ikkje er delegert mynde etter forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene. Forskrifta er sentral i høve til arbeid innan sektoren.

Praksis med at saksbehandlarane på tildelingskontoret gjer vedtak er ikkje i samsvar med fullmakt som er gitt.

Kommunen har ikkje gjort systematisk forbetringsarbeid slik det er krav om i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring. Verksemder skal ifølgje forskrifta årleg gjennomføra ein samla, systematisk gjennomgang av styringssystemet, basert på mellom anna statistikk og annan tilgjengeleg informasjon, for å sikra kontinuerleg forbetring.

Utgreiing
Kommunen har rutinar og tiltak som er med på å sikre at behov for helse- og omsorgstenester blir utgreidd. Utarbeidde styringsdokument som tenestebeskrivingar, rutinar, malar, og kartleggingsskjema er godt kjende blant tilsette, og verktøya blir opplevde som velfungerande.

Kommunen har sjølv peika på at heimebesøk, som etter rutinane bør gjennomførast ved nye søknadar, ikkje alltid har vore gjennomførd det på grunn av låg bemanning.

Kommunen følgjer ikkje opp IPLOS-registreringa som føresett.

Informasjon, brukarmedverknad og samtykkekompetanse
Kommunen har tiltak som skal sikre at brukarar/pasientar og pårørande får nødvendig informasjon om tenestetilbodet, kva rettar som ligg føre og korleis ein kan søkje om tenester. Sidan informasjonen berre blir gitt på norsk meiner vi er det risiko for at personar som ikkje beherskar norsk ikkje får nødvendig informasjon om tenester og søknadsprosedyrar.

Tildelingskontoret har rutinar og tiltak som skal sikre at pasientar får medverka ved utforming av eige tenestetilbod. Det er lagt opp til at ønskjer og behov skal kome fram i søknaden, og det er tema i samband med kartlegging/kartleggingssamtalar.

Kommunen har rutinar som skal sikre at søkjarars samtykkekompetanse blir vurdert.

Habilitet
Vi meiner kommunen har tiltak for å sikre habilitet i saksbehandlinga. Kommunen har etiske retningsliner og overordna rutinar for korleis inhabilitet skal handterast i saksbehandlinga. Både leiing og saksbehandlarane svarer at dei er kjende med desse reglane og er bevisste problemstillingar knytt til habilitet.

Likebehandling
Kommunen har etter vår vurdering sett i verk fleire eigna tiltak som bidrar til å hindra usakleg forskjellsbehandling.

Saksbehandlingstid
Kommunen har tiltak for å sikra at krava til saksbehandlingstid og førebels svar blir følgde. Det er etablert rutinar og malar på området, og det synest å vera god kunnskap om reglane for saksbehandlingstid hjå tilsette på tildelingskontoret.

Med bakgrunn i dei sakene vi undersøkte, og informasjon frå dei tilsette, meiner vi det er grunnlag for å si at kommunen gir svar på søknadar innan ein månad, eller sender førebels svar der fristen ikkje kan bli halden.

Vedtak om helsehjelp
Kommunen rutinar og malar som er eigna til å vareta krava til underretning om, og utforming av vedtak.

Vår undersøking gir grunnlag for å si at kommunen følgjer dei krav som er i forvaltningslova og helse- og omsorgstenestelova ved underretning om vedtak. Vedtaksbrev inneheld informasjon om kva vedtaket går ut på, omfang, oppstart, fakta og grunngiving. Det blir også gitt informasjon om klagerettar.

9.2. Tilrådingar

Vi rår kommunen til å:

- sørge for at delegering av mynde er i tråd med praksis
- sørge for systematisk forbetringsarbeid av verksemda
- sørge for at IPLOS-registreringar er oppdaterte

Litteratur og kjeldereferansar

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

Offentlege dokument

Prop 46 L (2017-2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Elektroniske kjelder

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 henta 12. juni 2026 Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.pdf (helsedirektoratet.no)

Helsedirektoratet, «Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer», rundskriv, oppdatert 08.08.2022, internettartikkel henta 12. juni 2026 Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer - Helsedirektoratet

Helsedirektoratet, «Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift», oppdatert 29.10.2018, internettartikkel henta 12. juni 2026 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 henta 12. juni 2026 veilder-internkontroll_desember-20212.pdf (regjeringen.no)

Kommunesektorens organisasjon (KS), «Orden i eget hus – Kommunedirektørens internkontroll», Praktisk veileder, versjon 3, april 2020, internettartikkel henta 12. juni 2026 Kommunedirektorens-internkontroll-veileder-F41-web.pdf (ks.no)

Vedlegg

Vedlegg 1: Kommunedirektøren si fråsegn

Vedlegg 2: Metode

Tokke

VESTFOLD OG TELEMARK REVISJON IKS
Postboks 311
3701 SKIEN

Offl. § 5 1. ledd

Dykkar ref.	Vår ref.	Sakshandsamar	Dato
	2026/1134-1	Åge Verpe, tlf. 41542036	11.09.2026

Forvaltningsrevisjon tildeling av helse og omsorgstenester - uttale frå kommunedirektør

Kommunedirektøren har ein kommentar til avsnittet om kartlegging på heimebesøk på side 19. Tildelingskontoret prioriterar heimebesøk til innbyggjarar som søkjer om heimehjelp og omsorgsbustad. No når kommunen har fått på plass demenskoordinator som også arbeider på tildelingskontoret vil det i større grad bli prioritert heimebesøk til demensoppfylging. Sjukepleiarteamet tar ofte kartleggingsbesøk på pasientar som blir utskrivne frå sjukehus, både fordi dei ofte har kjennskap til pasientane frå før og fordi pasientane ofte kjem heim på ettermiddag/kveld. I tillegg kjem det også stort sett mykje informasjon frå sjukehus, både om pasientens ynskje for oppfølging frå kommunen og kva slags behov for hjelp sjukehuset vurderer at pasienten har.

I det administrative delegasjonsreglementet for Tokke kommune er kommunalsjef helse delegert mynde for saker som fell inn under helse- og omsorgstenestelova. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten for tjenesteyting er mellom anna heimla i helse- og omsorgstenestelova. Men sidan kvalitetforskrifta og er heimla i anna lovverk er kommunedirektøren samd i at denne forskrifta bør delegerast særskilt, ikkje minst for å tydeleggjere ansvar for kvalitetsarbeidet innom sektoren.

Kommunedirektøren har elles ingen særskilde merknader til utkastet til rapporten.

Med helsing

Åge Verpe
Kommunedirektør

Dette dokumentet er godkjent elektronisk og har difor ikkje underskrift.

Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen starta med oppstartsbrev 13. april 2026. Vi hadde oppstartsmøte 29. mai med kommunedirektør og 4. juni med kommunalsjef for helse og omsorg og saksbehandlarar på tildelingskontoret. I møtet presenterte vi prosjektplanen med problemstillingar, kjelder for revisjonskriterium og plan for gjennomføringa.

Forvaltningsrevisjonar skal gjennomførast på ein måte som sikrar at informasjonen i rapporten er relevant og påliteleg. Data er relevante (gyldige/valide) dersom dei skildrar dei forholda som problemstillingane handlar om. Om data er pålitelege (reliabilitet) handlar om at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mogleg og at det ikkje har skjedd systematiske feil undervegs.

Nedanfor gjer vi greie for datagrunnlaget vårt og kva metodar vi har brukt for å svare på problemstillingane. Vi vil også beskrive kva tiltak som er brukt for å sikre at vi har relevante og pålitelege data.

Innsamling av relevante og pålitelege data

Datainnsamling og rapportskriving har gått føre seg i perioden mai - september 2026.

For å undersøkje saksbehandlinga ved tildelingskontoret har vi gått gjennom kommunen sine rutinar, tenestebeskrivingar, malar, skjema og andre dokument som er styrande eller retningsgivande for saksbehandlinga. Svakheiter ved slike skriftlege kjelder kan vere at dei ikkje beskriver dei faktiske forholda, til dømes at praksisen ikkje samsvarar med rutinar og reglement. Dei kan også vere mangelfulle/ufullstendig og/eller dei kan innehalde utdatert dokumentasjon. Vi meiner metodetriangulering, ved bruk av intervju og stikkprøver/mappegjennomgang er med på å veie opp for denne svakheita.

Vi har intervjua dei tilsette på tildelingskontoret. Vi har også intervjua kommunalsjef for planområdet Helse- og omsorg. All informasjonen som blir brukt frå intervjua er verifisert av intervjuobjektet. Ein generell risiko ved intervju er at dei som er intervjua ikkje gir frie/fullstendige svar på spørsmåla og /eller skjønnmalar tilstanden. Bruk av andre metodar som innhenting av skriftlege kjelder og stikkprøver reduserer denne risikoen.

For å undersøkje kvaliteten på saksbehandlinga har vi gjennomført ein stikkprøvekontroll av vedtak. Vi har hatt tilgang til PROFIL, pasientjournalen til kommunen. I PROFIL har vi undersøkt søknad/innsøking, saksutgreiing og vedtak i 23 saker. Alle sakene er perioden 2024 - 2026. Vi har gjort eit tilfeldig utplukk innanfor ulike kategoriar av helsehjelp; mellom anna langtidsplass i institusjon, korttidsopphald, heimesjukepleie, tryggleiksalarm og omsorgsbustad. Med eit forholdsvis lite utval må ein vere tilbakehalden med å trekke bastante konklusjonar/generalisere, men vi meiner det er med å underbygge data innhenta på andre måtar.

Vi meiner at datainnsamlinga samla sett er tilstrekkeleg for å gi svar på i kva grad kommunen følgjer gjeldande reglar for saksbehandling ved behandling av søknader om helse- og omsorgstenester.

Vi har sjekka ut med administrasjonen at fakta i rapporten er korrekt framstilte. Rapporten er sendt kommunedirektøren til uttale, jf. forskrift om kontrollutval og revisjon § 14. Uttalen ligg i vedlegg 1.

Personopplysningar

Vårt rettslege grunnlag for å behandle personopplysningar er GDPR art 6.1.c) Nødvendig for å oppfylle ei rettsleg forplikting som kviler på revisjonsføretaket, jf. kommunelova §§ 24-2 (4).

Vi behandlar personopplysningar slik det er sagt i vår personvernerklæring. Personvernerklæringa er tilgjengeleg på vår nettside vtrevisjon.no.

I denne forvaltningsrevisjonen har vi behandla personopplysningar som namn og e-postadresse til tilsette i kommunen. Vi har også hatt tilgang til pasientjournalar som inneheld pasientdata. Pasientdataa inneheld sensitive personopplysningar/særlege kategoriar personopplysningar. Fokuset vårt har vore kommunen sin saksbehandling av vedtak om helse- og omsorgstenester, og vi har ikkje teke sensitiv informasjon eller andre personopplysningar ut frå pasientjournalen. Sensitiv informasjon er derfor ikkje arkivert i arbeidsnotata våre eller i sluttrapporten

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomførast, dokumenterast, kvalitetssikrast og rapporterast i samsvar med kommunelova og god kommunal revisjonsskikk.[18]

Kvalitetssikringa skal sikre at undersøkinga og rapporten har nødvendig fagleg og metodisk kvalitet. Vidare skal det sikrast at det er konsistens mellom bestilling, problemstillingar, revisjonskriterium, data, vurderingar og konklusjonar.

Vestfold og Telemark revisjon IKS har eit system for kvalitetsstyring som er i samsvar med internasjonale standardar for kvalitetsstyring og -kontroll.[19] Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikra i samsvar med vårt kvalitetsstyringssystem og i samsvar med krava i RSK 001.

[18] God kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll kjem til uttrykk først og fremst i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon og RSK 002 Standard for eigarskapskontroll. Gjeldande standardar er fastsett av Norges Kommunerevisorforbund sitt styre hausten 2020. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipp og standardar, fastsett av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

[19] ISQM 1 og 2 er internasjonale standardar for kvalitetsstyring og oppdragskontroll for revisjonsforetak som utfører revisjon eller forenkla revisorkontroll av rekneskap, eller andre attestasjonsoppdrag eller liknande tenester.

Vestfold og Telemark revisjon

På vakt for fellesskapets verdier

Rapporten er laga 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

26: 4034 402