



VEFIK

Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS
Oarje-Finnmárkku suohkanrevisuodna SGO



www.vefik.no

PROSJEKTPLAN FORVALTNINGSREVISJON 2017 - 2020

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

LOPPA KOMMUNE

1. FAGLIG INNHOLD

1.1 Prosjektets bakgrunn og formål

1.1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet er *Plan for forvaltningsrevisjon 2017-2020*, vedtatt av kommunestyret i Loppa kommune 15.12.16 (sak 89/16). Det framgår av planen at det skal utføres en forvaltningsrevisjon av kvaliteten i pleie og omsorgstjenesten i kommunen.

I kommunens plan for forvaltningsrevisjon sies det følgende om dette fokusområdet:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon, herunder sykehjem.

Helse- og omsorgstjenester som tilbys skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- *den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,*
- *den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud*
- *helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og*
- *tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.*

Kommunens ansvar innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. For å bidra til dette skal kommunen ha en internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Det vil si systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Forvaltningsloven gjelder for kommunenes helse- og omsorgstjenester med de særlige bestemmelser som følger av helse- og omsorgstjenesteloven og av pasient- og brukerrettighetsloven.

Ved sykehjemmet i Loppa kommune er det tilbud om langtidsopphold eller korttidsopphold. Ifølge Loppa kommunes årsmelding for 2015 har alle søkere som har et kvalifisert behov for helsetjenester fått et tilbud. Det framgår videre at det ikke er noen på venteliste. Høsten 2015 ble kommunens hjemmesykepleie og praktisk bistand slått sammen til en enhet kalt hjemmebasert omsorg, med økt fokus på hverdagsrehabilitering og mestring hos den enkelte brukeren.

I Loppa kommunes årsmelding for 2015 framgår det at «rekruttering av personell til kompetansearbeidsplasser som leger, sykepleiere, miljøterapeuter og ledere er en økende utfordring som det jobbes kontinuerlig med både internt i kommunen og eksternt i samarbeid med KS og Helsedirektoratet».

I utkast til kommuneplanens samfunnsdel sies det følgende om tilstanden innenfor pleie og omsorg i Loppa kommune:

«Helse-, pleie- og omsorgssektoren har hatt høy kvalitet over tid og befolkningen er meget tilfreds med dagens tilbud. Desentraliserte tilbud gir god dekning over hele kommunen og befolkningen kan motta mange tjenester nært hjemstedet. Også her er enhetskostnadene høye og spesielt de eldre frykter reduksjon i kvaliteten på disse tjenestene.»

Området er svært vesentlig sett fra et brukerperspektiv. Området er også vesentlig sett fra et omdømmeperspektiv. Det er ikke utført forvaltningsrevisjon på området tidligere. Det utføres statlig tilsyn på området. Det er ikke gjennomført statlig tilsyn de tre siste årene eller planlagt slikt tilsyn (per juni 2016).

1.1.2 Formål

Formålet med undersøkelsen vil være å kartlegge hvorvidt pleie- og omsorgstjenesten i Loppa kommune er i tråd med kravet til forsvarlighet i helse- og omsorgstjenesteloven, herunder om kommunen overholder bestemmelsene om kvalitetssikring i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Avslutningsvis vil vi også undersøke hvorvidt tildelingen av pleie- og omsorgstjenester er i tråd med regelverket.

På bakgrunn av dette vil kommunen få belyst ulike sider ved egen praksis og bli presentert for områder hvor det eventuelt er muligheter for forbedringer.

1.2 Problemstillinger

Undersøkelsen vil bli gjennomført med utgangspunkt i to hovedproblemstillinger, vedtatt av kontrollutvalget i Loppa kommune den 27. mai 2017 (sak 3/17). Vedtaket gir revisjonen fullmakt til å utarbeide tilleggsproblemstillinger og dette er gjort for én av problemstillingene. Problemstillingene vil være som følger:

1. Har Loppa kommune etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i tråd med gjeldende lov og forskrift?

- *Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?*
- *Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene?*
- *Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud?*

Her vil vi belyse hvorvidt kommunen har etablert et system for å sikre at krav i lov og forskrift blir fulgt. I dette ligger det å undersøke hvorvidt kommunen har systemer for internkontroll, for å sikre tilstrekkelig kompetanse og ferdighet blant ansatte, samt sikre forsvarlig utøvelse av pleie- og omsorgstjenestene.

2. Er Loppa kommunes tildeling av pleie- og omsorgstjenester i tråd med regelverket?

Her vil vi kartlegge saksgangen ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester og undersøke hvorvidt kommunen overholder grunnleggende lovkrav i saksbehandlingen.

1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er samlebetegnelsen på de krav og forventninger som brukes i den enkelte forvaltningsrevisjon for å vurdere den reviderte virksomhet. Kriteriene holdes opp mot faktagrunnlaget, og danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

1.3.1 Kilder til kriterier

Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er utledet fra følgende kilder:

- *Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*
- *Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*

- *Forskrift 12. november 2011 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*
- *Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften)*
- *Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

- *Prop.91 L (2010-2011) til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- *St. meld. nr. 25 (2005-2006) om mestring, muligheter og mening*
- *St. meld. nr. 45 (2002-2003) om bedre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene*
- *St. meld. nr. 28 (1999-2000) om innhald og kvalitet i omsorgstjenestene*

I denne undersøkelsen vil kvalitetsforskriften og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten være av særlig betydning.

1.3.2 Om kriteriene

Pleie- og omsorgssektoren kjennetegnes av et omfattende regelverk knyttet til hvilke tjenester kommunen skal sørge for, og hvilke rettigheter tjenestene etablerer for den enkelte tjenestemottaker. Helse- og omsorgstjenesteloven skisserer en rekke spesifiserte tjenester som utgjør en minstestandard for det tilbudet den enkelte kommune har plikt til å etablere.¹ Eksempler på slike tjenester er medisinsk behandling, helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse og pleie- og omsorgstjenester.

Videre stiller helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, krav til at de helse- og omsorgstjenester som «tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige». Dette innebærer at «kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,*
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,*
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og*

¹ Se helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene».

I følge forarbeidene er kravet om forsvarlighet en rettslig standard. Dette innebærer at det nærmere innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Det følger av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.²

For de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er de overordnede mål å sørge for at alle med behov for slike tjenester får et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tilbud som ivaretar hensynet til endringer i befolkningens behov, og som også sikrer kvalitet i tjenestene for alle brukergrupper.

Kvalitet i pleie og omsorg

Kvalitet blir definert som helheten av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dens evne til å tilfredsstillende krav eller behov.³ Helsedirektoratet har utviklet kvalitetsindikatorer for å måle kvaliteten på pleie- og omsorgstjenester som ytes i norske kommuner. Disse er:⁴

- Legetimer i sykehjem
- Sykefravær i kommunal helse- og omsorgstjenesten
 - andel egenmeldt sykefravær
 - andel legemeldt sykefravær
 - andel samlet sykefravær
- Fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten
 - andel personell med fagutdanning samlet sett
 - andel personell med fagutdanning fra høgskole/universitet
 - andel personell med fagutdanning fra videregående skole
- Enerom med bad/wc

Kvalitetsindikatorene er indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Nordisk ministerråd har videre utarbeidet en rapport som fastslår at de nordiske landene har store muligheter til å måle og overvåke kvaliteten på mange av helsetjenestens ytelser, eksempelvis ved hjelp av benchmarking (sammenligning).⁵

Av kvalitetsforskriften § 3 framgår det at kommunen skal sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet

² Prop.91 L (2010-2011) s. 494, fjerde avsnitt.

³ IS-1201. Definisjonen ble introdusert i Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgssektoren – Kvalitetsledelse og kvalitetssikring, terminologi (1994) Norsk standard.

⁴ Se <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/pleie-og-omsorg/Sider/default.aspx>

Se også <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg>

⁵ Nordisk kvalitetsmåling av sundhedsvæsenet

(<http://www.norden.org/da/publikationer/publikationer/2010-572>)

- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

Internkontroll og kvalitetssystem

Det kontinuerlige arbeidet med å bedre kvaliteten på tjenestene som ytes, går primært ut på både å etablere, men også å videreføre, en organisasjonskultur og et system som legger til rette for stadig forbedring av kommuneorganisasjonen.

Formålet med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) er å bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.⁶ I henhold til kvalitetsforskriften § 3 foreligger det krav om å utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som beskriver hvordan tjenesteyter tilstreber at den enkelte bruker får dekt sine grunnleggende behov på en tilfredsstillende måte. Likeså plikter kommunen å skriftliggjøre hvordan den sikrer brukere av pleie- og omsorgstjenestene hjelp til rett tid, helhetlige tjenester, samt medbestemmelse.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 første ledd, inneholder en plikt for enhver som yter helse- og omsorgstjenester til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Pliktsubjektet «*enhver*» tilsvarende pliktsubjektet i tilsynsloven § 3. Den som har ansvar for en virksomhet, har også ansvar for internkontroll. Plikten til å drive systematisk kvalitetsforbedringsarbeid er et prosesskrav, og ikke et krav til et bestemt nivå av kvalitet. Det setter først og fremst et krav til systematisk styring og ledelse av den aktuelle tjenesten og tydeliggjør at dette er en viktig virksomhetsoppgave. Kvalitetsforbedring- og pasient- og brukersikkerhetsarbeid skal være en del av virksomhetens internkontroll. Kvalitetsbegrepet skal forstås i lys av Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten: *Og bedre skal det bli!* (2005-2015), Nasjonal helse- og omsorgsplan⁷ og arbeidet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer i regi av Helsedirektoratet.⁸

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd framgår det at kommunens ansvar for å sørge for at det tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester etter første ledd, «*innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.*»

⁶ Se kvalitetsforskriften § 1.

⁷ Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

⁸ Prop.91 L (2010-2011) s. 494-495

I henhold til Helsetilsynsloven § 3 skal kommunen etablere et internkontrollsystem og sørge for at virksomhet og tjenester både planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Kravene til styringssystemet er konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og til at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleveres. Forskriften erstatter tidligere forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Selv om de fleste av kravene i internkontrollforskriften videreføres, framgår det tydeligere i den nye forskriften at internkontroll skal være en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem. Ansvaret for og kravene til styringssystemet blir også tydeliggjort og utdypet i Helsedirektoratets veileder til forskriften. Forskriften slår fast at det er virksomhetens overordnede ledelse som har ansvaret for styringssystemet. I dette ligger det at kommunens øverste leder, administrasjonssjefen, har ansvaret for hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i lov og forskrift.⁹ Selv om ansvaret ligger hos administrasjonssjefen, kan oppgavene i styringssystemet være delegert. Hvem som skal gjøre hva i styringen av virksomheten vil derfor variere etter hvilke områder virksomheten har ansvar for, hvordan virksomheten er organisert og hvordan oppgaver er delegert.

Mens kvalitetsforskriften i stor grad fokuserer på *brukerne* av pleie- og omsorgstjenestene, har forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fokus på *systemene* innad i virksomheten. Det er likevel verd å påpeke at forskriftene er å betrakte som komplementære ved at de både utfyller og supplerer hverandre. Forskriftene bør sees i sammenheng.

Faglig kvalitet og kompetanse

Årsverksinnsatsen i både institusjoner og hjemmetjenester har økt betydelig de siste årene. Det utføres nå i overkant av 140 000 årsverk i de kommunale omsorgstjenestene. Målt i antall årsverk er den kommunale omsorgssektoren i dag større enn sykehussektoren.¹⁰

For at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige, skal kommunen tilrettelegge tjenestene slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, bokstavene c og d. Dette innebærer at kommunen plikter å sørge for at ansatte innehar tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor fagfeltet, samt at kunnskapen og erfaringen som de ansatte besitter skal utveksles slik at den kan benyttes på mest hensiktsmessig måte, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 4 bokstavene c og d.

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en kompetanse- og rekrutteringsplan, Kompetanseløft, med bakgrunn i de kommunale helse- og omsorgstjenestenes personellutfordringer. Planen inneholder tiltak knyttet til videre- og etterutdanning for personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Den store avgangen fra sektoren, gjennom både sykefravær og uføretrygdede, bidrar til å redusere den positive effekten som kvalifiseringstiltakene har på tilgangen av faglært arbeidskraft. Videre- og etterutdanning er et godt tiltak for å øke rekrutteringen og holde på arbeidskraften.¹¹

⁹ Helsedirektoratet (2017) Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, kommentarer til § 3.

¹⁰ http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/omsorgstjenesten.html?id=426407

¹¹ NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 heter det at kommunen skal sørge for at ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven får påkrevd videre- og etterutdanning. I henhold til bestemmelsen plikter personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 bokstav b understreker at arbeidstakere innenfor helse- og omsorgstjenestene skal ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innen sine fagfelt. Dette er i tråd med helsepersonelloven § 4, der det framkommer at «*helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*». Det stilles også krav til bemanning, jf. forskrift for sykehjem og boform for heldøgns pleie § 3-2. Ved sykehjem er det krav om en administrativ leder, sykepleier, lege samt det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand.

Tjenesteutøvelse

Pleie- og omsorgstjenester handler om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene blir knyttet til grunnleggende behov, opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utøves slik at mottakerne opplever at de blir respektert, opplever egenverd og blir verdsatt, i tråd med intensjonene i kvalitetsforskriften.

Samfunnet, teknologien, kompetansen og kunnskapen er i stadig endring og utvikling. Dette stiller krav til at også tjenester som tilbys stadig blir gjenstand for forbedring og utvikling. Også forventningene til tjenestene og kravene til medvirkning endrer seg. I lovverk som omfatter brukere av helse-, sosial- og omsorgstjenester, legges det stor vekt på det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett.¹² Brukere av pleie- og omsorgstjenestene, samt eventuelt pårørende/hjelpeverge, skal medvirke i utformingen eller endringen av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker skal også gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene, samt til en viss grad valgfrihet i forhold til mat.¹³ Tjenesteyter skal også unngå unødig sengeopphold for sine brukere.¹⁴

I helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 framkommer det at kommunen skal utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (etter loven). Ifølge forarbeidene innebærer pliktbestemmelsen at kommunen på eget initiativ må vurdere om en person bør få tilbud om individuell plan. Det skal ikke utarbeides individuell plan mot pasientens eller brukerens vilje. Således gjelder fortsatt prinsippet om samtykke fra pasient eller bruker.¹⁵ Individuell plan er «tjenestemottakerens plan». Dette innebærer at det er tjenestemottakerens mål som skal være utgangspunktet for prosessen. Mottakeren av tjenesten har rett til, og oppfordres til, å delta aktivt i å beskrive sine behov for tjenester, samt hvilke ønsker og mål som er viktige i hverdagen så vel som i framtiden.¹⁶ Bruken av individuell plan er nærmere regulert i forskrifter.¹⁷

¹² Pasientrettighetsloven § 3-1, forskrift for sykehjem § 4-1 til § 4-11 og kvalitetsforskriften § 3. Sterkere brukermedvirkning er også nevnt som en av målsetningene med samhandlingsreformen., jf. St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*.

¹³ Forskrift om en verdig eldreomsorg § 3b

¹⁴ Kvalitetsforskriften § 3

¹⁵ Prop.91 L (2010-2011) s. 499.

¹⁶ St. meld. nr. 45 (2002-2003): *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene*, kvalitetsforskriften § 3, pasientrettighetsloven § 2-5

¹⁷ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (trådte i kraft fra 1. januar 2012), forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen (trådte i kraft

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 skal helse- og omsorgstjenesten arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, *eldre og funksjonshemmede* og andre som har behov for det. I dette ligger det at kommunen er pålagt aktiv deltakelse i arbeidet med å iverksette tiltak.¹⁸ I henhold til kvalitetsforskriften § 3 andre ledd skal tiltakene og tilbudet tilfredsstillende sosiale behov slik som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. Brukere av pleie- og omsorgstjenestene skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet. Dette innebærer blant annet at kommunen skal sørge for at den enkelte bruker blir tilbudt de tjenestene vedkommende har behov for.¹⁹

Krav til saksbehandlingen

Forvaltningsloven regulerer saksbehandlingen i forvaltningssaker, og inneholder viktige rettssikkerhetsgarantier for den enkelte i møte med den offentlige forvaltning. I helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 er det slått fast at forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særlige bestemmelsene som følger av loven her og av pasientrettighetsloven. I pasientrettighetsloven § 2-7 heter det at forvaltningsloven kapittel IV (omhandler saksforberedelse ved enkeltvedtak) og V (omhandler vedtaket) ikke gjelder for vedtak som treffes etter dette kapitlet. Videre framgår det at *«for vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven (..) som forventes å vare lenger enn to uker gjelder likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V med de særlige bestemmelsene som følger av loven her»*.

Om saksbehandlingstid og foreløpig svar

I forvaltningsloven § 11a første ledd kreves det at forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken *”uten ugrunnet opphold”*. Dette kravet er skjønnsmessig og kan variere fra sak til sak. Det hele vil blant annet bero på sakens art, omfang og tilgjengelige ressurser. Det foreligger derfor ikke noen absolutte tidsfrister for når en sak skal være ferdig behandlet. For saker som faller inn under bestemmelsene om enkeltvedtak er hovedregelen likevel slik at det *”skal gis foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares innen 1 måned etter at den er mottatt”*. Dette trenger likevel ikke gjøres dersom det er *”åpenbart unødvendig”*. Det heter videre at det foreløpige svaret skal sendes *”snaest mulig”* og *”redegjøre for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere”*. I en veileder fra Helse- og sosialdirektoratet anbefales det at det bør sendes foreløpig svar til partene dersom det viser seg at det vil ta mer enn 14 dager å behandle saken. Denne anbefalingen setter altså kortere tidsfrist for foreløpig svar enn forvaltningsloven § 11a.

Om enkeltvedtakets form og innhold

I forvaltningsloven § 23 første ledd heter det at *”enkeltvedtaket skal være skriftlig”*. I lovforarbeidene sies det at kravet til skriftlighet blant annet vil være oppfylt dersom *”vedtaket kommer til uttrykk i et brev til vedkommende part”*. I praksis betyr dette at kravet er oppfylt dersom vedtaket blir gjengitt i underretningen som sendes til parten.

I lovforarbeidene understreker departementet videre betydningen av at ethvert vedtak blir klart og bestemt utformet, og at de bør være så fullstendig som mulig. En direkte følge av kravet i § 23 er at selve konklusjonen (avgjørelsen) skal gis skriftlig. God forvaltningsskikk tilsier også at vedtaket gis nødvendig presisjon. I litteraturen framheves det at vedtaket bør være klart og tydelig, og at det bør inneholde opplysninger om hvem som har fattet vedtaket,

fra 19. november 2010) og forskrift om individuell plan i helselovgivning og sosialtjenesteloven (opphevet fra 1. januar 2012).

¹⁸ Helse- og omsorgsdepartementet: Rundskriv nr. I – 5/2007 *Aktiv omsorg*

¹⁹ Helse- og omsorgsdepartementet: Rundskriv nr. I – 5/2007 *Aktiv omsorg*

hvem det gjelder, når vedtaket er fattet og hva det går ut på. Det bør gis nødvendige konkretiseringer, for eksempel av kronebeløp, vilkår og/eller tiltakets art og varighet.

Av forvaltningsloven § 24 første ledd framgår det at *enkeltvedtaket skal grunngis* og at begrunnelsen som hovedregel skal gis *”samtidig med at vedtaket treffes”*. Kravet til begrunnelse gjelder både for enkeltvedtak som fattes administrativt (delegert vedtak) og for enkeltvedtak fattet i folkevalgte organer. I forvaltningsloven § 25 første ledd heter det at det i begrunnelsen *”skal vises til de regler vedtaket bygger på”*. Normalt skal begrunnelsen også gjengi innholdet i disse reglene. Begrunnelsen skal videre nevne de faktiske forhold som vedtaket bygger på (jf. § 25 andre ledd), og bør nevne de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsskjønn. Dersom det er gitt retningslinjer for skjønnsutøvingen, vil det i alminnelighet være tilstrekkelig med en henvisning til retningslinjene (jf. § 25 tredje ledd).

Om underretningen

I forvaltningsloven § 27 første ledd heter det at partene skal *”underrettes om vedtaket”*. Det heter videre at underretningen *”i regelen”* skal være *”skriftlig”*. I forvaltningsloven § 27 andre ledd heter det at begrunnelsen for vedtaket (enkeltvedtaket) bør gjengis i underretningen. Underretningen skal videre gi opplysninger om partenes klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere framgangsmåte ved klage, samt deres rett til innsyn i sakens dokumenter (jf. § 27 andre ledd). I forvaltningsloven § 27 første ledd heter det at partene skal underrettes om vedtaket *”så snart som mulig”*. Det gjelder derfor ikke noen eksakt frist for når underretningen skal ha funnet sted. Det foreligger heller ikke noen nærmere angivelse om dette i lovens forarbeider. Hva som ligger i uttrykket *”så snart som mulig”* blir derfor en skjønsmessig vurdering.

1.3.3 Utledning av kriterier

Med bakgrunn i det ovenstående vil revisjonskriteriene som legges til grunn i vår vurdering av kommunens virksomhet være følgende:

Krav til internkontroll og kvalitetssystem

- Virksomheten er pålagt å dokumentere sine rutiner. Det skal foreligge skriftlige rutiner og prosedyrer for virksomheten, samt skriftlige beskrivelser av virksomhetens hovedoppgaver og mål. Videre skal det foreligge skriftlige beskrivelser av hvordan virksomheten er organisert, herunder skal det klart framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.
- Det skal foreligge en oversikt over områder i virksomheten der det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, samt en plan med tiltak for å redusere risikoer.
- Virksomheten skal være gjenstand for kontinuerlig forbedringsarbeid.
- Virksomheten skal ha skriftlig nedfellede prosedyrer som beskriver hvordan brukere av pleie- og omsorgstjenestene sikres hjelp til rett tid, helhetlige tjenester og brukervedvirkning.

Krav til faglig kvalitet og kompetanse

- Kommunen skal sørge for at ansatte innenfor pleie- og omsorgstjenestene har nødvendig kompetanse og ferdighet.
- Kommunen skal sørge for at helsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning.
- Kommunen skal sørge for at tjenestemottaker, pårørende og arbeidstakere medvirker slik at erfaringer og kunnskap deles.

Krav til tjenesteutøvelse

- Kommunen skal ha skriftlige prosedyrer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredsstilt grunnleggende behov.
- Kommunen skal sørge for at brukere av pleie- og omsorgstjenestene blir gitt medbestemmelse og valgfrihet.
- Kommunen skal sørge for tilbud om og tilgang til aktivitet og stimulering for brukere av pleie- og omsorgstjenestene.

Krav til saksbehandlingen

- Forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Det skal gis foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares innen én måned etter at den er mottatt.
- Vedtaket skal være skriftlig. Vedtaket bør være klart og tydelig, og det bør inneholde opplysninger om hvem som har fattet vedtaket, hvem det gjelder, når vedtaket er fattet og hva det går ut på.
- Vedtaket skal begrunnes. I begrunnelsen skal det vises til de faktiske forhold og de regler som vedtaket bygger på. 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.
- Partene skal underrettes om vedtaket. I underretningen skal det gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og framgangsmåte ved klage, samt om retten til å se sakens dokumenter.

1.3.4 Oversikt over hoved- og underproblemstillinger og kilder til kriterier

I tabellen under presenteres denne undersøkelsens hoved- og underproblemstillinger, samt kilder til kriteriene som legges til grunn for å vurdere kommunens virksomhet.

Problemstillinger	Underproblemstillinger	Kilder til kriterier
<i>Har Loppa kommune etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i tråd med gjeldende lov og forskrift?</i>	<i>Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?</i>	Helse- og omsorgstjenesteloven Kvalitetsforskriften Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten St.meld.nr 25 (2005-2006) <i>Mestring, muligheter og mening</i>
	<i>Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene?</i>	Helse- og omsorgstjenesteloven Helsepersonelloven Kvalitetsforskriften Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
	<i>Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud?</i>	Pasientrettighetsloven Kvalitetsforskriften Forskrift om en verdig eldreomsorg St.meld.nr. 45 (2002-2003): <i>Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene</i> St.meld.nr. 25 (2005-2006): <i>Mestring, muligheter og mening</i>
<i>Er Loppa kommunes tildeling av pleie- og omsorgstjenester i tråd med regelverket?</i>		Forvaltningsloven

1.4 Metode

1.4.1 Datainnsamling

Metode er samlebetegnelsen på de framgangsmåtene som benyttes for å samle inn og behandle data som kan gi svar på problemstillingen i en undersøkelse. Framgangsmåten i denne undersøkelsen vil være dokumentanalyse og intervju av aktuelle personer i Loppa kommune.

Gjennomgangen av styringssystem og kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene foretas på systemnivå. Det vil si at kommunens organisering, rutiner og systemer vil bli vurdert i forhold til kravene som regelverket stiller til planlegging, gjennomføring, evaluering, korrigerende og koordinering ved sammensatte tjenester.

Undersøkelsen her vil først og fremst skje ved analyse av kommunens dokumentasjon innenfor aktuelt tema. Det vil bli gjennomført intervju med aktuelle informanter (ansatte i omsorgstjenestene) i den grad det er nødvendig for å få utfyllende informasjon og for å belyse hvordan kommunens rutiner og systemer brukes i praksis.

Fra kontrollutvalgets møte 23. mai 2017 er revisjonen forelagt et notat der nestleder i utvalget ønsker at forvaltningsrevisjonen skal skje på «et godt og representativt grunnlag» og der også brukers perspektiv legges til grunn når kvaliteten i tjenestetilbudet undersøkes. Det vil derfor gjennomføres en undersøkelse blant de som mottar pleie- og omsorgstjenester i Loppa kommune, brukere og evt. pårørende. Undersøkelsen gjennomføres ved spørreskjema til et utvalg brukere fordelt på kommunens ulike typer tilbud. Den informasjonen som fremkommer gjennom dette kan si noe om hvordan brukerne opplever kvaliteten i tilbudet som gis. Denne delen av undersøkelsen er i utgangspunktet ikke ment å gi grunnlag for generelle konklusjoner om tjenestene i Loppa kommune.

1.4.2 Avgrensning

Av både praktiske og ressursmessige grunner vil det være nødvendig å foreta en avgrensning av undersøkelsen. Undersøkelsen vil være avgrenset til kommunens nåværende praksis, og til tjenester som organisatorisk hører inn under pleie- og omsorgstjenestene. Revisjonen vil ikke undersøke samtlige av punktene som framgår av kvalitetsforskriften § 3, men gjøre et utvalg. Problemstillingen som omhandler tildeling av pleie- og omsorgstjenester vil være avgrenset til selve saksbehandlingen. Vi vil derfor ikke ta stilling til vurderingene som er lagt til grunn ved tildeling eller avslag på søknad om pleie- og omsorgstjenester.

1.4.3 Revisjonsdialog

Det er et mål at prosjektet skal ha nytteverdi, også utover selve rapporten. For å sikre at prosjektet frembringer relevant informasjon er det nødvendig med god dialog mellom revisjonen og revidert enhet. Gjennom aktiv dialog skal revisor sikre at revisjonskriteriene og avgrensninger i prosjektet er relevante og akseptable.

1.4.4 Dataenes gyldighet og pålitelighet

Med gyldige data menes at det skal være samsvar mellom formålet for undersøkelsen og de data som er samlet inn. Gyldigheten av data sikres ved at data samles inn med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette gjelder både den dokumentasjonen som innhentes, hvem som intervjues og hvilke spørsmål vi stiller. Alle innsamlede data grupperes etter revisjonskriteriene.

Med pålitelige data menes at data skal være mest mulig presise og nøyaktige. Dataenes pålitelighet sikres gjennom intern kvalitetssikring, ved verifisering av data fra intervjuer og ved at undersøkte områder søkes belyst med data fra flere kilder. Dokumentasjonen som gjennomgås er kommunens interne dokumenter og må anses å inneholde pålitelige data. Dersom det viser seg at det kan knyttes usikkerhet til data som vurderes i denne undersøkelsen vil det redegjøres for dette i rapporten.

1.4.5 Usikkerhet/risiko

Prosjektplanen bygger på kjente forutsetninger og vurderinger ved prosjektstart. Prosessen i en forvaltningsrevisjon er dynamisk og i gjennomføringen av prosjektet må tidligere valg kontinuerlig vurderes i lys av ny kunnskap som fremkommer. Planleggingen skal hensynta dette, og det må derfor tas forbehold om justeringer eller endringer i alle deler av prosjektplanen.

Revisjonens vurdering er at det ikke er særlige forhold som tilsier at prosjektet ikke kan gjennomføres i henhold til kontrollutvalgets bestilling. Med unntak av brukerundersøkelsen antas det ikke å være forhold som spesielt kan påvirke tidsbruk eller ferdigstillelse.

2. REVISORS UAVHENGIGHET

For hver forvaltningsrevisjon blir det foretatt en vurdering av prosjektdeltakernes uavhengighet. Uavhengigheten vurderes også løpende gjennom prosjektet. (RSK 001 pkt. 8)

Prosjektgruppa i dette prosjektet består av:

Prosjektleder: Kjerstin Johnsen
Prosjektmedarbeider: Ranveig Olaussen
Oppdragsansvarlig revisor: Viggo Johannessen

Prosjektdeltakerne blir vurdert i forhold til følgende:

- Om prosjektdeltakerne eller deres nærstående har en slik tilknytning til revidert eller kontrollert virksomhet, dens ansatte eller tillitsmenn, at dette kan svekke prosjektgruppas uavhengighet og objektivitet.

Som nærstående regnes

- a) ektefelle og en person som vedkommende bor sammen med i ekteskapsliknende forhold
 - b) slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje og søsken, og deres ektefeller eller personer som de bor sammen med i ekteskapsliknende forhold og
 - c) slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje og søsken til en person som nevnt under bokstav a.
- Om det foreligger særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til prosjektgruppas uavhengighet og objektivitet ved gjennomføring av oppgavene.
 - At de som deltar i prosjektgruppa ikke innehar andre stillinger hos kommunen eller i virksomhet som den kommunen deltar i ved siden av revisoroppdraget.
 - At de som deltar i prosjektgruppa ikke er medlem av styrende organer i virksomhet som kommunen deltar i.
 - At de som deltar i prosjektgruppa ikke deltar i, eller har funksjoner i annen virksomhet når dette kan føre til at vedkommendes interesser kommer i konflikt med interessene til oppdragsgivere eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til den som foretar revisjon.

Videre blir kontrollutvalgets bestilling også vurdert i forhold til prosjektgruppas og spesielt prosjektleders faglige uavhengighet (RSK 001 pkt. 11).

KONKLUSJON

Vi har foretatt en vurdering av prosjektdeltakerne i forhold til punktene over. Det er ikke funnet noe som er egnet til å svekke tilliten til prosjektdeltakernes uavhengighet og objektivitet i forhold til det arbeidet som skal gjør.

