

Rapport

HVALER KOMMUNE

16.04.2026

Forvaltningsrevisjon

Tildeling av hjemmetjenester

Innhold

1	Sammendrag	1
2	Mandat for forvaltningsrevisjonen	4
3	Fremgangsmåte	5
3.1	Problemstillinger og avgrensninger	5
3.2	Om revisjonskriterier	6
3.3	Revisjonsmetoder	7
3.4	Informasjon om organiseringen i Hvaler kommune	10
4	Økonomisk omfang av helse- og omsorgstildeling	12
4.1	Datagrunnlag	13
4.1.1	Utviklingen av hjemmetjenester og kompetanse	13
4.1.2	Driftsutgifter for helse- og omsorgstjenester	15
4.1.3	Driftsutgifter hjemmetjenester	16
4.1.4	Mottagere av hjemmetjenester	17
4.1.5	Tjenestebehov	18
4.2	Vurderinger	19
4.3	Konklusjon	21
5	Saksbehandling av søknader	22
5.1	Revisjonskriterier	22
5.2	Datagrunnlag	22
5.2.1	Brukermedvirkning ved tildeling av tjenester	22
5.2.2	Utredning av hjelpebehov og innhenting av samtykke	23
5.2.3	Foreløpig svar	24
5.2.4	Skriftlig begrunnelse og krav til innhold i enkeltvedtak	24
5.2.5	Underretning om vedtak, informasjon om innsynsrett og klageadgang	25
5.2.6	Retten til individuell plan og koordinator	26
5.2.7	Kommunens tiltak og rutiner for kontinuerlig forbedring	27
5.3	Vurderinger	29
5.4	Konklusjon og anbefalinger	34
6	Samsvar mellom vedtak og tjenester	35
6.1	Revisjonskriterier	35
6.2	Datagrunnlag	35
6.2.1	Iverksetting av vedtak	35
6.2.2	Journalføring av opplysninger og samsvar mellom vedtak og tjeneste	36
6.2.3	Dokumentasjon av brukererfaring og klager	37
6.2.4	Kommunens tiltak og rutiner for kontinuerlig forbedring	38
6.3	Vurderinger	39
6.4	Konklusjon og anbefalinger	43
7	Kilder	44
8	Vedlegg	46
8.1	Utledning av revisjonskriterier	46
8.2	Kommunedirektørens uttalelse	51

1 SAMMENDRAG

Denne forvaltningsrevisjonen er tredelt. I første problemstilling har revisjonen foretatt en KOSTRA-analyse basert på statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Vi har tatt utgangspunkt i parametere som viser deler av de økonomiske forutsetningene for hjemmetjenester i Hvaler kommune, sammenlignet med KOSTRA-gruppe 2, relevante kommuner i Østfold og landet uten Oslo. Vi har underbygget analysen med informasjon fra andre relevante kilder knyttet til utviklingen av hjemmetjenester i Hvaler kommune spesielt, og det nasjonale utviklingsbildet generelt.

Hvaler kommune er organisert med et tildelingskontor som fatter vedtak om tjenester, mens det er hjemmetjenesten som iverksetter og utfører tjenestene. I problemstilling 2 har vi undersøkt om Hvaler kommune har en forsvarlig tildeling av hjemmetjenester i tråd med lovkrav og anbefalinger for saksbehandling og vedtak. Revisjonen har deretter (i problemstilling 3) undersøkt hvorvidt det er samsvar mellom vedtak, og de tjenestene brukerne mottar i tjenesteutøvelsen.

Revisjonens fremgangsmåte

For å svare ut problemstillingene har vi gjennomgått kommunens planverk, rutiner og styringsdokumenter som omhandler organiseringen av hjemmetjenester i Hvaler kommune. Det er gjennomført 9 ansattintervjuer med både ledere og ansatte i ulike roller og oppgaver. Det er også utført 4 bruker- og pårørendeintervjuer som omhandlet deres erfaringer med å motta helsetjenester i hjemmet. Revisjonen har utover dette gjennomført en mappegjennomgang basert på en anonymisert oversendelse av de siste 16 aktive saksmapper. Saksmappene inneholdt 20 vedtak inkludert relevante journalnotater, epikriser og aktuelle tiltaksplaner. I tillegg har vi hentet data fra Statistisk sentralbyrå (SSB), Kommunebarometeret, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI), som grunnlag for analysen av tjenestetildelingen i Hvaler kommune. For mer informasjon om våre metoder, henviser vi til kapittel 3.3.

Revisjonens funn og konklusjoner

I KOSTRA inkluderer driftsutgifter til hjemmetjenester sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helse- og rusarbeid, praktisk bistand og opplæring, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), avlastning utenfor institusjon, omsorgsstønad, og hjemmetjenester fra en personellbase som er opprettet for én enkelt bruker (som er 18 år eller eldre). Begrepet omsorgstjenester dekker opplysninger om brukere av ulike tjenester, kapasitet og ressursinnsats, personell og regnskapstall.

Knyttet til vår undersøkelse av problemstilling 1 finner vi at Hvaler kommune har en større andel netto driftsutgifter til omsorgstjenester og hjemmetjenester enn i sammenlignbare kommuner. Kommunen har hatt en økning i antall mottagere av hjemmetjenester i likhet med sammenligningskommunene i tallanalysen, og det nasjonale utviklingsbildet slik det er presentert av SSB. Tilsvarende viser både SSB og Hvaler kommune til at en høyere terskel for å få sykehjemsplass, medfører at eldre personer i større grad blir henvist til hjemmetjenesten framfor sykehjem. Revisjonen finner at Hvaler kommune likevel ikke har flere tjenestemottagere enn i sammenlignbare kommuner per 2024. Aldersfordelingen i mottagergruppene av hjemmetjenester er også i hovedsak tilsvarende i Hvaler kommune som i sammenligningskommunene. Revisjonen vurderer ut fra dette at antallet og alderssammensetningen av mottagere av hjemmetjenester i Hvaler kommune, ikke alene kan forklare høyere netto driftsutgifter til hjemmetjenester i kommunen.

Når det gjelder andelen tjenestemottagere med høy timeinnsats, viser derimot nøkkeltallene fra SSB at Hvaler kommune har den høyeste prosentandelen sammenlignet med samtlige av sammenligningskommunene. Ressursbruk henger her naturlig sammen med brukernes bistandsbehov. Revisjonen vurderer at den høye timeinnsatsen kan ha en betydning for høyere netto driftsutgifter til hjemmetjenester i kommunen, her i kombinasjon med den generelle økningen av tjenestemottagere. Revisjonen vektlegger at i små kommuner som Hvaler, vil enkeltbrukeres høye tjenestebehov kunne gi relativt store utslag i statistikken ettersom hver tjenestemottaker utgjør en større andel av totalen. Tallene differensierer videre ikke etter organiseringen i kommunene. Det vil med dette være flere og sammensatte forhold som kan påvirke et driftsresultat, og statistikk må derfor alltid ses i sammenheng med andre faktorer. Rapporten gir på denne måten kun et overordnet statistisk bilde basert på relevante nøkkeltall.

Knyttet til vår undersøkelse av problemstilling 2 finner vi at Hvaler kommune i stor grad har rutiner og praksis som sørger for at saker om tildeling av helse- og omsorgstjenester kartlegges, utredes og vurderes i samsvar med lovkrav og anbefalinger på området. Revisjonens undersøkelser viser at Hvaler kommune ivaretar brukermedvirkning, og vi vurderer at kommunen foretar en tilstrekkelig og dokumentert kartlegging, samt innhenter informasjon fra andre instanser basert på et informert og journalført samtykke fra den enkelte tjenestemottager. Vedtakene er hjemlet i relevant lovverk og gir informasjon om tjenester, klageadgang og innsynsrett. Revisjonen finner også at kommunen ivaretar det strategiske arbeidet med individuell plan og koordinator i samsvar med lovens bestemmelser, samt at kommunen har rutiner for kvalitetsforbedring og kompetanseutvikling knyttet til tildelingen av hjemmetjenester.

Samtidig identifiserer revisjonens undersøkelser at det foreligger noen utfordringer ved tildelingen av hjemmetjenester i kommunen. Det blir ikke systematisk sendt ut et foreløpig svar til tjenestemottager i alle saker der saksbehandlingstiden overskrider fire uker. Noen av vedtakene har også mangler knyttet til en konkretisering av tjenestenivået og omfanget av tjenestene, samt at vedtakene ikke inneholder informasjon om tjenestemottagers rett til bistand ved klage. Til tross for at det foreligger rutiner som underbygger kommunens organisasjonsmodell, oppfatter revisjonen likevel at det kan oppstå utfordringer knyttet til samhandlingen mellom tildelende og utøvende tjenester. Revisjonen vurderer at en uklarhet rundt ansvar og myndighet ved tildeling og utførelse av helsetjenester i kommunen, kan ha betydning for kommunens plikt til å ivareta en systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, her sett i sammenheng med god internkontroll på tjenesteområdet som helhet.

Når det gjelder tjenesteutøvelsen (problemstilling 3), viser revisjonens undersøkelser at kommunen i hovedsak iverksetter hjemmetjenester i tråd med brukernes behov og gjeldende lovverk, og at tiltaksplaner blir utarbeidet systematisk. Brukermedvirkningen er ivare tatt gjennom etablerte rutiner og løpende dialog med brukere og pårørende, noe som bidrar til tilpassede tjenester og økt kvalitet.

Revisjonens undersøkelser avdekker samtidig mangler ved tjenesteutøvelsen når det gjelder journalføring av relevante og nødvendige opplysninger. Nær halvparten av sakene vi har undersøkt mangler løpende journalføring, noe som kan medføre risiko for feil eller mangelfull dokumentasjon, og dermed påvirke kvaliteten og sikkerheten i tjenestene. Dette kan skape utfordringer med å sikre samsvar mellom enkeltvedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester, og de tjenestene brukerne faktisk mottar. Ulik kompetanse blant ansatte forsterker denne risikoen. Kommunen har etablert systemer for kvalitetsforbedring og avvikshåndtering av tjenesteutøvelsen, men det er noe variasjon i kjennskapet til kvalitets-systemet blant de ansatte. Ansatte beskriver at hyppige lederskifter i hjemmetjenesten, samt en uklarhet ved beslutningsmyndigheten mellom tildelingskontor og hjemmetjeneste, har påvirket arbeidsflyt og samhandling, etterlevelse av rutiner og forankring av avgjørelser.

Revisjonens anbefalinger

Med bakgrunn i våre vurderinger og konklusjoner, anbefaler vi at kommunen bør:

- a) sende foreløpig svar til tjenestemottaker i samtlige saker hvor saksbehandlingstiden overstiger fire uker
- b) sikre at omfang og innhold av tildelte tjenester fremgår tydelig i vedtakene
- c) sikre at vedtakene inneholder informasjon om tjenestemottakers rett til veiledning ved klage
- d) vurdere tiltak for å sikre en enhetlig praksis for samhandling mellom tildelende og utøvende tjenester
- e) iverksette tiltak som sikrer løpende journalføring for å oppnå bedre samsvar mellom vedtak og tjenesteyting
- f) vurdere tiltak for å styrke kompetansen knyttet til journalføring og bruk av kvalitetssystemet

2 MANDAT FOR FORVALTNINGSREVISJONEN

Revisjonen skal i henhold til kommunelovens § 24-2 (1) utføre forvaltningsrevisjon. Etter loven innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Østre Viken kommunerevisjon IKS gjennomfører forvaltningsrevisjon i tråd med god kommunal revisjonsskikk, som vil si å følge *Standard for forvaltningsrevisjon* (RSK 001) (NKRF¹, 2020). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom innsamlede data (fakta) og revisjonens vurderinger. Det skal være en tydelig sammenheng mellom problemstillinger, faktaopplysninger², vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger. Etter kommuneloven skal revisor rapportere resultatene av sin revisjon til kontrollutvalget.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført på bakgrunn av plan for forvaltningsrevisjon vedtatt i kommunestyret i Hvaler kommune den 12.12.24.

Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen ble vedtatt i kontrollutvalget den 18.09.2025. Revisjonen mottok innspill til prosjektplanen under behandlingen i kontrollutvalget. Kontrollutvalget fattet vedtak om at de i tillegg til øvrige problemstillinger, ønsket at revisjonen kartlegger det økonomiske nivået/ omfanget på Hvaler kommunes tildeling av tjenester sett opp mot andre kommuner, herunder eventuelt en KOSTRA-analyse. Dette er innarbeidet i rapporten.


Forvaltningsrevisjonen er gjennomført etter vedtatt prosjektplan i tidsrommet september 2025 til mai 2026. Vi har gjennomført et oppstartsmøte med kommuneadministrasjonen slik at også administrasjonens innspill er vurdert i planleggingsprosessen.

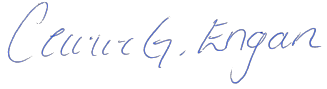
Vi har kvalitetssikret innsamlet data underveis, både gjennom verifisering av intervjuer og intern kvalitetssikring. I tillegg er faktaopplysningene i sin helhet verifisert av kommunen, slik at eventuelle feil eller misforståelser er rettet opp. Revisjonen avholdt avsluttende møte med administrasjonen 07.04.2026 hvor revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger ble gjennomgått. I etterkant av møtet er rapporten sendt på høring til kommunedirektøren. Kommunedirektørens uttalelse er gjengitt i kapittel 8.2.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Cecilie Gjerløv Engan og oppdragsansvarlig revisor Casper Støten. Revisorenes habilitet og uavhengighet er vurdert opp mot kommunen og den undersøkte virksomheten, og revisjonen finner de habile til å utføre forvaltningsrevisjonen.

Revisor vil takke kommunens kontaktpersoner, og andre som har deltatt for et godt samarbeid i forbindelse med gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen.

Østre Viken kommunerevisjon IKS
Rolvøy, 16. april 2026


Casper Støten
oppdragsansvarlig revisor


Cecilie Gjerløv Engan
utførende forvaltningsrevisor

¹ NKRF er en faglig interesseorganisasjon og et kompetanseorgan for kontroll og revisjon av kommunal/offentlig virksomhet.

² Fakta er en gjengivelse av informasjonen vi har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen.

3 FREMGANGSMÅTE

3.1 Problemstillinger og avgrensninger

Avgrensninger

Revisjonen har undersøkt om Hvaler kommune tildeler og utfører helse- og omsorgstjenester i samsvar med gjeldende lovkrav og faglige anbefalinger, og om det er samsvar mellom vedtak og faktisk tjenestetying. Hvaler kommune er organisert med et tildelingskontor som fatter vedtak om tjenester, mens det er hjemmetjenesten som iverksetter og utfører tjenestene. Revisjonen har i samarbeid med kommunen, sett det som hensiktsmessig å avgrense revisjonen til å undersøke behandling av søknader/henvendelser om hjemmetjenester. Vi har naturlig rettet hovedfokuset mot de tradisjonelle helsetjenestene i hjemmet, med bakgrunn i at det er her den største saksmengden ligger.

Vi har kartlagt om kommunens praksis sikrer forsvarlige tjenester, likebehandling og rettssikkerhet for brukerne. Revisjonen har ikke gjort en nærmere vurdering av den faglige kvaliteten i kommunens helse- og omsorgsfaglige vurderinger, eller utfallet i enkeltsaker. Revisjonen har derimot undersøkt hvorvidt det foreligger tilstrekkelig og relevant kartleggingsinformasjon, om det er gjennomført forsvarlige vurderinger sett opp mot behovet, samt om brukernes behov er vurdert og dokumentert også underveis i tjenesteutøvelsen.

Rapporten besvarer følgende problemstillinger:

Problemstilling 1: Hvordan fremstår det økonomiske omfanget av tildelingen innen helse- og omsorgstjenester i Hvaler kommune sammenlignet med andre kommuner?

Problemstilling 1 er deskriptiv. Det vil si at revisjonen ikke vurderer opplysningene i rapporten ut fra revisjonskriterier. Vi gjengir innhentede opplysninger, og gjør rede for eventuelle betraktninger rundt disse.

Under denne problemstillingen har revisjonen kartlagt det økonomiske nivået/ omfanget på Hvaler kommunes tildeling og utførelse av helse- og omsorgstjenester sett opp mot andre kommuner gjennom tallanalyse, herunder KOSTRA-tall. Inndelingen i KOSTRA-grupper baserer seg på folkemengde og økonomiske rammebetingelser, hvor hensikten er å komme fram til sammenlignbare kommuner. En KOSTRA-gruppe vil med dette innbefatte kommuner fra hele landet. Hvaler kommune tilhører KOSTRA-gruppe 2. Revisjonen har benyttet relevante nøkkeltall fra SSB innen helse- og omsorgstjenester for kommuner i denne gruppen. Vi har i tillegg sett nærmere på kommuner som er sammenlignbare i størrelse i Østfold, samt gjort en sammenligning med landsnivået uten Oslo.

Vi har innhentet tallmateriale fra statistisk sentralbyrå (SSB), inkludert informasjon fra artikler og rapporter knyttet til utviklingen av hjemmetjenester på nasjonalt nivå. Vi har samtidig benyttet tilgjengelig informasjon fra Kommunebarometeret, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Revisjonen har gitt en beskrivelse av det innhentede tallmaterialet for Hvaler kommune og sammenligningskommunene, her også basert på Hvaler kommunes egne opplysninger. Vi har sett resultatene av tallanalysen i sammenheng med de øvrige problemstillingene, så langt dette er mulig.

Problemstilling 2: Kartlegges, utredes og vurderes saker om tildeling av helse- og omsorgstjenester i samsvar med lovkrav og anbefalinger på området?

Kommunene skal, i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 a, tilby helsetjenester i hjemmet. «Helsetjenester i hjemmet» er alle former for planlagte kommunale helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten eller med utgangspunkt i pasientens hjem. Hvilke helsetjenester som kan ytes i hjemmet vil bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering. Hjemmetjenester er hjelp og støtte som gis til personer som bor hjemme, men som har behov for bistand i hverdagen på grunn av alder, sykdom eller funksjonsnedsettelse. Målet er å gjøre det mulig for folk å bo trygt og selvstendig i sitt eget hjem så lenge som mulig.

Revisjonen har kartlagt om forvaltningslovens bestemmelser om krav til utredning følges, herunder at det foretas nødvendige undersøkelser for å sikre at vedtak og tjenester bygger på korrekt og tilstrekkelig informasjon for å kunne gjøre en vurdering av behovet.

Problemstilling 3: Er det samsvar mellom enkeltvedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester, og de tjenester brukerne får?

Revisjonen har undersøkt om det er samsvar mellom enkeltvedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester, og de tjenester brukerne faktisk mottar. Vi har kartlagt hvorvidt det er samsvar mellom vedtakets innhold når det gjelder behovet og omfanget av tjenester, og de tjenestene brukerne mottar i hjemmet. Revisjonen har også undersøkt kommunens tiltaksplaner og journalføring knyttet til tjenesteutvelsen.

3.2 Om revisjonskriterier

I henhold til forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15 skal revisor fastsette revisjonskriterier for den enkelte forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er den objektive målestokk som setter revisor i stand til å gjøre vurderinger på de fleste områder uten å ha formell fagspesifikk kompetanse. Revisjonskriteriene og revisors kunnskap og erfaring innen forvaltningsrevisjonsmetodikk, gjør at revisor kan gjøre objektive og holdbare vurderinger.

Revisjonskriteriene etablerer den norm som de innsamlede dataene skal vurderes opp mot. I tillegg til dette skal revisjonskriteriene også gjøre det tydelig for den reviderte enhet hva de måles opp mot. Revisjonskriteriene klargjør også overfor folkevalgte, media og andre lesere av forvaltningsrevisjonen, hva revisors vurderinger bygger på. Dette vil gjøre det enklere å etterprøve revisors vurderinger. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for revidert enhet.

Revisjonskriterier fastsettes vanligvis med basis i en eller flere følgende kilder: lovverk, politiske vedtak og føringer, kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området, eller andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater.

3.3 Revisjonsmetoder

I henhold til god revisjonsskikk skal praksis eller tilstand innen det reviderte området beskrives i et omfang som i tilstrekkelig grad underbygger revisors vurderinger og konklusjoner. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet data fra ulike kilder, og brukt ulike metoder for innsamling av data, for å sikre et faktagrunnlag med høyest mulig grad av gyldighet og pålitelighet.

Utfordringer og begrensninger i rapportens faktagrunnlag beskrives nedenfor sammen med beskrivelsen av de ulike metodene som er benyttet. Vi tar også hensyn til metodens begrensninger i vurderingene.

I denne forvaltningsrevisjonen er informasjonen hentet inn gjennom bruk av følgende metoder:

- Tallanalyse
- Dokumentanalyse
- Ansattintervjuer
- Bruker- og pårørendeintervjuer
- Mappgjennomgang

Tallanalyse

En tallanalyse er en systematisk gjennomgang og vurdering av et tallmateriale for å få innsikt, trekke konklusjoner eller støtte beslutninger. For å sammenligne Hvaler kommune med andre kommuner har vi benyttet de samme variablene for KOSTRA-gruppe 2, sammenlignbare kommuner i Østfold og landet uten Oslo basert på statistikk fra SSB (statistisk sentralbyrå). Vi har også hentet informasjon fra Kommunebarometeret, Helsedirektoratet og FHI (folkehelseinstituttet).

Dokumentanalyse

Vi har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet er kommunens styringsdokumenter inkludert rutiner, av betydning for revisjonens undersøkelse. Dokumentene er oversendt fra kommunen. Fullstendig oversikt over dokumentene fremgår av kildehenvisningene i kapittel 7.

Ansattintervjuer

Det er totalt gjennomført 9 intervjuer:

- Kommunedirektør
- Kommunalsjef helse- og friskliv
- Enhetsleder koordinerende enhet
- Avdelingsleder hjemmetjenester
- 2 ansatte ved tildelingskontoret
- 3 ansatte ved hjemmetjenesten

Brukerintervjuer

- Det er gjennomført totalt 4 bruker- og pårørendeintervjuer for å innhente erfaring fra mottakere av hjemmetjenester i kommunen. Intervjukandidatene består av et ektepar hvor begge er intervjuet, to pårørendeintervjuer, samt et intervju med en enkeltbruker.

Revisjonen har gjennomført en verifisering av samtlige intervjuer for å få bekreftet at referatet er i overensstemmelse med det som ble sagt under intervjuet, og gi kandidaten anledning til å rette opp i

eventuelle misforståelser. Ved ansattintervjuer innebærer dette at den ansatte har fått lese gjennom referatet etter intervjuet. I forbindelse med brukerintervjuene er det gjennomført en muntlig gjennomgang av referatet etter intervjuet for å få bekreftet forståelsen av innholdet.

Mappegjennomgang

Revisjonen har mottatt en anonymisert oversendelse av de siste 16 aktive saksmapper herunder 20 vedtak med tilhørende journalnotater, epikriser og aktuelle tiltaksplaner. Vi har undersøkt enkeltvedtakets formkrav, i tillegg til tjenestens innhold og omfang slik det kommer fram av vedtaket. Vi har også gjennomgått journalhistorikken i tidsperioden, samt undersøkt innholdet i tiltaksplaner sett opp mot enkeltvedtaket og journalføringen.

Vurdering av dataenes troverdighet

I denne forvaltningsrevisjonen har vi som nevnt benyttet tallanalyse, dokumentanalyse, intervjuer av ansatte og brukere/pårørende og mappegjennomgang. Vi vil vurdere våre samlede kilders troverdighet kronologisk i avsnittene nedenfor.

Revisjonen har benyttet tallanalyse for å besvare problemstilling 1, som er en deskriptiv/beskrivende problemstilling. Tallanalysen bidrar til å gi en sammenligning mellom kommuner på utvalgte indikatorer. Den viser dekningsgrader, eksempelvis antall tjenestemottagere i en gruppe, eller forbruk og prioriteringer gjennom andel av netto driftsutgifter, årsverk og tildelte timer. Sammenligningen mellom kommuner kan identifisere både forskjeller, og et eventuelt forbedringspotensial. Utfordringen ved tallanalyse, kan blant annet være at små kommuner kan få store utslag i prosenttall ved små endringer. Videre kan det forekomme at kommuner rapporterer på ulike måter som påvirker KOSTRA-tallene, eller det kan være feil eller mangler i registreringene. Tallanalyse måler ofte mengde som kostnader eller antall brukere, men ikke nødvendigvis effekt eller nytte av tjenestene. Hvorvidt ressursbruk og kvaliteten på tjenester henger sammen, avhenger av en rekke faktorer som ikke kan forklares ut fra tall alene. Vi benytter derfor også flere andre metoder i denne revisjonen, for å kunne gi en helhetlig og også kvalitativ vurdering av problemstillingene samlet sett.

Revisjonen har også benyttet dokument- og mappegjennomgang. Dokumenter som inneholder planer, styringsstrategier og ulike prosedyrer, bidrar til å gi revisjonen oversikt over blant annet organisering, målsettinger og praksis, samt gir innsikt i bakgrunn, prosesser og utvikling over tid. Dokumentasjon er ofte nødvendig for å vise at krav i lover og forskrifter er oppfylt, og kan eksempelvis vise hvorvidt rutiner følges, og på hvilken måte virksomheten jobber systematisk og planmessig med å sikre gode helse- og omsorgstjenester i kommunen. I tillegg til vår dokumentforespørsel, har kommunen stått fritt til å sende inn den dokumentasjonen de selv mener er relevant for revisjonen utover det som er forespurt. Vi har etterstrebet å gå gjennom de samlede dokumentene på en nøytral måte, og vi har ikke ekskludert noen dokumenter.

Når det gjelder mappegjennomgangen, har vi fått oversendt en anonymisert oversikt over de siste 16 aktive saksmapper. Vi har bedt kommunen utelate mapper som går lenger enn ett år tilbake i tid, da revisjonens formål er å undersøke dagens praksis. Revisjon handler blant annet om å vurdere og forbedre prosesser, kontrollrutiner og etterlevelse. Det er derfor nødvendig å vurdere om virksomheten etterlever gjeldende krav og rutiner ut fra gjeldende og ikke tidligere praksis. Formålet med mappegjennomgangen er å vurdere og kontrollere dokumentasjonen knyttet til både vedtak, journalføring og tiltaksplaner, for å undersøke om praksis er i tråd med gjeldende krav, rutiner og lovverk. Vi mener at vi i samarbeid med kommunen, har fått et tilstrekkelig og representativt utvalg for en etterrettelig mappegjennomgang.

Revisjonen har gjennomført 9 intervjuer med ansatte i kommunen. Intervjukandidatene jobber på ulike nivåer, de har varierende ansiennitet og roller, samt representerer forskjellige enheter. Vi erfarer at intervjuene har gitt oss nødvendig innsikt i kommunens styringssystemer, samtidig som vi har fått informasjon om både tildeling og utførelse av helse -og omsorgstjenester i hjemmet. I tillegg har vi gjennomført 4 bruker- og pårørendeintervjuer hvor representantene har delt sine erfaringer med å motta helse- og omsorgstjenester. Kommunen har deltatt i utvelgelsen av brukerkandidater som ønsker å snakke med revisjonen, for å forhindre at revisjonen kontakter brukere som ikke ønsker å delta på et intervju. Dette har også bidratt til at vi har fått et utvalg av representanter med ulike behov for tjenester, inkludert pårørende, enslige og ektepar hvor begge mottar tjenester. Brukererfaringer kan inneholde sammensatt informasjon fra ulike perspektiver, og dermed være en indikator på hvordan det oppleves å motta hjelp fra profesjonelle tjenesteytere. Samtidig vil utvelgelsen av kandidater til brukerintervjuer, kunne resultere i at de som faktisk ønsker å snakke med revisjonen, kan være brukere som befinner seg i ytterkantene av et tilfredshetsnivå på tjenestene. Intervjuer generelt gir likevel revisjonen mulighet til å gå dypere ned i temaet, og dermed innhente informasjon som ikke kommer fram ved bruk av andre metoder. Vi har hatt anledning til å stille oppfølgingsspørsmål, og tilpasse samtalen etter kandidatens svar. Intervjuene har samlet sett bidratt til å gi oss verdifull informasjon i denne revisjonen.

Bruk av personopplysninger

Revisjonens grunnlag for å behandle personopplysninger i forbindelse med forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll er kommuneloven § 24-2 og § 24-10. Det kreves ikke samtykke til behandling av personopplysninger som er dekket av innsynsretten.

Vårt rettslige grunnlag for å behandle personopplysninger er kommuneloven § 24-2 fjerde ledd. Her heter det at revisor kan kreve at kommunen eller fylkeskommunen legger fram alle opplysninger, redokumenter eller dokumenter som han eller hun finner nødvendige for å utføre sine oppgaver. Revisor kan også foreta undersøkelser som han eller hun mener er nødvendige. Taushetsplikt er ikke til hinder for å gjennomføre kontrolltiltak etter dette leddet.

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn, telefonnummer og epost-adresser til ansatte i kommunen. Omtale av enkeltpersoner i rapporten, gjøres kun når det refereres til uttalelser fra intervjuer med eventuelle nøkkelpersoner eller sentrale ledere. Vi benytter oss som regel av stillingstittel, og ikke navn, når vi refererer til uttalelser. Referater fra brukerintervjuene er skrevet i anonymisert form, og innholdet kan ikke spores tilbake til enkeltpersoner i rapporten.

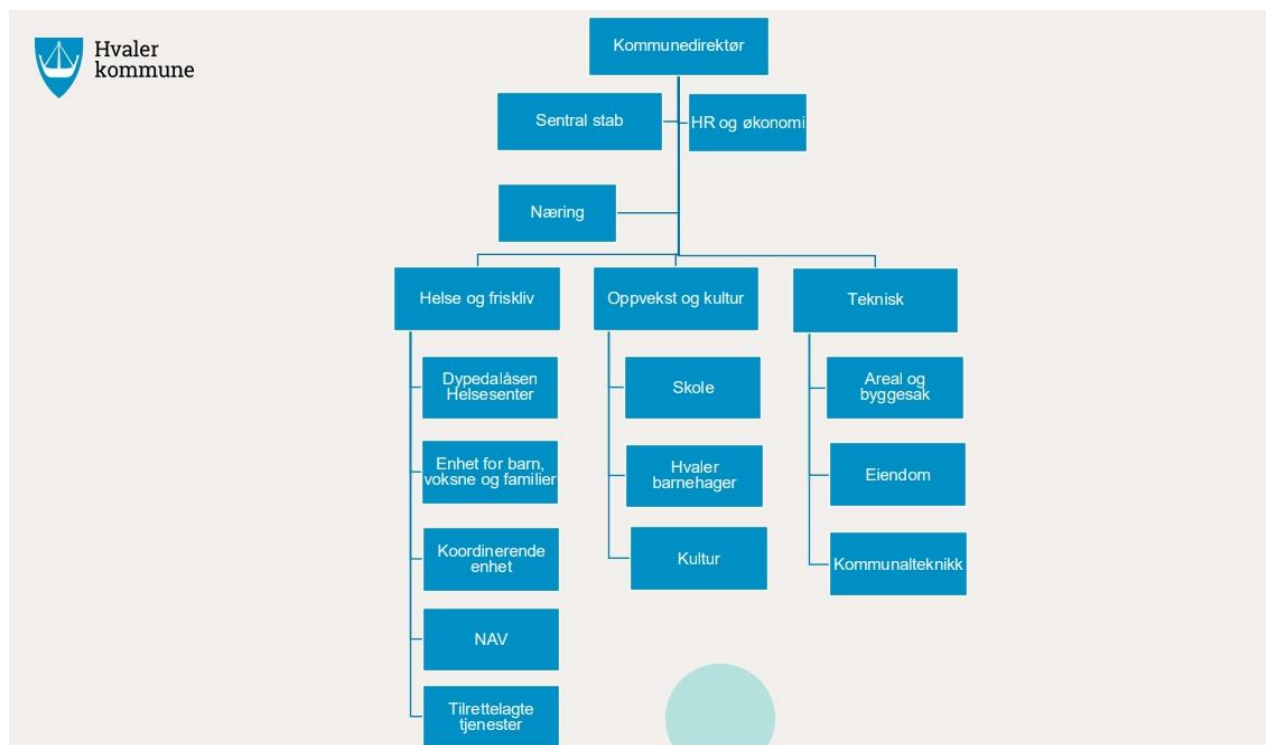
Bruken av personopplysninger er likevel noe revisjonen ønsker og plikter å minimere mest mulig. Behandling av personsensitive opplysninger krever ekstra tiltak, både under arbeidet, og ved pliktig oppbevaring av dokumentasjon. Oppbevaring av slike personopplysninger kan og bør minimeres, f.eks. ved at dokumentasjonen får statistisk eller anonymisert form. Vi har på bakgrunn av dette bedt om en anonymisert oversendelse fra kommunen i forbindelse med vår mappegjennomgang. Den samlede informasjonen fra brukerintervjuer og mappegjennomgang vil oppbevares beskyttet under vårt arbeid. Skriftlig nedfelte personopplysninger som navn og telefonnummer fra brukerintervjuer slettes umiddelbart etter gjennomføringen av intervjuene. Intervjureferatene oppbevares i anonymisert form i våre systemer.

Lesere av denne rapporten kan ta kontakt med Østre Viken kommunerevisjon dersom de ønsker mer informasjon om hvordan vi behandler personopplysninger.

3.4 Informasjon om organiseringen i Hvaler kommune

Organisering

Gjennom Hvaler kommunes årsmelding, kommer det fram at kommunen har 400 årsverk og 494 ansatte per 2024. På aggregert nivå er det ingen endringer i årsverk fra 2023 til 2024, men det er en økning på 9 ansatte. Hvaler kommune ved kommunalsjef, opplyser at det er ca. 350 ansatte og 211 årsverk i budsjettet for 2026 i Helse og friskliv. Det vises til at noen funksjoner og godtgjørelser telles under lønnsartene uten at det er faktiske stillinger knyttet til tjenestene.



Figur 1: Organisasjonskart Hvaler kommune

Kommunen er organisert i de tre tjenesteområdene Helse og friskliv, Oppvekst og kultur og Teknisk. I kommunens årsmelding, kommer det fram at Helse og friskliv ble etablert som et tjenesteområde i 2022. Per 31.12.2024 omfatter tjenesteområdet enhetene Nav, Enhet for barn familier og voksne, Koordinerende enhet, Tilrettelagte tjenester og Dypedalåsen helsesenter. Tjenesteområdet Helse- og friskliv er kommunens største både når det gjelder budsjett og antall ansatte/årsverk, og leverer tjenester som berører alle samfunnslag og aldersgrupper i Hvaler kommune.

Koordinerende enhet skal sikre at tjenester innen fysioterapi, ergoterapi, hverdagsrehabilitering, hjelpemidler og tildelingskontor, utfører oppgavene sine i samsvar med lovbestemmelsene. I henhold til årsmeldingen har Koordinerende enhet også en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling, både på individnivå og mellom tjenesteytere på tvers av fag, sektorer og nivå i helse- og omsorgstjenesten. Koordinerende enhet har 10,8 årsverk fordelt på 11 ansatte. Tildelingskontoret er organisert under Koordinerende enhet, og tildeler tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Kontoret er besatt med tre spesialkonsulenter i 100 % stillinger sammensatt av tverrfaglig og helsefaglig kompetanse.

Avdeling for hjemmetjenester er organisert under enheten Dypedalåsen helsesenter. Helsesenteret er lokalisert på Dypedalsåsen, og er samlokalisert med Koordinerende enhet. Dypedalåsen helsesenter tilbyr institusjonstjenester, legetjenester, hjemmetjenester, aktivitetssenter og kjøkkentjenester, hvor tjenestene inkluderer praktisk bistand, behandling og pleie og lindring. Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at hjemmetjenesten har 30 faste ansatte som her utgjør hele årsverk. Inkludert tilkallingsvikarer og deltidsstillinger, har hjemmetjenesten ca. 60 ansatte. Hjemmetjenesten er organisert i teamene Øst og Vest. Sykepleiere med tildelt fagansvar, herunder demens-, samhandlings- og kreftkoordinator, innehar rollen i 50 % stilling som benyttes på tvers av sykehjem og hjemmetjenesten til blant annet fagutvikling.

Overordnede planer og styringsdokumenter

Hvaler kommune benytter fagsystemet Gerica som elektronisk fagsystem. Gerica er et verktøy for saksbehandling og dokumentasjon. I Hvaler kommunes årsmelding for 2024, beskrives det at kommunen har gjort innkjøp av et nytt kvalitetssystem Compilo, som ble implementert i Hvaler kommune i juni 2025. Kvalitetssystemet skal bidra til å gi kommuneledelsen trygghet for at organisasjonen drives i samsvar med lover og retningslinjer, og at driften er effektiv. Kvalitetssystemet skal også oppfylle kravene til internkontroll i kommunelovens § 25-1. Kommunen har fram til innføringen av Compilo benyttet Risk Manager som kvalitetssystem. Kommunedirektøren opplyser at Compilo inneholder relevante styringsdokumenter med betydning for kvalitet i tjenestene, moduler for avviksmelding og varsling, samt årshjul og modul for ROS-analyse. Hvaler kommune har videre en egen rutine for å melde avvik og forbedringsforslag. Årsmeldingen viser også at avvik og kvalitetssystemet, er en post på ledermøtene i Helse og friskliv. Kommunedirektøren opplyser at det rapporteres regelmessig på avvik til kommunedirektørens ledergruppe, arbeidsmiljøutvalg og i årsrapporten til kommunestyret.

Hvaler kommune deltar i et «Smart kommune» (Smartkom) samarbeid med kommunene Våler, Råde, Skiptvet, Vestby, Aremark, Marker og Rakkestad. Samarbeidet beskrives som et tverrfaglig samarbeid mellom sammenlignbare kommuner med formål om å gi gode og produktive tjenester på ulike tjenestoområder. Fra tildelingskontoret deltar tre ansatte inn i Smartkom. Kommunalsjef opplyser at det ble arrangert en samling i nettverket våren 2025 knyttet til helserett, hvor konkrete eksempelsaker ble diskutert. Hvaler kommune erfarte at vurderingene i stor grad er sammenfallende på tvers av kommunegrensene.

4 ØKONOMISK OMFANG AV HELSE- OG OMSORGSTILDELING

Problemstilling 1: Hvordan fremstår det økonomiske omfanget av tildelingen innen helse- og omsorgstjenester i Hvaler kommune sammenlignet med andre kommuner?

Bakgrunn for statistikk og tallanalyse

Revisjonen vil innledningsvis gi en beskrivelse av hvilke eksterne kilder som benyttes som grunnlag for analysen av Hvaler kommune sett opp mot sammenligningskommunene. Revisjonen har hentet informasjon fra SSB (Statistisk sentralbyrå), FHI (Folkehelseinstituttet), Helsedirektoratet og Kommunebarometeret, hvor hovedvekten av det tallmessige informasjonsgrunnlaget er hentet fra SSB. Kommunene rapporterer gjennom elektroniske skjemaer i SSBs skjemaportaler. For at KOSTRA skal gi god og pålitelig styringsinformasjon til kommuner og stat, er SSB i behov av korrekte opplysninger. Revisjonen benytter tallene slik de foreligger i SSB, og vi setter tallmaterialet i sammenheng med utviklingsbildet for hjemmetjenester i Hvaler kommune. SSB gjennomfører kvalitetskontroller og revisjon av datamaterialet før den endelige publiseringen den 15. juni. I nøkkeltallene sammenstilles data som rapporteres direkte fra (fylkes)kommunene til SSB, og tall hentet fra andre nasjonale registre utenfor SSB. ([KOSTRA - rejeringen.no](https://kosta-rejeringen.no)) Revisjonen har hentet ut tall etter den 15. juni 2025, og statistikken viser med dette til de endelig publiserte tallene for 2024.

Uttrekkstallene revisjonen benytter i de viste tabelloversiktene, er SSBs oppgitte nøkkeltall knyttet til blant annet antall tjenestemottakere, tjenestebehov og netto driftsutgifter. Revisjonen bruker i all hovedsak tallmateriale fra Statistisk sentralbyrå (SSB) i tallanalysen. Dette har bakgrunn i at vi på den måten benytter tall fra samme kilde, noe som sikrer konsistens og sammenlignbarhet i analysene. Helsedirektoratet kan i denne sammenhengen benytte andre tallsammensetninger og sammenligninger enn SSB. Dette på grunn av nye tjenester som implementeres, eller endres i forskjellige årganger. Tilsvarende variasjoner kan finne sted i Kommunebarometeret hvor det blir gjort nye utregninger i tabellene flere ganger gjennom året. Dette innebærer at både nye og historiske rangeringer kan endre seg underveis hvis datagrunnlaget forandrer seg.

KOSTRA er en forkortelse for «kommune-stat-rapportering», og gjennom KOSTRA sender alle norske kommuner og fylkeskommuner inn tall fra sine tjenesteområder til Statistisk sentralbyrå. Statistikken er med dette basert på kommunenes egne innrapporterte tall, ([KOSTRA – SSB](https://kosta-ssb.no)). Fra 2024 skiller KOSTRA-funksjonene mellom hjemmetjenester knyttet til bofellesskap/samløkaliserte omsorgsboliger, og hjemmetjenester med ambulerende virksomhet hvor personellet reiser rundt til brukernes boliger. Det bemannede botilbudet i hjemmetjenesten, er dermed isolert fra de øvrige hjemmetjenestene fra 2024. Resultatene fra SSBs undersøkelser i KOSTRA viste at denne fordelingen var mest kompatibel med den interne regnskapsføringen som mange kommuner allerede hadde implementert i sine økonomisystemer ([Hjemmetjenestens utgifter- oppdeling i to KOSTRA-funksjoner – SSB](https://kosta-ssb.no)).

For å gjøre det enklere å sammenligne KOSTRA-data på tvers av kommuner, har SSB satt sammen kommunene i grupper basert på folkemengde og økonomiske rammebetingelser. Grupperingene revideres om lag hvert femte år, og ble sist endret i 2020 etter at kommunereformen trådte i kraft. Grupperingene består av 17 kommunegrupper, og er basert på kommunestrukturen med i alt 357 kommuner. Kriterier for KOSTRA-grupperinger er folketall, bundne kostnader og frie inntekter. Hvaler kommune tilhører KOSTRA-gruppe 2, som inneholder kommuner med mellom 2 000-9 999 innbyggere, lave bundne kostnader og middels frie disponible inntekter per innbygger. Revisjonen ser statistikk for Hvaler kommune opp mot andre relevante kommuner i Østfold, KOSTRA-gruppe 2 og landet uten Oslo. I Hvaler

kommunes årsmelding for 2024, er det gjort KOSTRA-sammenligninger med landet hvor Hvaler kommune har utelatt Oslo i sammenligningsgrunnlaget. Vi velger med dette tilsvarende å utelate Oslo i sammenligningen mellom Hvaler og landsnivået i vår analyse. Revisjonen vurderer at en sammenligning med landet uten Oslo, kan være mer hensiktsmessig i små kommuner med andre demografiske, økonomiske eller geografiske forhold enn resten av landet.

Alle kommunene i Østfold er klassifisert i andre KOSTRA-grupper enn Hvaler kommune. Vårt utvalg av sammenligningskommuner i Østfold baserer seg med dette kun på befolkningstallet i kommunene, og vi har derfor utelatt de største kommunene i denne sammenligningen. Revisjonens utvalg består av Råde, Våler, Skiptvet, Rakkestad, Marker og Aremark. Disse kommunene tilhører alle KOSTRA-gruppe 1, med unntak av Aremark kommune som tilhører KOSTRA-gruppe 14. KOSTRA- gruppe 1 inneholder kommuner med 2 000-9 999 innbyggere, lave bundne kostnader og lave frie disponible inntekter per innbygger, mens KOSTRA-gruppe 14 inneholder kommuner med 600-1 999 innbyggere, og lave eller middels frie disponible inntekter per innbygger.

4.1 Datagrunnlag

4.1.1 Utviklingen av hjemmetjenester og kompetanse

Nasjonalt utviklingsbilde

SSB redegjør for at andelen hjemmetjenestebrukere med omfattende bistandsbehov, har økt fra 20 til 35 prosent i perioden 2009-2024. Hjemmetjenestebrukere med middels til stort bistandsbehov utgjør fortsatt den største gruppen, men brukerne av hjemmetjenester har et stadig større bistandsbehov. Antallet personer med omfattende bistandsbehov som får både praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet, har økt fra 12 500 til 22 000 i perioden 2009-2024. En høyere terskel for å få sykehjems plass medfører at eldre personer i større grad blir henvist til hjemmetjenesten framfor sykehjem. Dette øker andelen med høyt bistandsnivå også i hjemmetjenesten ([Sykehjem og hjemmetjenesten i Norge – SSB](#)).

I stortingsmelding 24 (2022-2023) presenterer regjeringen samtidig reformen «Felleskap og mestring-Bo trygt hjemme» De overordnede målene for reformen er å bidra til at eldre kan bo trygt hjemme, og at behovet for helse- og omsorgstjenester blir utsatt gjennom bedre planlegging, styrket forebygging og mer målrettede tjenester. Det er videre et ønske om sikre bedre bruk av personell og de samlede ressursene, og gjennom dette bidra til at alle som trenger det får tilgang på gode og trygge tjenester ([Meld. St. 24 \(2022–2023\) - regjeringen.no](#)).

Utvikling for Hvaler kommune

Innledningsvis viser vi til informasjon hentet fra Kommunebarometeret per 25.09.25, hvor Hvaler kommune havner på 44. plass innenfor pleie og omsorg. Listen består av det totale antallet kommuner i Norge (357). Kommunebarometeret (KB) er et redaksjonelt produkt som publiseres av Kommunal Rapport hvert år. Dette er en årlig rangering av norske kommuner, og fungerer som et styrings- og sammenligningsverktøy som viser hvordan kommunene presterer på en rekke områder. Til sammenligning havnet Hvaler kommune på 75. plass innenfor pleie og omsorg i 2024, og var videre rangert som 121 for 2023. Revisjonen viser til at Hvaler kommune med dette har steget i sin rangering innenfor pleie og omsorg de siste årene. Pleie og omsorg utgjør her 20 % av den totale vekten i barometeret hvor sektoren inneholder 20 nøkkeltall. De viktigste nøkkeltallene er andel ansatte med fagutdanning, andel av opphold på sykehjem som er korttidsopphold, og andel hjemmeboende personer med demens som mottar tilbud om dagaktivitet.

Hvaler kommune har 4 743 innbyggere per 2. kvartal 2025 ifølge [Kommunefakta – SSB](#), hvorav ca. 500 av innbyggerne jobber innenfor helse- og sosialtjenester. I 2024 hadde Hvaler kommune 1 335 personer som pendlet ut av kommunen, og 457 som pendlet inn til kommunen. Folkehelseprofilen for 2025 utgitt av Helsedirektoratet, viser at andelen innbyggere over 80 år i Hvaler kommune, ikke er signifikant forskjellig fra landsnivået ([Folkehelsestatistikk og profiler - Helsedirektoratet](#)). I Hvaler kommunes årsmelding for 2024, kommer det fram at Hvaler kommune har høyere skatteinntekter per innbygger, og samtidig en relativt høy gjennomsnittsalder i befolkningen. Årsmeldingen viser til at kommunen derfor løpende bør vurdere de økonomiske konsekvensene av varige endringer, da demografien har betydning for tjenestene. Hvaler kommune viser selv til at kommunen har et utgiftsnivå som ligger noe over KOSTRA-gruppe 2, og at det er vanskelig å finne tilsvarende kommuner å sammenligne seg med som både har et relativt lavt folketall, den samme særegne demografien, og et stort antall fritidsboliger.

Kommunedirektøren oppgir i denne sammenheng at antallet innbyggere i aldersgruppen 80-84, har økt fra 135 til 196 personer i Hvaler kommune de siste 1,5 årene per 01.07.25. Dette innebærer en vekst på 45 %. Befolkningen lever generelt lenger, også med alvorlige sykdommer, samt at utviklingen av demens har vist seg å være økende. Kommunedirektøren viser til at Hvaler kommune med dette er en kommune som vil merke betydelige følger av eldrebølgen, og det forventes at denne utviklingen vil medføre et økt behov for tjenester framover. Det er et stort fokus på budsjett situasjonen i kommunen, hvor helse- og omsorgsområdet utgjør størstedelen av kommunens utgifter. Kommunedirektøren opplyser at netto driftsramme for kommuneområdet utgjør i overkant av 200 millioner, og at små prosentvise endringer derfor utgjør store summer. Vedtak hjemlet i lov om helse- og omsorgstjenester legger her beslag på en betydelig del av kommunenes ressurser hvor kun en mindre reduksjon/økning i kvalitet og omfang på tjenestene, vil gi ganske store budsjettmessige konsekvenser.

Leder for Koordinerende enhet viser til at kommunen opplever økt saksmengde, større kompleksitet i sakene, og et økt bistandsbehov. Kommunalsjef for Helse og friskliv og avdelingsleder for hjemmetjenester, opplyser at det foreligger en stadig gradvis økning i brukere av hjemmetjenester. Ordinær brukerportefølje innlemmer i denne sammenheng ikke feriegjester. Hjemmetjenester inkluderer trygghetsalarmer, tilsyn og praktisk bistand. Kommunens ledelse viser til at økningen i antall brukere må ses i sammenheng med pleietyngden, da bistandsbehovet i befolkningen samlet sett utgjør et større press på tjenestene enn for noen få år tilbake. Presset på institusjonsplasser beskrives også som betydelig høyere. Korttidsavdelingen er full, avlastning er maksimert, og pasientene på korttidsavdelingen har generelt et mer komplisert og alvorlig sykdomsbilde. Dette medfører økte kostnader og press på tjenestene, hvor hjemmetjenesten nå foreslås tildelt en økning i antall årsverk for 2026. Av intervjuene kommer det fram at Hvaler kommune bruker velferdsteknologi for å støtte og forbedre tjenestene. Kommunen benytter eksempelvis e-dosetter, e-låser, trygghetsalarmer og multidoser. Det gjennomføres møter mellom hjemmetjenesten og velferdsteknologi annenhver uke knyttet til eksempelvis statistikk.

Kompetanse

Helsedirektoratet viser til at tilstrekkelig tilgang på helsepersonell og kompetanse, er avgjørende for å skape gode helse- og omsorgstjenester. Behovet for omfattende bistand er økende i de ulike omsorgstjenestene, og dette medfører videre behov for flere ressurser og mer kompetanse. Samtidig opplever mange kommuner allerede store utfordringer med å rekruttere enkelte yrkesgrupper, spesielt sykepleiere og leger ([En populasjon i endring og behov for kompetanse - Helsedirektoratet](#)).

Revisjonen viser til informasjon fra Kommunebarometeret når det gjelder fagkompetanse i Hvaler kommune innenfor pleie og omsorg. Andelen ansatte (brukerrettede årsverk) som har fagutdanning innen pleie og omsorg, utgjør 76 % av de ansatte i Hvaler kommune. Nasjonalt ligger nivået på fagutdanning innen pleie og omsorg på 73,77 %. Hvaler kommune ligger med dette litt høyere enn det nasjonale

nivået på fagutdanning innenfor pleie og omsorg. «Fagutdanning er grunnleggende viktig for god kvalitet» skriver Helsedirektoratet i en omtale av denne indikatoren i Kommunebarometeret. Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser i denne sammenheng at Hvaler kommune har mange kvalifiserte tilkallingsvikarer i form av helsefagarbeidere. Dette forklares med at det er foretatt en nedbemanning i Fredrikstad kommune, som har ført til at helsefagarbeidere har søkt på stillinger i Hvaler kommune. Kommunalsjefen opplyser samtidig at det i perioder kan være vanskelig å rekruttere kompetanse på nivå 1, herunder vernepleiere og sykepleiere med medisinkompetanse. Det vises til at permisjoner og langvarig sykefravær har gitt større utfordringer i 2025 enn vanlig. Kommunen har foretatt kjøp fra et bemanningsfirma for å dekke kompetansebehovet på nivå 1.

4.1.2 Driftsutgifter for helse- og omsorgstjenester

Med bakgrunn i utviklingsbildet for hjemmetjenester i Hvaler kommune, vil revisjonen benytte KOSTRA-tall som et utgangspunkt for tallanalysen. Vi vil innledningsvis gi en oversikt over de overordnede driftsutgiftene knyttet til omsorgstjenester og kommunehelsetjenesten i Hvaler kommune. Deretter vil vi gå inn på tall som retter seg direkte mot hjemmetjenesten hva gjelder driftsutgifter, antall tjenestemottagere og tjenestebehov. Vi mener her at en innledende oversikt over netto driftsutgifter, årsverk og utgifter per innbygger ved helse- og omsorgstjenester i kommunen, vil kunne sette nøkkeltallene for hjemmetjenesten i en mer hensiktsmessig sammenheng.

Tabellen nedenfor baserer seg på utvalgte nøkkeltall knyttet til økonomi for helse- og omsorgstjenester for 2024. Begrepet omsorgstjenester dekker opplysninger om brukere av ulike tjenester, kapasitet og ressursinnsats, personell og regnskapstall. Kommunehelsetjenesten omfatter opplysninger om fastleger, fysioterapeuter, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, frisklivssentraler og annet forebyggende helsearbeid i tillegg til regnskapstall. Statistikken omfatter alle som er aktive brukere av tjenestene registrerte på en gitt dato ved utgangen av året. Hver person som tar imot tjenester blir regnet som bruker. Netto driftsutgifter viser de samlede driftsutgiftene fratrukket bundne eller tjenesterelaterte driftsinntekter. KOSTRA-gruppe 2 omtales som EKG02 i tabelloversiktene.

[12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg \(K\) 2015 - 2024. Statistikkbanken](#)

Utvalgte kom/ gr. 2024	Netto drift omsorgstj *	Netto drift kom.helsetj. *	Årsverk per bruker *	Utgifter per innbygger *
Hvaler	40,4 %	7,1 %	0,52 årsverk	kr 50 234
Råde	38,6 %	5,3 %	0,55 årsverk	kr 42 519
Våler	26,5 %	7,3 %	0,23 årsverk	kr 32 290
Skiptvet	33,6 %	4,4 %	0,37 årsverk	kr 35 619
Rakkestad	37,1 %	5,7 %	0,27 årsverk	kr 36 744
Marker	34,8 %	6,1 %	0,45 årsverk	kr 39 869
Aremark	37,6 %	6,6 %	0,55 årsverk	kr 64 663
EKG02	35,8 %	6,7 %	0,51 årsverk	Kr 47 431
Landet uten Oslo	34,1 %	6,1 %	0,55 årsverk	Kr 38 359

Figur 2: Tabell over utgifter ved helse- og omsorgstjenester

Tabellforklaring variabler:

*Netto driftsutgifter til omsorgstjenester av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent)

*Netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent)

*Årsverk per bruker av omsorgstjenesten (årsverk)

*Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)

Av tabellen kommer det fram at Hvaler kommune, sammenlignet med sammenligningskommunene og nasjonalt nivå, har høyest netto driftsutgifter til omsorgstjenester med 40,4 %, og videre nest høyest netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten med 7,1 %. Sammenlignet med KOSTRA-gruppe 2, har Hvaler kommune 4,6 prosentpoeng høyere netto driftsutgifter til omsorgstjenester. Knyttet til driftsutgifter til kommunehelsetjenesten, ligger Hvaler kommune omtrent på samme nivå som KOSTRA-gruppen. Hva gjelder årsverk per bruker av omsorgstjenester ligger Hvaler kommune høyere enn flere av sammenligningskommunene med unntak av Råde og Aremark, men er tilnærmet på samme nivå som KOSTRA-gruppe 2, og videre lavere enn landet uten Oslo. Når det gjelder utgifter per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester, er det kun Aremark kommune som ligger høyere enn Hvaler kommune.

4.1.3 Driftsutgifter hjemmetjenester

For å få et mer presist bilde av hjemmetjenestens økonomi spesielt, vil vi gå nærmere inn på relevante nøkkeltall for netto driftsutgifter til hjemmetjenester, og sammenligne tallene mellom Hvaler kommune og sammenligningskommunene. Tabellen nedenfor viser netto driftsutgifter til hjemmetjenesten i prosent, og beløp per innbygger.

Hjemmetjenester er i tabellen definert som helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende brukere, der tjenesten gis fra personellbase som ikke er lokalisert på samme sted som brukerens bolig, herunder hjemmetjenester, helsetjenester i hjemmet, sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helse- og rusarbeid, praktisk bistand og opplæring, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), avlastning utenfor institusjon, omsorgsstønad, og hjemmetjenester fra en personellbase som er opprettet for én enkelt bruker (som er 18 år eller eldre).

[12362: Utgifter til tjenesteområdene, kommunekonsern, etter funksjon og art \(K\) 2015 - 2024. Statistikkbanken](#)

Utvalgte kom/ gr. / landet 2024	Netto driftsutgifter i prosent* Hjemmetjenester	Beløp per innbygger* Hjemmetjenester
Hvaler	14,9 %	12 758
Råde	13,9 %	10 470
Våler	8,8 %	7 111
Skiptvet	5,8 %	4 695
Rakkestad	8,4 %	6 326
Marker	8,7 %	7 494
Aremark	6,3 %	6 864
EKG02	9,9 %	9 040
Landet uten Oslo	9,2 %	7 334

Figur 3: Tabell over netto driftsutgifter og beløp per innbygger ved hjemmetjenester

Tabellforklaring variabler:

*Netto driftsutgifter på tjenesteområdet hjemmetjenester – ambulerende virksomhet med mer (prosent)

*Netto driftsutgifter på tjenesteområdet hjemmetjenester beløp per innbygger (kr)

Tabellen viser at Hvaler kommune har de høyeste netto driftsutgiftene til hjemmetjenester, både i prosent av totale driftsutgifter (14,9 %) og i beløp per innbygger (12 758 kr). Hvaler ligger med dette ca. 5

prosentpoeng høyere enn KOSTRA-gruppe 2 og landet uten Oslo, og ellers mellom 6 til 9 prosentpoeng høyere enn de øvrige kommunene i Østfold, her med unntak av Råde som ligger på 13,9 % i netto driftsutgifter.

4.1.4 Mottagere av hjemmetjenester

Når det gjelder netto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester inkludert hjemmetjenester, er det flere og sammensatte forhold som kan påvirke disse. Antall tjenestemottakere og tjenestebehov, vil likevel være relevante indikatorer som kan ha betydning for utgiftsnivået i den enkelte kommune. Revisjonen har i tabelloversiktene nedenfor benyttet statistikk som retter seg spesifikt mot hjemmetjenester ved bruken av disse indikatorene.

Vi vil først presentere en oversikt over antall mottakere av hjemmetjenester i Hvaler kommune, holdt opp mot sammenligningskommunene. Tallene for hjemmetjenester inkluderer helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand herunder daglige gjøremål, brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og opplæring, omsorgsstønning og avlastning utenfor institusjon. Tjenestene utføres gjennom ambulerende tjenester.

Tallene er hentet fra [12003: Omsorgstjenester - brukere, etter alder og tjenestegrupper \(K\) 2015 - 2024. Statistikkbanken](#) og [11820: Utvalgte nøkkeltall befolkningsprofil \(K\) 2015 - 2024. Statistikkbanken](#) Vi oppgir samtidig det totale antallet personer som mottar hjemmetjenester i denne tabellen.

Utvalg 2024	Mottagere 0-66 år	Mottagere 67-79 år	Mottagere 80 år og over	Alle mottagere i prosent	Alle mottagere i personer
Hvaler	3,0 %	1,0 %	1,4 %	5,4 %	254
Råde	2,4 %	0,7 %	1,5 %	4,6 %	358
Våler	3,7 %	1,1 %	1,2 %	6,0 %	365
Skiptvet	3,5 %	0,9 %	1,3 %	5,7 %	225
Rakkestad	5,8 %	0,8 %	1,2 %	7,8 %	667
Marker	1,0 %	1,0 %	2,1 %	4,1 %	152
Aremark	3,1 %	1,0 %	1,9 %	6,0 %	82
EKG02	2,4 %	1,1 %	2,0 %	5,5 %	6 346
Landet u/ Oslo	2,0 %	0,8 %	1,3 %	4,1 %	200 826

Figur 4: Tabell over antall mottakere av hjemmetjenester

Tabellforklaring variabler:

*Andel hjemmetjenestemottagere etter alder i prosent etter folketall (prosent)

*Alle mottagere i prosent viser den totale andelen mottagere (personer) i prosent etter folketall (prosent)

Tabellen viser at Hvaler kommune ikke skiller seg merkbart ut fra de øvrige kommunene i Østfold eller KOSTRA-gruppen, når det gjelder aldersfordelingen i mottagergruppene. Tallene viser en overordnet tendens der aldersgruppen 0-66, utgjør flest tjenestemottagere i alle sammenligningskommuner, med unntak av Marker kommune. Hvaler kommune opplyser selv at den større andelen mottagere i aldersgruppen 0-66 år, i hovedsak skyldes tjenestetyper som BPA og praktisk bistand til yngre brukere. Hvaler kommune ligger ellers på tilsvarende samme prosentnivå som KOSTRA-gruppe 2, når det gjelder den totale andelen av mottagere. Hvaler kommune har flere tjenestemottagere enn Råde og Marker, men ligger samtidig noe lavere enn de øvrige sammenligningskommunene i Østfold.

Revisjonen har også undersøkt hvordan utviklingen knyttet til antall tjenestemottagere av hjemmetjenester har vært i perioden fra 2022 og fram til 2024. Statistikken viser at det samlet sett tenderer til at det har vært en gradvis økning av antall mottagere i alle sammenligningsgruppene i perioden. Hvaler kommune skiller seg ikke merkbart ut i denne sammenheng.

4.1.5 Tjenestebehov

En annen relevant indikator knyttet til netto driftsutgifter utover antallet tjenestemottagere, vil være omfanget av behovet for tjenester blant brukerne av hjemmetjenester. Ressursbruk henger her naturlig sammen med brukernes bistandsbehov.

Tabellen nedenfor viser supplerende nøkkeltall innenfor hjemmetjenester når det gjelder andel tjenestebrukere med høy timeinnsats. Nøkkeltallene innbefatter brukere av helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand (inkl. BPA brukerstyrt personlig assistanse), avlastning utenfor institusjon og mottakere av omsorgslønn (ekskl. rehabilitering utenfor institusjon.) med vedtak på mer enn 35,5 timer per uke.

[12293: Omsorgstjenester - supplerende nøkkeltall \(K\) 2015 - 2024. Statistikkbanken](#)

Utvalgte kommuner/ gr. 2024	Høy timeinnsats* 2024
Hvaler	9,8 %
Råde	8,9 %
Våler	3,3 %
Skiptvet	4,4 %
Rakkestad	5,8 %
Marker	7,2 %
Aremark	8,5 %
EKG02	6,9 %
Landet uten Oslo	7,5 %

Figur 5: Tabell over høy timeinnsats - hjemmetjenester

Tabellforklaring variabler:

*Andel hjemmetjenestebrukere med høy timeinnsats (prosent)

Vi ser av tabellen at Hvaler kommune ligger prosentmessig høyere når det gjelder høy timeinnsats enn alle sammenligningskommunene i Østfold, samt KOSTRA-gruppen og landet uten Oslo. Hvaler kommune ligger her ca. 3 prosentpoeng høyere enn KOSTRA-gruppe 2.

4.2 Vurderinger

4.2.1 Utviklingen av hjemmetjenester og kompetanse

Revisjonen vurderer at SSB sin fremstilling av de nasjonale trendene innen utviklingen av hjemmetjenestene, er sammenfallende med Hvaler kommunes beskrivelse av eget utviklingsbilde. Den økte andelen hjemmetjenestemottakere i kommunen, sammen med et mer komplekst og omfattende bistandsbehov, reflekterer den samme utviklingen det redegjøres for nasjonalt. Helse- og omsorgssektoren utgjør den største utgiftsposten i kommunen, hvor en økning i tjenestemottagere og bistandsbehov vil kunne gi økte kostnader og økonomiske konsekvenser. Kommunenes ledelse beskriver samtidig at det allerede foreligger et press på tjenestene i form av mangel på institusjonsplasser, og at hjemmetjenesten foreslås tildelt en økning i antall årsverk etter flere år med et økende antall brukere. Til tross for denne utviklingen, viser revisjonen til informasjon fra Kommunebarometeret hvor Hvaler kommune har steget i sin rangering innenfor pleie og omsorg de siste årene. Revisjonen vurderer at dette viser en positiv utvikling i nøkkeltallene knyttet til enkelte indikatorer, uten at dette er ensbetydende med at det ikke foreligger et press på tjenestene i kommunen.

Når det gjelder alderssammensetningen i Hvaler kommune, viser kommunenes ledelse til en økning av innbyggere i aldersgruppen 80-84 år. Revisjonen anser at en økning i andel innbyggere over 80 år, kan innebære en økt belastning på det offentlige tjenesteapparatet og budsjettsituasjonen i kommunen over tid. Folkehelseprofilen viser samtidig at andelen innbyggere over 80 år i Hvaler kommune, ikke er signifikant forskjellig fra landsnivået. Revisjonen vurderer at selv om andelen innbyggere over 80 år ikke skiller seg vesentlig fra landsnivået, er dette ikke likestilt med at det ikke foreligger en reell økning av denne aldersgruppen i kommunen. Hvaler kommune har i denne sammenheng også et større antall fritidsboliger, som kan medføre et økt behov for sesongbasert hjelp som ikke innlemmes i nøkkeltallene for KOSTRA. Revisjonen anser at det er av vesentlig betydning at kommunen følger med på egen utvikling over innbyggerens alderssammensetning for å innrette seg for framtidens behov.

Revisjonen vektlegger også positivt at Hvaler kommune benytter velferdsteknologi for å styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Helsedirektoratet gjengir i denne sammenheng at velferdsteknologi kan fungere som teknologisk støtte til pårørende, og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Kommunebarometeret viser samtidig at Hvaler kommune ligger noe høyere enn det nasjonale nivået når det gjelder andel ansatte med fagutdanning innenfor helse og omsorg. På den annen side opplyser kommunen at de tidvis har utfordringer knyttet til rekruttering av helsepersonell med nødvendig medisinkompetanse, og revisjonen vurderer at dette sammenfaller med situasjonen i mange av landets kommuner basert på informasjon fra Helsedirektoratet.

4.2.2 Driftsutgifter helse- og omsorgstjenester

Hvaler kommune har en større andel netto driftsutgifter til omsorgstjenester, samt høyere utgifter per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester enn sammenligningsgrunnlaget. Revisjonen vurderer at årsakene til dette vil kunne være sammensatte og ulike. Forskjellene kan skyldes en kombinasjon av demografi, geografi, og kommunens prioriteringer. Små kommuner som Hvaler har ofte høyere kostnader per innbygger, hvor sammensetningen av brukere kan variere mye fra kommune til kommune. Når det gjelder netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten, og årsverk per bruker ligger Hvaler kommune likevel på tilsvarende samme nivå som KOSTRA-gruppe 2.

4.2.3 Driftsutgifter hjemmetjenester

Hvaler kommune har en større andel netto driftsutgifter til hjemmetjenester enn de øvrige sammenligningsgruppene. Når det gjelder netto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester inkludert hjemmetjenester, er det som nevnt flere og sammensatte forhold som kan påvirke driftsresultatet. Antall tjenestemottakere og tjenestebehov vil være relevante indikatorer som kan ha betydning for utgiftsnivået i den enkelte kommune. Eksempelvis vil et høyt antall tjenestemottagere kunne indikere et økt behov for helsetjenester, samtidig som alderssammensetningen og bistandsbehovet i befolkningen også kan ha betydning for omfanget av tjenester i en kommune.

4.2.4 Mottagere av hjemmetjenester

Hvaler kommune har hatt en prosentvis økning av tjenestemottagere i perioden 2022 til 2024. Kommunen har også flest hjemmetjenestemottagere i aldersgruppen 0-66 i likhet med sammenligningsgruppene. I 2024 hadde Hvaler kommune tilsvarende samme totale prosentandel av tjenestemottakere av hjemmetjenester som KOSTRA-gruppe 2. Kommunen har flere tjenestemottagere enn Råde og Marker, men ligger samtidig noe lavere enn de øvrige sammenligningskommunene i Østfold. Den generelle økningen i antall tjenestemottakere i kommunen, samt at majoriteten av mottagerne er i aldersgruppen 0-66 år, er med dette i tråd med tendensen som fremkommer i sammenligningsgruppene. Revisjonen vurderer derfor at nøkkeltallene ikke viser en særpreget utviklingstendens i kommunen knyttet til disse indikatorene.

SSB viser i denne sammenheng til at når produksjonen blir målt ved antall mottakere, blir det ikke tatt hensyn til variasjoner i kvaliteten på tjenestene som brukerne mottar. Det blir heller ikke tatt hensyn til variasjoner i brukernes behov eller pleietyngde ([Dokumentasjon av KOSTRA – SSB](#)). Vi vil derfor også vurdere funn knyttet til tjenestebehov i sammenheng med antall tjenestemottagere. Når det gjelder kvaliteten på tjenestene vil dette vurderes nærmere under rapportens problemstillinger 2 og 3.

4.2.5 Tjenestebehov

Hvaler kommune har flere mottagere av hjemmetjenester med høy timeinnsats enn sammenligningskommunene i Østfold, KOSTRA-gruppe 2 og landet som helhet. Revisjonen viser til at dette kan indikere at Hvaler kommune har flere brukere med et høyt bistandsbehov. I små kommuner som Hvaler vil enkeltbrukeres høye tjenestebehov samtidig kunne gi relativt store utslag i statistikken, ettersom hver tjenestemottaker utgjør en større andel av totalen. Eksempelvis vil én eller noen få innbyggere med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester, ha større innvirkning på kommunens samlede ressursbruk og nøkkeltall i en liten kommune framfor en stor. Høye utgifter per mottaker kan derfor ikke uten videre tolkes som et uttrykk for lav produktivitet, altså at man får lite produksjon igjen i forhold til pengebruken ([Dokumentasjon av KOSTRA – SSB](#)). Revisjonen vurderer at andelen hjemmetjenestebrukere med høy timeinnsats, kan være en medvirkende årsak til høyere driftsutgifter til hjemmetjenester i Hvaler kommune enn i sammenligningskommunene.

4.3 Konklusjon

Hvaler kommune har en større andel netto driftsutgifter til omsorgstjenester og hjemmetjenester enn de øvrige sammenligningsgruppene. Kommunen har en økning i antall mottagere av hjemmetjenester i likhet med sammenligningsgruppene i tallanalysen, samt det nasjonale utviklingsbildet slik det er presentert av SSB. Hvaler kommune har likevel ikke flere tjenestemottagere enn sammenligningsgruppene per 2024. Aldersfordelingen i mottagergruppene av hjemmetjenester er også i hovedsak tilsvarende i Hvaler kommune som i sammenligningsgruppene. Revisjonen finner med dette at antallet og alderssammensetningen av mottagere av hjemmetjenester i Hvaler kommune, ikke alene kan forklare høyere netto driftsutgifter til hjemmetjenester i kommunen.

Revisjonen vektlegger likevel at en økning av antall tjenestemottagere kan gi større økonomiske og statistiske utslag i en liten kommune framfor en større kommune. Når det gjelder andelen tjenestemottagere med høy timeinnsats, finner revisjonen at Hvaler kommune har den høyeste prosentandelen sammenlignet med samtlige av sammenligningsgruppene. Ressursbruk henger her naturlig sammen med brukernes bistandsbehov. Revisjonen vurderer at andelen tjenestemottagere med høy timeinnsats, kan ha en sammenheng med høyere netto driftsutgifter til hjemmetjenester i kommunen, her i kombinasjon med den generelle økningen av tjenestemottagere.

5 SAKSBEHANDLING AV SØKNADER

Problemstilling 2: Kartlegges, utredes og vurderes saker om tildeling av helse- og omsorgstjenester i samsvar med lovkrav og anbefalinger på området?

5.1 Revisjonskriterier

Revisjonen viser til den punktvis oppsummeringen av revisjonskriterier tilhørende problemstilling 2 under. Komplette utledninger av revisjonskriterier står beskrevet i kapittel 8.

- Kommunen skal legge vekt på hva bruker og/ eller pårørende mener ved tildelingen av tjenester
- Saken skal være tilstrekkelig opplyst før enkeltvedtak treffes, og det skal foreligge et samtykke ved innhenting av opplysninger om personlige forhold fra andre enn pasienten/ brukeren selv
- Dersom saksbehandlingstiden overstiger én måned, skal det sendes et foreløpig svar
- Det skal fattes enkeltvedtak ved tildeling av hjemmetjenester, og vedtaket skal være skriftlig og begrunnet. Enkeltvedtaket skal videre utformes slik at mottakeren får klar informasjon om hvilke tjenester som gis, i hvilket omfang og til hvilken tid, samt hvor lenge vedtaket gjelder
- Brukeren/ pasienten skal underrettes om vedtaket så raskt som mulig, og det skal opplyses om klageadgang og partens innsynsrett i vedtaket
- Retten til individuell plan og koordinator skal være vurdert i saker hvor det er behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Kommunen skal ha et skriftlig system med nødvendige prosedyrer for tildeling av tjenester, og skal videre ha tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge feil i saksbehandlingen

5.2 Datagrunnlag

5.2.1 Brukermedvirkning ved tildeling av tjenester

Tildelingskontoret i Hvaler kommune har en prosedyre for saksutredning. Denne beskriver utredningen gjennom trinnene ta kontakt, hjemmebesøk, innhente tilleggsinformasjon, vurdere tjenester og fatte vedtak. Prosedyren gjelder for all saksbehandling, både i nye saker og i forbindelse med evaluering av løpende saker. Ett av tre formål med rutinen er å sikre at reglene om brukermedvirkning ivaretas. Ved hjemmebesøk heter det at kommunen skal registrere hvilke ønsker tjenestesøker har knyttet til bistand og type tjenester, og videre kartlegge partens ønsker, vaner og eventuelle behov for bistand. Samtidig skal tjenestesøker gis nødvendig veiledning om sine rettigheter, samt skal det avklares hvorvidt personen selv ønsker tjenester fra kommunen. Hvis det foreligger en indikasjon på at personen ikke har samtykkekompetanse, må det oppnevnes en partsrepresentant. Når det gjelder vedtaksfasen, heter det at det som hovedregel er kommunen som avgjør hvilke tjenester som skal gis, men at det skal legges betydelig vekt på hva parten selv mener ved tildeling av tjenester.

Kommunen har også etablert et kartleggings skjema for voksne som skal benyttes ved førstegangskartlegging av den som søker tjenester. I skjemaet er det et eget punkt som omhandler spørsmål knyttet til «ditt eget ønske» og «nærstående sitt ønske». Det foreligger i tillegg til dette to dokumenter som beskriver brukermedvirkning, herunder «Generelt om brukermedvirkning» og «Barnets beste vurdering». Dokumentene omtaler lovbestemmelsene knyttet til brukermedvirkning.

I ansattintervjuene ved tildelingskontoret kommer det fram at det som hovedregel foretas hjemmebesøk, men at unntak kan forekomme i tilfeller der det allerede foreligger tilstrekkelig kartleggingsinformasjon. Ved hjemmebesøk snakker de ansatte med tjenestesøker, samt eventuelle pårørende som er til stede. Tildelingskontoret oppfordrer her brukeren til å ha med en tillitsperson eller pårørende i samtalen. De

ansatte forteller at til tross for at tjenestesøker kan ha en svært høy alder, funksjonshemning eller kognitiv svikt, vil det stort sett alltid være mulig å få en forståelse av hva vedkommende ønsker av tjenester og hjelp ut fra sitt behov. Ansatte viser samtidig til at det er viktig å kunne skille mellom hva som er tjenestesøkers behov, og hva som er pårørendes behov da disse kan oppleve situasjonen ulikt. Tildelingskontoret opplyser at de vektlegger brukermedvirkning tungt i alle saker, samt benytter brukers uttrykte behov og ønsker i vurderingen av tjenestebehovet i vedtakene. Det legges til rette for samarbeidsmøter for å sikre medvirkning og involvering i beslutninger. Ansatte ved hjemmetjenesten bekrefter under sine intervjuer at de opplever at brukermedvirkningen er ivaretatt i vedtak om tjenester.

Revisjonens mappegjennomgang viser at det i en klar hovedvekt av sakene, kommer fram informasjon i vedtaket om hva bruker selv mener om sitt behov for tjenester. Brukers perspektiv er enten innhentet aktivt fra kommunen gjennom kartlegging, eller ved at bruker og/eller pårørende selv har formidlet et journalført behov til kommunen. I vedtakene vektlegges brukers stemme i vurderingen av et eventuelt tjenestebehov, her sett i sammenheng med relevant kartleggingsinformasjon. Av bruker- og pårørendeintervjuene kommer det fram at både brukere og pårørende har opplevd tildelingen av tjenester som en god prosess.

5.2.2 Utredning av hjelpebehov og innhenting av samtykke

Det foreligger en generell rutine for kommunens opplysnings-, rådgivnings-, - og veiledningsplikt etter bestemmelsene i forvaltningslovens § 11. Rutinen er ikke begrenset til et fagområde. I kommunens kartleggingsskjema for voksne, heter det at skjemaet skal sikre enhetlig informasjonshenting i alle saker. En grundig kartlegging er oppgitt til å ta 2 til 3 timer. Informasjonsinnhenting må likevel tilpasses på den måten at skjemaet i noen tilfeller må suppleres med øvrige kartleggingsverktøy, mens det i andre saker vil være behov for å hoppe over deler av skjemaet. Kommunen har i denne sammenheng også vist til skjema for enkel kartlegging ADL og IPLOS. ADL refererer til grunnleggende og nødvendige ferdigheter for å klare seg i hverdagen, mens IPLOS står for individbasert helse- og omsorgsstatistikk. Jamfør kommunens rutine for saksutredning skal kommunen videre danne seg et bilde av hvorvidt det foreligger et hjelpebehov, hva slags hjelpebehov, og hvor alvorlig situasjonen er for den som fremmer behovet. Det bør gjennomføres hjemmebesøk hos alle nye tjenestesøkere, og under hjemmebesøket skal kommunen registrere opplysninger som er nødvendig for å behandle søknaden.

Ansatte ved tildelingskontoret viser til at de i saksbehandlingsprosessen dokumenterer arbeidet i saksbehandlingsjournal og kartleggingsjournal, og knytter alle sakens dokumenter til saken. Det skal med dette være lett å se hva som er gjort i den enkelte sak. I intervjuene med tildelingskontoret og hjemmetjenesten, kommer det fram at der det foreligger kartleggingsinformasjon fra eksempelvis sykehus eller korttidsavdeling, gjør ikke tildelingskontoret en egen kartlegging i form av hjemmebesøk. I disse tilfellene vil tildelingskontoret ta kontakt med bruker per telefon dersom noe er uklart eller mangler, mens det er hjemmetjenesten som utfører en kartlegging av tjenestebehovet ved hjemkomst. Brukerne kan eksempelvis skrives ut fra sykehuset fredag kveld, og ha behov for tjenester med det samme. Hjemmetjenesten erfarer at behovene bruker har på eksempelvis et sykehus, kan være annerledes enn behovene hjemme hvor det er færre hjelpemidler og ansatte. I andre tilfeller fungerer bruker bedre hjemme i egne og kjente omgivelser enn på et sykehus, og behovene kan avta når de kommer hjem. Hjemmetjenesten skal da journalføre sin vurdering etter hjemkomst, som informasjon til tildelingskontoret.

Mappegjennomgangen viser at samtlige vedtak er kartlagt med relevant kartleggingsinformasjon. Kartleggingsverktøy er benyttet i flere av sakene. Kartleggingsinformasjonen er innhentet gjennom hjemmebesøk og samtaler med bruker og/eller pårørende inkludert egne pårørendemøter, informasjon/journal-

føring fra hjemmetjenesten, eller gjennom epikriser og journalnotater fra sykehus eller institusjonsopphold. Ansatte opplyser at i saker hvor en kartleggings samtale ikke er tilstrekkelig, kan det innvilges et kartleggingsopphold på korttidsavdeling for å få en mer detaljert vurdering over tid.

I kommunens rutine for saksutredning heter det videre at kommunen skal vurdere om det er behov for å innhente supplerende opplysninger fra fastlege, sykehus, Nav og andre etter samtykke. I fire av mappene foreligger det et skriftlig samtykke ved informasjonshenting hvor tre av samtykkeerklæringene er signert av bruker. Erklæringen følger her av søknadsskjemaet, og inneholder et samtykke til at Hvaler kommune ved tildelingskontoret, kan innhente og utveksle opplysninger som er nødvendig for en forsvarlig utredning. I de øvrige mappene foreligger det ikke en samtykkeerklæring. Ansatte ved tildelingskontoret opplyser at de fleste søknader ikke kommer i form av et tradisjonelt søknadsskjema, men gjennom henvendelser fra eksempelvis sykehus, fastlege, pårørende, nærmiljø eller tjenestesøker selv. Der som det ikke foreligger et skriftlig samtykke, opplyser ansatte at de alltid innhenter et muntlig samtykke fra tjenestesøker. Et muntlig samtykke skal journalføres, slik at det kommer tydelig fram av saken hva tjenestesøker har samtykket til. Av mappegjennomgangen ser revisjonen at det kommer fram skriftlig informasjon som tilsier at bruker/pasient har samtykket til innhenting av nødvendige opplysninger der det er aktuelt.

5.2.3 Foreløpig svar

Ved gjennomgang av saksmappene ser revisjonen at to av vedtakene har et søknadstidspunkt i 2023, mens vedtaksdatoen er satt i 2025. I ansattintervjuene forklares dette med at vedtakene omhandler revurdering av tjenestebehov, og at fagsystemet automatisk legger inn datoen for når opprinnelig søknad ble registrert. Revisjonen kan i disse sakene ikke se hva som er ny søknadsdato/ endringstidspunkt utover vedtaksdato. De ansatte opplyser at de har en mulighet for å endre søknadsdatoen manuelt i vedtaket.

15 av de 20 gjennomgåtte vedtakene har en saksbehandlingstid på under fire uker, hvor flere av sakene har relativt kort saksbehandlingstid. Tre av vedtakene utover revurderingssakene, overskrider en saksbehandlingstid på fire uker. Det er ikke informasjon som tilsier at det er sendt et foreløpig svar i disse enkeltsakene. Eventuell bruk av forvaltningsmelding eller foreløpig svar, er ikke omtalt i kommunens rutinebeskrivelser for saksbehandling. Ansatte opplyser likevel at det er praksis for å sende forvaltningsmeldinger ved tildelingskontoret.

Av ansattintervjuene kommer det også fram at tildelingskontoret har sett et økt behov for å sende ut et foreløpig svar. I senere tid opplever de ansatte at saksmengden har økt, samt at omfanget av sakene kan bety at det er behov for en bredere kartlegging og informasjonshenting før vedtaket kan fattes. De ansatte viser til at de gjennomgår innkomne henvendelser, og foretar en prioritering etter alvorlighetsgrad og hastegrad. I de sakene hvor de ser at saksbehandlingstiden vil overskride 4 uker, sendes det ut et foreløpig svar.

5.2.4 Skriftlig begrunnelse og krav til innhold i enkeltvedtak

I kommunens rutine for saksutredning står det at vedtaket konkret skal beskrive det materielle tilbudet om hjelp, herunder hva slags hjelp som gis, hvor mye, når og med hvilket formål. Det heter videre at vedtaket skal ha en hjemmelshenvisning, inneholde en beskrivelse av fakta, og konkret beskrive det skjønnet som er lagt til grunn for vedtaket. Kartleggings skjemaet som benyttes ved tildeling av tjenester, inneholder i denne sammenheng også en beskrivelse av kravene til enkeltvedtaket. Det kommer fram at vedtaket skal ta stilling til om vilkårene for rett til tjenester er oppfylt eller ikke, samt hvilke tiltak og tjenester som eventuelt gis for å dekke det konkrete individuelle behovet. Vedtaket skal være skriftlig

og begrunnet. Kommunen har også en rutine som heter «Krav til enkeltvedtaket». Denne omtaler forvaltningslovens bestemmelser knyttet til et enkeltvedtak.

Ansatte ved tildelingskontoret opplyser at matombringing, individuell plan og tildeling av koordinator gis uten vedtak, men brukeren får alltid skriftlig informasjon om tildelt tjeneste utover dette. Revisjonen har mottatt skriftlige vedtak. Vedtakene inneholder i hovedsak de kravene som forvaltningsloven setter til begrunnelse av enkeltvedtak. Vedtakene er hjemlet med relevante lovbestemmelser. Hjemlene er gjengitt i teksten slik at betydningen av lovteksten kommer fram i vedtaket. Det er gjort skjønnsmessige vurderinger med utgangspunkt i relevante faktaopplysninger, brukerperspektivet og gjeldende lovverk. I vedtaket får brukeren informasjon om hvilke tjenester som gis, og når de skal starte. Det kommer fram av vedtaket at behovet for helsetjenester vil bli løpende vurdert. Revisjonen oppfatter med dette at vedtaket er gjeldende så lenge behovet er likelydende som på vedtakstidspunktet.

I flere av vedtakene er det ikke tydelig i hvilket omfang tjenestene gis. Eksempelvis kan det fremstå som uklart i vedtaket hvorvidt hjelp til personlig stell, egenomsorg, eller personlig hygiene skal gis daglig eller ukentlig. I enkelte saker kan hjelpebehovet vurderes til å være omfattende, uten at innholdet i tjenestene kommer fram av vedtaket utover at hjemmetjenesten skal vurdere omfanget i samarbeid med bruker. I andre saker er det derimot presisert hvor ofte, hva eller til hvilken tid hjelpen skal gis, eksempelvis gjennom hjelp til dusj en gang per uke. Ansatte ved tildelingskontoret opplyser at vedtakene gjennom å bli mer detaljerte, kan bidra til å forplikte hjemmetjenesten i større grad. Dette har resultert i at vedtakene i stedet åpner for at hjemmetjenesten kan gjøre fortløpende faglige vurderinger. Leder for Koordinerende enhet opplyser at mindre detaljerte vedtak er en bevisst praksis for å sikre faglig fleksibilitet i tjenesteførelsen.

I intervjuer med hjemmetjenesten opplyser de ansatte at det er utøvende tjenester som har best grunnlag for å vurdere brukerens behov, da det er de som har den løpende kontakten med bruker. Avdelingsleder for hjemmetjenesten viser til at brukers situasjon kan oppleves ulikt av tildelingskontoret og hjemmetjenesten, og at tildelingskontoret i denne sammenheng skal komme med forslag til tjenester i vedtaket. Det er derimot hjemmetjenesten som må vurdere det faktiske behovet bruker har for tjenester, samt avgjøre omfanget og innholdet av tjenestene ute.

I samtlige bruker- og pårørendeintervjuer kommer det fram at tildelingen av tjenester ligger tilbake i tid, hvor to av brukerne opplyser at de med dette ikke husker nøyaktig hva som står i selve vedtaket. En av brukerne oppfatter vedtaket kun som en formalitet, og viser til at det er hjelpen de mottar i praksis som har betydning for dem. En av brukerne kan ikke huske å ha mottatt et vedtak om tjenester.

5.2.5 Underretning om vedtak, informasjon om innsynsrett og klageadgang

I kommunenes kartleggingsskjema vises det til kommunens ansvar for å informere om saksbehandlingsprosessen, hvordan kommunen håndterer personopplysninger, om retten til innsyn, og om retten til vern mot spredning av personopplysninger. Kommunen skal også gi grundig informasjon om partens rett til å reservere seg mot at andre får innsyn i personopplysninger.

Det foreligger en egen rutine for forhåndsvarsel ved omgjøringsvedtak der det allerede pågår et tjenesteforhold, samt rutine for omgjøring av vedtak uten forutgående klage. Kommunen har videre en egen rutine for klagebehandling. I rutinen «Klager på enkeltvedtak» heter det at når parten eller partsrepresentanten har mottatt underretning om vedtaket vil vedkommende kunne vurdere om man er misfornøyd med hele eller deler av vedtaket. Det er i denne sammenheng tilstrekkelig at parten eller partsrepresentanten uttrykker at vedkommende ikke er tilfreds med vedtaket.

I mappegjennomgangen kommer det fram at vedtakene sendes til mottaker av tjenestene. I intervjuene forteller de ansatte ved tildelingskontoret at de alltid ringer bruker for å informere om innholdet i vedtaket når det er ferdig behandlet. Dette oppleves som ryddig overfor bruker, og ansatte viser til at det er en god dialog i hele saksbehandlingsprosessen. I samtlige vedtak er det gitt informasjon til bruker om innsynsrett, klageadgang, framgangsmåte ved klage, klagefrist, og klageinstans. Det er derimot ikke gitt informasjon i vedtaket om at kommunen kan gi veiledning ved klage. I ett av de 20 vedtakene, ligger det ved et eget vedlegg som heter «Melding om rett til å klage over forvaltningsvedtak». Innholdet i vedlegget er mer utfyllende enn informasjonen som følger av vedtaket, og viser retten til å kreve veiledning ved klage. Av ansattintervjuene kommer det fram at dette vedlegget er gammelt, og ikke lenger i bruk. Informasjon om muligheten for veiledning ved klage, skal etter intensjonen være ivaretatt i vedtakets maltekst. De ansatte opplyser at det ikke har vært et ønske om å ta bort informasjon om retten til veiledning og hjelp ved klage i vedtakene i utarbeidelsen av maler.

Leder for koordinerende enhet opplyser at klager og tilbakemeldinger håndteres systematisk, og informasjonen brukes aktivt i kvalitetsarbeidet for å forbedre tjenester og praksis. De ansatte ved tildelingskontoret forteller for øvrig at de opplever at de får få klager. Ansatte viser til at det kunne vært hensiktsmessig med flere klager, og også muligheten til å få prøvd flere saker hos Statsforvalteren. Årsaken til et lite klageomfang, forklares med at de har en god dialog med brukere og pårørende i hele saksprosessen. Kommunalsjefen bekrefter at klagenivået er relativt lavt, men viser til at både tildelende og utførende tjenester ofte er i kontakt og dialog med innbyggere som ikke er fornøyd med tilbudet de får. Kommunedirektøren bekrefter i denne sammenheng at Hvaler kommune er i dialog med innbyggerne om tjenestetilbudet, samt at kommunen ikke har hatt negativ medieomtale knyttet til enkeltsaker i senere tid.

Ansatte i hjemmetjenesten viser i denne sammenheng til at de tilsvarende opplever at klageomfanget er lite. Hjemmetjenesten opplyser at de informerer bruker/pårørende om muligheten for å sende en klage på tjenesten til tildelingskontoret, dersom det er misnøye med tjenestetilbudet. I to av bruker- og pårørendeintervjuene kommer det fram at det ikke har vært aktuelt å klage. Hvis de derimot har hatt ønsker om endringer i tjenestene, har dette løst seg gjennom dialog med hjemmetjenesten. I de resterende to intervjuene har det vært levert en klage på avslag på avlastningsopphold. Brukerne har mottatt bistand fra pårørende og en kontaktperson i hjemmetjenesten til å skrive klagen.

5.2.6 Retten til individuell plan og koordinator

Statistikk fra SSB i tabell [12292: Omsorgstjenester - supplerende grunnlagstall, etter region, statistikkvariabel og år. Statistikkbanken](#), viser at Hvaler kommune har 16 brukere med individuell plan per 2024. I ansattintervjuene med tildelingskontoret, kommer det fram at dette tallet er gjenkjennbart basert på deres oversikt over løpende planer for 2025. Det er koordinerende enhet som har oversikt over hvem som har individuell plan.

Kommunen har utarbeidet en rutine som heter «Individuell plan og koordinator». Formålet med rutinen er ivaretagelse og oppfølging av pasient/bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Av ansvarfordelingen kommer det fram at alle ansatte i Helse og friskliv har et ansvar for å bidra til at pasient/bruker får et samordnet og koordinert tjenestetilbud. Koordinerende enhet har likevel et overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator og arbeidet med individuell plan. Det arrangeres opplæring to ganger i året for alle koordinatorene og ansatte med ansvar for individuell plan. Rutinen skal sørge for at brukermedvirkning er ivaretatt, at det samhandles med utøvende enhet, samt at det blir oppnevnt koordinator innen rimelig tid.

Det foreligger videre en egen rutine for koordinator, herunder «Koordinator; ansvar og oppgaver». Denne rutinen skal sikre helhetlig ivaretagelse og oppfølging av pasient/bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og gi en klargjøring av koordinators ansvar og oppgaver. Koordinator har hovedansvaret for den helhetlige oppfølgingen av pasient/bruker.

I ansattintervjuene med tildelingskontoret kommer det fram at et eventuelt behov for individuell plan, og koordinator vurderes fortløpende i alle aktuelle saker. Vurderingen gjøres i dialog med bruker, pårørende og aktuelle fagpersoner, hvor dialogen skal journalføres. Der det er behov for koordinerte tjenester vil tjenestemottageren motta et tildelingsbrev om individuell plan. I tilfeller hvor det er aktuelt med en koordinator, vil tildelingskontoret gjøre en vurdering av hvilken tjeneste som skal ha koordinatoransvaret. Koordinator blir deretter tildelt av leder i rett tjeneste. Av mappegjennomgangen kommer det ikke fram informasjon som tilsier at det foreligger en vurdering av behovet for individuell plan og/eller koordinator. De ansatte viser til at individuell plan og koordinator ikke omtales i saker hvor det ikke er behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Intervjuene med ansatte i hjemmetjenesten, viser at det er flere ansatte i hjemmetjenesten som er oppnevnt som koordinator, samt gjennomfører oppfølging av individuelle planer. Hjemmetjenesten opplyser at de her samarbeider med flere andre instanser, herunder fysioterapeut, ergoterapeut, hverdagsrehabilitering, dagtilbud i hjemmet, mobilt team, hjelpemiddelsentralen, fastleger og legekantor i dette oppfølgingsarbeidet. I tre av bruker- og pårørendeintervjuene kom det fram at det ikke er et behov for en individuell plan eller koordinering av tjenestene. For en av brukerne som ble intervjuet, foreligger det individuell plan og koordinator.

5.2.7 Kommunens tiltak og rutiner for kontinuerlig forbedring

Kommunedirektøren viser til at det ikke er gjennomført en risikovurdering på tjenesteområdet Helse og friskliv på et overordnet nivå. Kommunenes ledelse viser samtidig til at det gjennomføres løpende risikovurderinger på enhetsnivå, til tross for at en samlet overordnet risikovurdering på tjenesteområdene ikke er ferdigstilt. Kommunalsjef for Helse og friskliv bekrefter dette, og viser samtidig til at det utføres løpende risikovurderinger knyttet til leveranse av forsvarlig helsehjelp på individnivå. Det er ellers gjennomført en risikovurdering i Koordinerende enhet innenfor områdene ergonomi, sikkerhet og beredskap, organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø, bruk av kjemikaler og fysisk arbeidsmiljø. Kommunen har samtidig et årshjul per mai 2025 for tjenesteområdet Helse og friskliv. Årshjulet er ikke ferdigstilt, men inneholder frister, mål og tiltak etter en månedsfordeling gjennom året. Det er oppført ansvarlige for tiltakene som bekrefter lederforankring. Eksempler på tiltak er gjennomføring av brukerundersøkelser, kompetansehevende aktiviteter, risikoanalyser, gjennomgang av internkontroll inkludert handlingsplan, og utførelse av verneunder.

Leder for Koordinerende enhet opplyser at risikovurderinger innenfor tjenesteområdene i enheten er utført i samarbeid med ansatte og verneombud. Resultatene brukes aktivt gjennom året som grunnlag for handlingsplaner, tiltak og evaluering. Leder opplever at overgangen fra RiskManager til Compilo har gitt bedre systemstøtte og enklere oppfølging. Dette understøttes av kommunalsjefen som viser til at kvalitetssystemet nå har bedre funksjonalitet for å opprettholde en god internkontroll. Det kommer samtidig fram at kvalitetssystemet Compilo nå er implementert, og i aktiv bruk i kommunen. Avviksbehandling oppgis å være et fast punkt på agendaen i teammøtene i Koordinerende enhet. Informasjon fra avviksmeldinger brukes til å identifisere forbedringsområder, iverksette tiltak og evaluere effekten, slik at tjenestene kan tilpasses og forbedres i praksis. Leder fremholder også dialog som et viktig virkemiddel for å utbedre avvik eller forbedringsområder.

Når det gjelder møter mellom Koordinerende enhet og hjemmetjenesten, gjennomføres det ukentlige ledermøter ved Dypedalsåsen Helsesenter. Kommunalsjef opplyser at det i tillegg gjennomføres regelmessige statusmøter med hver enkelt enhetsleder hvor særlige temaer for den enkelte enhet får oppmerksomhet. Leder for koordinerende viser til at hun har faste møter med kommunalsjef hver tredje uke, hvor det blant annet etterspørres informasjon om avvik, måloppnåelse, tjenestekvalitet og utfordringer knyttet til ressursbruk og organisering.

Kommunen har egne rutinebeskrivelser når det gjelder kriterier for tildeling av tjenester, herunder trygghetsalarm, praktisk bistand, kartlegging og oppfølging av behov for fysioterapi til barn, unge og voksne og hverdagsrehabilitering. I tillegg foreligger det egne rutinedokumenter for prioriteringsnøkler. Prioriteringsnøklerne skal sikre lik prioritering av henvendelser uavhengig av personlige forutsetninger, og skal videre være i tråd med lovverk og retningslinjer. Kommunen har også oversendt internkontrolldokumenter for Koordinerende enhet, samt Hvaler frivillighetssentral, ergoterapi, fysioterapi og hverdagsrehabilitering og Hjelpemiddellageret. Det er en ansvarsmatrise for tverrfaglig møte mellom Dypedalsåsen Bo- og behandlingssenter (DBB) og Tildeling.

Ansatte ved tildelingskontoret viser til at det er lagt til rette for faglig utvikling, og at de har en møtestruktur som underbygger dette. Det gjennomføres blant annet ukentlige vedtaksmøter hvor også leder deltar. Leder for Koordinerende enhet henviser i denne sammenheng også til at Smartkom nettverket brukes aktivt, hvor deltagelse gir læring og overføringsverdi mellom sammenlignbare kommuner. Revisjonen finner ellers at kommunen har rutiner for saksbehandling som i stor grad sammenfaller med praksis.

Ved den generelle kvalitetssikringen av tjenestetildelingen, oppgir leder at kvaliteten styrkes gjennom tverrfaglige drøftingsmøter med hjemmesykepleien, og dialog med andre tjenesteytere. Saksbehandlerne skal ivareta Hvaler kommunes akronym ÅPEN – Åpne, Profesjonelle, Engasjerte og Nyskapende, som et utgangspunkt for kvalitet i saksbehandlingen. Samtlige vedtak gjennomleses og godkjennes av leder i siste ledd. Sakene skal være godt gjennomarbeidet i saksdrøftingsmøter og kollegaveiledning før de kvalitetssikres. Ved kvalitetssikring av mer omfattende vedtak eller avslag, gjennomføres dette i flere ledd. To-saksbehandlerprinsippet bidrar til likebehandling, og reduserer risikoen for feil.

Tildelingskontorets primære mål er å gi forsvarlige tjenester i samsvar med lovverk og brukers behov, hvor vurderingene gjøres etter omsorgstrappen som er et trinnvis system av omsorgsnivåer. Leder for Koordinerende enhet oppgir at mangel på sykehjemsplasser i kombinasjon med en økning tjenestemottagere med et økt bistandsbehov, kan skape et økt press på hjemmetjenesten. Enhetsleder viser med dette til at det er av betydning at kommunen tenker økonomisk og langsiktig, ved å legge til rette for at flere kan motta forsvarlig hjelp i eget hjem, framfor mer kostnadskrevenne institusjonsplasser. Ansatte ved tildelingskontoret forteller i denne sammenheng at de opplever å befinne seg i et spenningsfelt mellom brukers behov, kommunens økonomi og belastningen på hjemmetjenesten. Leder for Koordinerende enhet beskriver en utydelighet rundt hvorvidt det er tildelende eller utøvende enhet som har beslutningsmyndigheten ved tildeling av tjenester, og at dette aktualiseres ved uenigheter om tjenestebehovet for den enkelte. Leder viser i denne sammenheng til en uklarhet i roller og myndighet, samt en opplevelse av at det ikke alltid er tillit til vurderingene som tildelingskontoret har gjort.

Når det gjelder organisasjonsmodellen ved tildeling og utøvelse av hjemmetjenester, viser kommunalsjef for Helse og friskliv til at tjenestebehovet for den enkelte kan variere over tid, og at hjemmetjenesten ut fra dette skal orientere tildelingskontoret dersom det er endringer i behov som tilsier en revurdering av vedtak. Kommunalsjefen involveres primært i saker som påvirker ressursene kommunen har til rådighet, eksempelvis ved sykehusinnleggelse, brukere med stort bistandsbehov, eller en ressursinnsats som går ut over rammene. Kommunedirektøren viser videre til at organiseringsmodellen i Hvaler kommune, har organisatoriske fordeler ved at tjenestetildelingen og vedtaksmyndigheten er samlet på et

sted i kommunen. Dette gir mulighet for å se tildeling av tjenester i sammenheng, og på tvers av organisatoriske enheter, i tillegg til at det samler den faglige kompetansen til saksbehandlerne. Ulempen beskrives til å være at vedtaksmyndigheten er frakoplet det økonomiske ansvaret for vedtakene da budsjettmyndigheten ligger til andre ledere. Kommunedirektøren viser til at samhandling mellom tildelede og utøvende enhet er avgjørende, spesielt knyttet til hvordan behov dokumenteres, og hvordan nye vedtak begrunnes når behovet for tjenester endres.

5.3 Vurderinger

5.3.1 Brukermedvirkning ved tildeling av tjenester

Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Tjenesten skal tilpasses individuelt, og i tråd med brukerens ønsker, mål og livssituasjon. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten jf. bestemmelsens tredje ledd. Krav til samtykkets form er nærmere beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-2 1. ledd. Her heter det at et samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig, er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen.

Revisjonen finner at Hvaler kommune har rutiner for å ivareta brukermedvirkning og kravene til samtykke. I rutinene kommer det fram at kommunen skal legge betydelig vekt på hva parten selv mener ved tildeling av tjenester. Det skal også avklares hvorvidt personen selv ønsker tjenester fra kommunen. Av mappegjennomgangen ser revisjonen at det kommer fram skriftlig informasjon som tilsier at bruker har samtykket til å motta hjelp. Revisjonen vurderer at et samtykke er viktig for å ivareta retten til selvbestemmelse, samt hindre at vedkommende får tildelt hjelp mot sin vilje. Vi vektlegger positivt at rutinene tar utgangspunkt i god praksis, noe som sannsynliggjør at kommunen har et bevisst forhold til lovkrav og kvalitetsarbeid når det gjelder brukermedvirkning.

Funn fra ansattintervjuene ved tildelingskontoret viser at det som hovedregel foretas hjemmebesøk, samt gjennomføres samarbeidsmøter med både tjenestesøker og eventuelle pårørende. Mappegjennomgangen avdekker at det kommer fram informasjon i vedtaket om hva bruker selv mener om sitt behov for tjenester. Brukers stemme vektlegges i vedtakets vurdering av tjenestebehovet, og samtaler og samarbeidsmøter med brukere og eventuelle pårørende er journalført. Revisjonen mener at dokumentert brukerinnflytelse sikrer medvirkning og involvering i beslutninger. Det er vår vurdering at kommunens rutiner er i overensstemmelse med etablert praksis, og at kommunen sikrer brukermedvirkning i prosessen for tildeling av hjemmetjenester.

5.3.2 Utredning av hjelpebehov og innhenting av samtykke

Det følger av forvaltningsloven § 17, at kommunen har plikt til å påse at saken er så godt opplyst som mulig før enkeltvedtak treffes. Det skal foreligge tilstrekkelige opplysninger i saken slik at den kan vurderes og avgjøres på en faglig forsvarlig måte. Det skal kun innhentes relevante opplysninger som kan si noe om vedkommendes tjenestebehov. Helsedirektoratets veileder IS-2442, viser i denne sammenheng til at det kan være hensiktsmessig med et kartleggingsskjema for å sikre at nødvendig informasjon blir innhentet.

Revisjonen finner at kommunen har et eget kartleggingsskjema som har som formål å sikre enhetlig informasjonsinnsamling i alle saker. Kommunen benytter også et skjema for enkel kartlegging ved ADL og

IPLoS. Mappегjennomgangen viser at samtlige vedtak er kartlagt med relevant kartleggingsinformasjon hvor kartleggingsverktøy er benyttet i flere av sakene. Revisjonen vektlegger positivt at kommunen har rutiner for å innhente og dokumentere relevant kartleggingsinformasjon, samt at de aktuelle kartleggingsverktøyene benyttes i praksis. Tilstrekkelig kartlegging bidrar til å gi et helhetlig bilde av brukerens situasjon, samtidig som det sikrer at tjenestene blir tilpasset den enkeltes behov.

Når det gjelder innhenting av informasjon om personlige forhold fra andre enn brukeren selv, må vedkommende samtykke til at instansen fritas fra taushetsplikten. Dette er nærmere beskrevet i forvaltningslovens § 13 a jf. helsepersonelloven § 22. Dersom det ikke foreligger et skriftlig samtykke, opplyser ansatte at de alltid innhenter et muntlig samtykke fra tjenestesøker. Et muntlig samtykke skal journalføres, slik at det kommer tydelig fram av saken hva tjenestesøker har samtykket til. Av mappегjennomgangen ser revisjonen at det kommer fram skriftlig informasjon som tilsier at bruker har samtykket til innhenting av nødvendige opplysninger der det er aktuelt. Revisjonen vurderer at et journalført samtykke også bidrar til sporbarhet, samt en tydeliggjøring av hvorvidt bruker har fått tilstrekkelig og forståelig informasjon om hvilke opplysninger som skal innhentes, og hvorfor de skal innhentes. Revisjonen vurderer ut fra dette at kommunen foretar en tilstrekkelig og dokumentert kartlegging, samt innhenter informasjon fra andre instanser basert på et informert og journalført samtykke fra den enkelte tjenestemottager der det er relevant.

5.3.3 Foreløpig svar

Forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold jf. forvaltningslovens § 11 a. Dersom det må ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en henvendelse kan besvares, skal det forvaltningsorganet som mottok henvendelsen, snarest mulig gi et foreløpig svar. I saker som gjelder enkeltvedtak skal det gis foreløpig svar etter annet ledd, dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt.

Revisjonen finner at hovedvekten av vedtakene i de mottatte saksmappene, har en saksbehandlingstid på under fire uker. Tre av de aktuelle vedtakene har imidlertid en saksbehandlingstid på over fire uker, uten at revisjonen kan se at det foreligger et foreløpig svar til tjenestemottageren. Revisjonen mener at det uten unntak bør sendes et foreløpig svar til tjenestemottager der saksbehandlingstiden overskrider fire uker. Dette vil gi tjenestemottageren informasjon om når endelig svar kan forventes, og samtidig bidra til å opprettholde en god forvaltningsskikk. Revisjonen anser dette som særlig aktuelt med bakgrunn i at kommunen uttrykker at både saksmengden og saksomfanget har økt i senere tid.

Av den øvrige mappегjennomgangen finner revisjonen to revurderingsvedtak med et søknadstidspunkt i 2023 og vedtaksdato i 2025. Til tross for at ansatte beskriver dette som en følge av tekniske forhold i fagsystemet, vurderer revisjonen likevel at kommunen også i disse sakene bør vurdere hvorvidt det er behov for å sende et foreløpig svar. Revisjonen mener samtidig at det er av betydning at rett søknadsdato fremkommer av vedtaket, slik at både søknadstidspunktet og den reelle saksbehandlingstiden er sporbar også for tjenestemottageren.

5.3.4 Skriftlig begrunnelse og krav til innhold i enkeltvedtak

All kommunal saksbehandling, tjenestetildeling og tjenesteyting innenfor helse- og omsorgstjenestene skal være forsvarlig jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1. Hva som er å oppfatte som forsvarlige tjenester skal gjøres etter en individuell helse- og sosialfaglig behovsvurdering basert på relevant kartleggingsinformasjon. Enkeltvedtak skal begrunnes, og begrunnelsen skal gis samtidig med vedtaket, jf. forvaltningslovens § 24 første ledd. Kravene til begrunnelsens innhold følger av forvaltningslovens § 25 og innbefatter en redegjørelse for hvilke regler som er anvendt, en beskrivelse av faktum som er lagt til

grunn for avgjørelsen, og en redegjørelse for hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen.

Revisjonens undersøkelser viser at det fattes skriftlige vedtak, samt at vedtakene er hjemlet og gjengitt med relevante lovbestemmelser. Det er gjort skjønsmessige vurderinger med utgangspunkt i relevante faktaopplysninger, brukerperspektivet og gjeldende lovverk. Når det gjelder omfanget av tjenestene, vurderer derimot revisjonen at dette ikke kommer tydelig fram i flere av vedtakene. Eksempelvis kan hjelpebehovet til tjenestemottager vurderes til å være omfattende, uten at vedtaket presiserer om hjelpen skal gis ukentlig eller daglig. I andre vedtak mangler det beskrivelser av hva tjenestene skal inneholde, utover at det skal vurderes i samråd mellom bruker og utøvende tjenester.

Vi viser i den forbindelse til Helsedirektoratets veileder for saksbehandling, hvor det heter at vedtaket må være så konkret utformet at det skaper forutsigbarhet for brukeren, samtidig som det bør være så fleksibelt at det tar høyde for normale svingninger i bistandsbehovet. Det bør ikke være så spesifikt at det stadig må endres, eller ikke overlater noe til tjenesteutøvernes faglige vurderinger, men samtidig ikke så lite spesifikt at tjenesteyternes kapasitet blir avgjørende. Det er viktig at vedtakene inneholder en tydelig angivelse av rammer og eventuelle mål, slik at vedtaket forplikter kommunen i tilstrekkelig grad, samtidig som det gir forutsigbarhet for bruker. Dette innebærer imidlertid ikke en nøyaktig tidfesting i form av et gitt antall timer per uke eller en bestemt ukedag, da dette eksempelvis kan utformes i tiltaksplaner ved siden av vedtaket. Vedtaket må likevel være detaljert nok til at det blir klart for brukere og pårørende hva som konkret er innvilget, og hvorfor dette er tilstrekkelig.

Revisjonen vurderer ut fra ovennevnte at noen av vedtakene har mangler som knytter seg til en konkretisering av tjenestenivået, og herunder også omfanget av tjenestene. Vi vektlegger at det i kommunens egen rutine for saksutredning ved tildelingskontoret, heter at vedtaket konkret skal beskrive det materielle tilbudet om hjelp, herunder hva slags hjelp som gis, hvor mye, når og med hvilket formål. Mange brukere har i denne sammenheng også vansker med å følge med på om de får tilstrekkelige tjenester, eksempelvis brukere med kognitiv svikt og demens. Hvis det er hensiktsmessig og brukeren selv ønsker det, kan derimot den nærmere tidfestingen overlates til avtale mellom brukeren og de som skal yte tjenesten jf. Helsedirektoratets veileder for saksbehandling. Revisjonen mener likevel at det er av betydning at vedtaket gir brukeren informasjon om hvilke tjenester som skal gis basert på hjelpebehovet, og videre indikere hvor ofte hjelpen skal gis. I tilfeller der bistandsbehovet beskrives som omfattende i vedtaket, vil det være av betydning at vedtaket eksempelvis viser hvorvidt hjelpen skal gis daglig eller ukentlig.

Revisjonen viser til at forsvarlighetskravet i saksbehandlingen handler om å sikre at bruker mottar riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, og vi anbefaler med dette kommunen å sikre at omfanget av tjenestene kommer tydelig fram i vedtak om tildeling av tjenester i hjemmet.

5.3.5 Underretting om vedtak, informasjon om innsynsrett og klageadgang

Forvaltningslovens bestemmelser viser til brukers rett til informasjon knyttet til enkeltvedtak. Brukeren skal så snart som mulig underrettes om vedtaket, jf. forvaltningsloven § 27. Videre skal det skal gis opplysninger om partens adgang til å se sakens dokumenter. I underretningen om vedtaket skal det gis opplysninger om klageadgangen, jf. forvaltningsloven § 27 tredje ledd, og pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Det skal fremgå at det er klageadgang på vedtaket, sammen med opplysninger om klagefrist, klageinstans og fremgangsmåte ved klage. I tillegg bør det gå fram at kommunen kan gi veiledning i forbindelse med en eventuell klage.

I kommunenes kartleggings skjema vises det til kommunens ansvar for å informere om saksbehandlingsprosessen, hvordan kommunen håndterer personopplysninger, om retten til innsyn, og om retten til vern mot spredning av personopplysninger. Av mappegjennomgangen ser revisjonen at vedtakene er sendt til mottageren av tjenestene, og revisjonen finner at det i samtlige vedtak er gitt informasjon til bruker om innsynsrett, klageadgang, framgangsmåte ved klage, klagefrist, og klageinstans. Til tross for at kommunens ledere og ansatte anser klagenivået i kommunen som relativt lavt, finner revisjonen derimot ikke indikasjoner på at kommunen ikke gir god informasjon til tjenestemottagerne om retten til å klage gjennom både muntlig og skriftlig informasjon. I to av bruker- og pårørendeintervjuene kommer det i denne sammenheng også fram at det er levert en formell klage på avslag på tjenester, noe som indikerer at klageretten benyttes.

Revisjonen finner imidlertid ikke informasjon i vedtakene om tjenestemottagers rett til bistand til å klage. Veiledningsplikten følger av forvaltningsloven § 11, og innebærer at forvaltningsorganer har en generell plikt til å gi parter og andre interesserte veiledning slik at de kan ivareta sine rettigheter og interesser på best mulig måte. Forvaltningsorganer som behandler saker med en eller flere private parter, skal av eget tiltak vurdere partenes behov for veiledning jf. § 11 annet ledd. Revisjonen anbefaler på bakgrunn av dette at kommunen innlemmer informasjon til bruker i enkeltvedtaket om retten til veiledning ved klage.

5.3.6 Retten til individuell plan og koordinator

Brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, som gir kommunen en plikt til å tilby plan til brukere som ønsker dette og har et behov, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1. Brukere som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, har samtidig rett til koordinator i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-2 og 7-2a.

I Helsedirektoratets veileder for saksbehandling, heter det at en individuell plan skal bidra til at bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Planen skal koordinere og styrke samarbeid mellom tjenesteytere, tjenestemottakere og eventuelt pårørende, og mellom etater på et og samme forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåer. En koordinator skal til enhver tid ha hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren, samt samordning og framdrift i tråd med det som er fastsatt i den individuelle planen. Det er kommunens koordinerende enhet som har ansvar for arbeidet med individuell plan og for å oppnevne, lære opp og veilede koordinator.

Selv om det ikke kommer fram informasjon om individuell plan eller koordinator i revisjonens mappegjennomgang, mener vi at dette ikke er avgjørende for vår vurdering av kommunenes arbeid med dette. Kommunen har egne rutinebeskrivelser for individuell plan og koordinatorfunksjonen, og ansatte viser til at det gjøres fortløpende vurderinger av et eventuelt behov i alle aktuelle saker. Koordinerende enhet har det overordnede ansvaret for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, samt opplæring i individuell plan. Det føres en oversikt over hvem som har en individuell plan, og det arrangeres opplæring for alle koordinatører og ansatte med tildelt ansvar for oppfølging av planer. Revisjonen vurderer samlet sett at individuell plan og koordinator er viktig for å sikre kvalitet, kontinuitet og helhet i helse- og omsorgstjenester. Revisjonen mener at kommunen ivaretar det strategiske arbeidet med individuell plan og koordinator i samsvar med lovens bestemmelser.

5.3.7 Kommunens tiltak og rutiner for kontinuerlig forbedring

Revisjonen viser til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 hvor det heter at kommunen skal «sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet». I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd, pålegges kommunen en plikt til å «planlegge, gjennomføre,

evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift.» Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav om intern styring og kontroll ved systematiske tiltak og styring av tjenestene.

Revisjonens undersøkelser viser at tildelingskontoret ved Koordinerende enhet har rutiner for saksbehandling som i stor grad sammenfaller med praksis. Leder viser til at det er gjennomført risikovurderinger innenfor tjenesteområdene i enheten, og at avviksmeldinger benyttes i forbedringsarbeidet. Det legges til rette for kompetanseutvikling og kvalitet i tjenestene gjennom blant annet en etablert møtestruktur, deltagelse i Smartkom nettverket, opplæringsaktiviteter for ansatte og kvalitetssikring av vedtak, samt at leder rapporterer på relevante områder i sin styringslinje. Revisjonen vurderer at dette samlet sett tilsier at det er etablert styringstiltak som viser at kommunen jobber systematisk med kvalitetsforbedring ved tildeling av tjenester.

Basert på kommunens redegjørelse og dokumenter, finner revisjonen at tildelingskontorets primære mål er å gi forsvarlige tjenester i samsvar med lovverk og brukers behov. I henhold til Hvaler kommunes årsmelding har Koordinerende enhet en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling, både på individnivå og mellom tjenesteytere på tvers av fag, sektorer og nivå i helse- og omsorgstjenesten. Enheten har også en sentral rolle i den interne samhandlingen. Leder for Koordinerende enhet beskriver samtidig at det i praksis oppleves som uklart hvorvidt det er tildelende eller utøvende enhet som har beslutningsmyndigheten ved tildeling av tjenester, og at roller og myndighet i denne sammenheng framstår som utydelig. Denne usikkerheten bekreftes gjennom ansattintervjuer i både tildelende og utøvende tjenester, samt av leder for hjemmetjenesten.

Revisjonen vurderer at en uklarhet rundt beslutningsmyndighet og ansvar, kan ha betydning for blant annet pasientsikkerhet, lovpålagt internkontroll og kvalitetssystemer, samt økonomi og effektivitet i organisasjonen. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3, heter det at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Revisjonens undersøkelser viser at det ikke er gjennomført en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse i Helse og friskliv, samt at årshjulet for tjenesteområdet ikke er ferdigstilt. Revisjonen vurderer at en risikovurdering kan gi oversikt over forhold som kan påvirke eksempelvis måloppnåelse, samhandling og økonomi. En risikovurdering vil også gjøre det mulig å prioritere tiltak ut fra hvor risikoen er størst. Et årshjul vil på sin side kunne fungere som et planleggings- og styringsverktøy som sørger for koordinering mellom ulike fagområder, samt at viktige aktiviteter blir gjennomført til rett tid.

Revisjonen vurderer at en enhetlig og koordinert praksis for tildeling og utførelse av hjemmetjenester, er nødvendig for å sikre systematisk styring av tjenesteområdet i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 4-2. Revisjonen anbefaler med dette kommunen å vurdere tiltak for å sikre en mer enhetlig og koordinert praksis gjennom god internkontroll. Vår anbefaling må her ses i sammenheng med vår vurdering under rapportens punkt 6.3.4.

5.4 Konklusjon og anbefalinger

Hvaler kommune har i stor grad rutiner og praksis som sørger for at saker om tildeling av helse- og omsorgstjenester kartlegges, utredes og vurderes i samsvar med lovkrav og anbefalinger på området. Kommunen ivaretar brukermedvirkning ved tildeling av tjenester, og revisjonen mener at kommunen foretar en tilstrekkelig og dokumentert kartlegging, samt innhenter informasjon fra andre instanser basert på et informert og journalført samtykke fra den enkelte tjenestemottager. Vedtakene er hjemlet i relevant lovverk og gir informasjon om tjenester, klageadgang og innsynsrett. Revisjonen finner også at kommunen ivaretar det strategiske arbeidet med individuell plan og koordinator i samsvar med lovens bestemmelser. Samtidig finner revisjonen at det ikke systematisk sendes ut et foreløpig svar til tjenestemottager der saksbehandlingstiden overskrider fire uker. Noen av vedtakene har ellers mangler når det gjelder en konkretisering av tjenestenivået og omfanget av tjenestene, samt at vedtakene ikke inneholder informasjon om tjenestemottagers rett til bistand ved klage.

Til tross for at det foreligger rutiner som underbygger kommunens organisasjonsmodell, oppfatter revisjonen at det likevel kan oppstå utfordringer knyttet til samhandlingen mellom tildelende og utøvende tjenester. Revisjonen vurderer at en uklarhet rundt ansvar og myndighet ved tildeling og utførelse av helsetjenester i kommunen, kan ha betydning for kommunens plikt til å ivareta en systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Dette sett i sammenheng med god internkontroll på tjenesteområdet som helhet.

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør:

- sende foreløpig svar til tjenestemottaker i samtlige saker hvor saksbehandlingstiden overstiger fire uker
- sikre at omfang og innhold av tildelte tjenester fremgår tydelig i vedtakene
- sikre at vedtakene inneholder informasjon om tjenestemottakers rett til veiledning ved klage
- vurdere tiltak for å sikre en enhetlig praksis for samhandling mellom tildelende og utøvende tjenester

6 SAMSVAR MELLOM VEDTAK OG TJENESTER

Problemstilling 3: Er det samsvar mellom enkeltvedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester, og de tjenester brukerne får?

6.1 Revisjonskriterier

Revisjonen viser her til den punktwise oppsummeringen av revisjonskriterier under problemstilling 3. Komplette utledninger av revisjonskriterier står beskrevet i kapittel 8.

- Tjenestene skal iverksettes fra det tidspunktet pasientens/ brukerens behov tilsier det
- Relevante og nødvendige opplysninger skal være journalført, og tjenestene skal være i samsvar med enkeltvedtaket for den enkelte bruker/ pasient
- Kommunen skal legge vekt på hva bruker mener ved utføringen av tjenester, og brukererfaringer og eventuelle klager fra den enkelte pasient/ bruker skal dokumenteres
- Kommunen skal ha et skriftlig system med nødvendige prosedyrer for utføringen av tjenester, og ha tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge feil ved utføringen av tjenester

6.2 Datagrunnlag

6.2.1 Iverksetting av vedtak

Ansatte i hjemmetjenesten opplyser at det i hovedsak er kort saksbehandlingstid ved tildelingskontoret, og at vedtakene inneholder tilstrekkelig informasjon for å gi tjenester i hjemmet. Det er ikke praksis for at brukere mottar tjenester uten vedtak.

Kommunen har en rutine for «Mottak av bruker i helsetjenester i hjemmet». Denne inneholder en sjekkliste som skal sikre en trygg overgang til hjemmet for bruker. Sjekklisten skal blant annet bidra til at det lages en foreløpig tiltaksplan basert på opplysningene som foreligger i saken, og at 3 dagers samtale med sykepleier/vernepleier kommer i gang. Formålet er at bruker får en strukturert oppfølging av tjenestebehovet senest 3 dager etter hjemkomst fra sykehus/helsehus, eller der bruker er ny.

Hjemmetjenesten opplyser i intervjuene at de utarbeider tiltaksplaner i forbindelse med oppstart av tjenester, her i tråd med rutinen om vurdering senest innen 3 dager. Tiltaksplanen er en viktig del av hjemmetjenestens arbeidsverktøy, og det er avgjørende at planen er raskt på plass for å gi nødvendige tjenester i hjemmet. Formålet med tiltaksplanen er at ansatte ut fra denne skal kjenne brukers behov uten å ha møtt vedkommende. Avdelingsleder viser til at hun følger opp tiltaksplanene i samarbeid med samhandlingssykepleierne. Denne oppfølgingen gjøres i tilfeller der det er nye brukere uten tidligere vedtak, endringer i tjenester eller tilsyn, eller der bruker har vært innlagt på sykehus og kommer hjem igjen.

Av revisjonens mappegjennomgang kommer det fram at det foreligger tiltaksplaner i alle saker hvor det er innvilget tjenester i hjemmet. Tiltaksplanene er datert, og viser innholdet i tjenesten, tidsplan og en beskrivelse av hjelpen. Tiltaksplanene samsvarer med tjenester gitt i vedtak, og kan være mer konkrete på omfanget av tjenester enn det som framkommer av vedtaket. Dateringen av tiltaksplanen er i hovedsak nært i tid med vedtaksdatoen på vedtaket. I tillegg til tiltaksplanene foreligger det journalnotater som bekrefter oppstart av tjenesten i et flertall av sakene. Samtlige brukere og pårørende vi har intervjuet, opplyser at tjenestene kom svært raskt i gang etter at det oppstod et behov for hjelp.

6.2.2 Journalføring av opplysninger og samsvar mellom vedtak og tjeneste

Når det gjelder den løpende journalføringen opplyser ansatte at dette skal gjøres i fagsystemet Gerica. Revisjonen finner ikke at det er utarbeidet en egen rutine for journalføring. Ansatte i hjemmetjenesten viser til at de ikke alltid journalfører godt nok, eller rekker å legge inn en evaluering i et eget evalueringsnotat. Det kommer også fram av intervjuene at det er varierende kompetanse og erfaring blant de ansatte i hjemmetjenesten når det gjelder journalføring. Revisjonens mappegjennomgang viser at det i nær halvparten av sakene ikke foreligger en løpende journalføring utover tiltaksplanen. Revisjonen har her ikke inkludert vedtak som kun omhandler trygghetsalarm, da vi legger til grunn at journalføring først gjør seg gjeldende der alarmen utløser behov for tiltak. I sakene hvor det mangler journalføring indikerer likevel både vedtaket og tiltaksplanen, at bistandsbehovet tidvis er omfattende. Tidsintervallene uten journalføring er samtidig av en varighet som tilsier at det er manglende journalføring av relevante og nødvendige opplysninger i disse sakene.

Hjemmetjenesten opplyser at dersom de gir tjenester som ikke samsvarer med vedtaket, kan dette skyldes mangelfull informasjonsflyt mellom hjemmetjenesten og tildelingskontoret, for eksempel ved ufullstendig dokumentasjon i journal. Hjemmetjenesten viser til at endringsmeldinger skal koordineres av samhandlingssykepleier på hvert team, herunder Øst og Vest. Samhandlingssykepleierne har ukentlige teammøter i sine respektive team hvor informasjon knyttet til endringer skal samles opp. Samhandlingssykepleierne skal her fungere som et koordinerende mellomledd i dialogen mellom tildelingskontoret og hjemmetjenesten. Det skal utarbeides rapporter fra de to teamene i hjemmetjenesten, som beskriver endringer i utviklingen til den enkelte bruker. Avdelingsleder viser til at det er opprettet en tavleoversikt knyttet til gjennomføring av evaluering etter fire uker. Etter fire uker skal evalueringen foretas med jevnlike intervaller. Ved endringer av behov hos tjenestemottaker som har betydning for vedtaket, skal det videre sendes en internmelding til tildelingskontoret. Det opplyses at evalueringer med dette er satt mer i system, uten at det fungerer optimalt per i dag. Fravær på ledernivå har medført utfordringer med å følge opp dette så mye som ønskelig, men avdelingsleder oppgir at hun tar opp relevante endringer i tverrfaglige møter som en del av informasjonsutvekslingen og dialogen rundt tjenestebehov. Ansatte i hjemmetjenesten bekrefter at det har vært utfordringer knyttet å få til en god informasjonsflyt, samt at rollen som samhandlingssykepleier foreløpig ikke er fullstendig definert. Det kommer samtidig fram informasjon som indikerer at det ikke er gitt tilstrekkelig innføring i denne rollen, men at det skal utarbeides en stillingsinstruks.

Ansatte ved tildelingskontoret viser til at endringer i brukers situasjon skal journalføres som en del av det faglige grunnlaget tildelingskontoret benytter ved revurdering av vedtak. Ved en eventuell revurdering skal tildelingskontoret samtidig påse at bruker får et forhåndsvarsel med uttalelsesrett i forkant av revurderingen. Tildelingskontoret opplever her tilfeller hvor mangler i journalføringen kan medføre at tjenester ikke gis i samsvar med vedtak, uten at det er sendt forhåndsvarsel til bruker. Eksempler på endringer i tjenesteutførelsen kan være antall tilsyn bruker er innvilget per døgn, eller endringer knyttet til avlastningshjelp i form av dagsenter framfor i hjemmet.

Kommunen har en retningslinje for evaluering av vedtak ved helse- og omsorgstjenester. Rutinen gjelder for flere avdelinger inkludert hjemmetjenesten og tildelingskontoret. Hensikten med retningslinjen er å sikre at tjenester kvalitetssikres og evalueres fortløpende, sørge for at innbygger får forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester, og at tjenester avsluttes når behovet bortfaller. Det er utøvende tjenester som har ansvaret for en fortløpende evaluering av tjenestene, og som skal melde fra til tildelingskontoret ved endrede behov. Utøvende tjenester skal her gjøre en faglig vurdering som dokumenteres i evalueringsjournal, oppdatere IPLOS og AADL, og sende en internmelding til tildelingskontoret. Det presiseres videre i rutinen at utøvende tjenester har et ansvar for å ivareta og vurdere akutte behov,

og sette inn tiltak uten å vente på tildelingskontorets avgjørelse. Kommunen har i denne sammenheng også en egen rutine som omhandler «Brå eller gradvis endring/ tap av funksjon».

Når det gjelder kommunens rutine for evaluering av vedtak, opplyser avdelingsleder ved hjemmetjenesten på intervjudtidspunktet at de nylig ble gjort kjent med denne. Rutinen var ikke innlemmet i systemet tidligere, men hjemmetjenesten har nå tatt denne i bruk. Det kommer fram at det likevel har vært en felles forståelse av at hjemmetjenesten skal gi tildelingskontoret nødvendig informasjon om tjenesteutøvelsen.

6.2.3 Dokumentasjon av brukererfaring og klager

Revisjonen har mottatt rutine for «Helhetlig pasientforløp», hvor målgruppen er helsepersonell i helse-tjenester i hjemmet. Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser i intervjuet at denne rutinen nylig er revidert. Rutinen inneholder en sjekklister hvor bruker skal besvare spørsmål knyttet til behov rundt egen situasjon. Spørsmålsformuleringene i sjekklister er nå endret med hensikt i å fremstå tydeligere for bruker.

Ansatte i hjemmetjenesten opplyser at de etterstreber god brukermedvirkning i tråd med rutiner, og at de løpende samhandler med bruker for å imøtekomme deres individuelle behov. Tidvis kan det være ønsker fra brukerne som hjemmetjenesten likevel ikke kan innfri. Noen brukere ønsker eksempelvis ikke bruk av hjelpemidler i eget hjem. Ansatte opplyser at til tross for at det er brukernes hjem, er det også en arbeidsplass som forutsetter forsvarlige arbeidsforhold for de ansatte i form av nødvendige hjelpemidler. I andre tilfeller kan det være motstridende ønsker fra brukere og pårørende. I disse situasjonene viser hjemmetjenesten til at det er brukers behov som må være utgangspunktet for tjenesteutøvelsen, da det er bruker som er deres primære oppgave. Mappегjennomgangen viser her at henvendelser fra pårørende eller uttalelser fra brukere journalføres, og at det foreligger et samarbeid med brukere og pårørende om den løpende brukermedvirkningen.

Av bruker- og pårørendeintervjuene kommer det fram at brukerne opplever at de ansatte i hjemmetjenesten i stor grad vet hva de skal gjøre når de kommer hjem til dem. Samtidig er det mange ansatte i hjemmetjenesten, og det er tidvis utskifting av personale, spesielt i forbindelse med høytider og ferieavvikling. Hoveddelen av brukerne oppgir at de ikke har noen fast kontaktperson, og enkelte uttrykker at de savner dette. Brukerne viser til at de likevel har en god dialog med hjemmetjenesten generelt, og at de ellers stiller spørsmål eller formidler behov til ansatte de kjenner godt og har en relasjon til. Det kommer fram i intervjuene at det oppleves som viktig for brukerne å kunne snakke med noen man kjenner og føler seg trygg på, om de behovene man har i hverdagen. Pårørende viser samtidig til at hjemmet deres også har blitt en arbeidsplass, og at det derfor er viktig og nødvendig med et godt samarbeid gjennom god dialog.

Samtlige brukere og pårørende som revisjonen har snakket med, viser til at de opplever hjemmetjenesten som imøtekommende, hjelpsomme og flinke til tross for at de har en travel hverdag. Alle uttrykker at de er taknemlige for den hjelpen de mottar, og at de generelt får den hjelpen de trenger. Av intervjuene kommer det videre fram at hjelpen oppleves som trygg, samt at de kan gi tilbakemeldinger dersom det er ting de ønsker endret i tjenesteutøvelsen. Det vises til eksempler hvor det har vært fall og/eller aktuelt med en innleggelse, hvor hjemmesykepleien i disse tilfellene har gjort raske faglige vurderinger, og bistått med hjelp.

6.2.4 Kommunens tiltak og rutiner for kontinuerlig forbedring

Kommunedirektøren viser til at det gjennomføres ukentlige møter i kommunedirektørens ledergruppe (KLG) som består av kommunalsjef for Helse og friskliv, kommunalsjef for Oppvekst og kultur, og økonomisjef. Det er i tillegg faste møter med alle enhetsledere, og sporadisk også møter hvor både enhetsledere og avdelingsledere deltar. Som følge av sykefravær hos enhetsleder ved Dypedalsåsen Helse-senter, har avdelingsledere ved helsesenteret i den senere tid deltatt på enhetsledermøtene. Kommunedirektøren viser til at fraværet av enhetsleder har vært krevende for tjenesten, og i tillegg har medført at kommunalsjef for Helse og friskliv har måttet gå inn i flere roller på ledersiden. Kommunalsjef viser til at dette også har resultert i at ikke alle ledermøter på overordnet nivå har blitt gjennomført etter planen. Kommunens ledelse viser til at enhetsledermøter likevel er etablert som faste lederarenaer, til tross for at fravær i perioder har påvirket deltagelse.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten viser til at det er gjennomført risikovurderinger knyttet til HMS og bruk av trykksalmer. Ansatte i hjemmetjenesten bekrefter samtidig at det gjennomføres løpende risikovurderinger der det er utfordringer knyttet til forholdene rundt enkeltpasienter. Det beskrives som viktig å ivareta sikkerhet og trygghet for de ansatte når de jobber ute i hjemmene. Avdelingsleder opplyser samtidig at det nå er planlagt for gjennomføring av ytterligere risikovurderinger i forbindelse med revisjonen.

Hjemmetjenesten benytter det nylig innførte kvalitetssystemet Compilo til rutiner og avvikshåndtering. Avdelingsleder har i denne sammenheng utarbeidet en brukermanual for avvik, og skal gjennomføre ytterligere opplæring i avvikshåndtering med de ansatte. Leder har i denne sammenheng selv etterspurt lederopplæring i Compilo. Ansatte opplyser at de melder avvik, eksempelvis knyttet til samhandling med sykehuset. Når det gjelder den interne samhandlingen viser avdelingsleder til at vedtaksmøter benyttes som en arena for å snakke sammen. Det kommer ellers fram av intervjuene at det er ulikt i hvilken grad de ansatte har kjennskap til kvalitetssystemet, og de ulike funksjonene som ligger der. Dette avhenger i stor grad av stilling og ansvarsoppgaver.

Når det gjelder kompetanseutvikling kommer det fram av ansattintervjuene at fagdager er innlemmet i turnus hver 12. uke for både sykepleiere og fagarbeidere. De ansatte ser på dette som positivt, og viser til at dette tidligere ble gjennomført mer sporadisk og tilfeldig. Ansatte har nå også mulighet til å komme med ønsker knyttet til hva de ønsker av fagutvikling eller opplæring på de aktuelle fagdagene. Det holdes også egne samhandlingsmøter/tverrfaglige møter hvor sykehjemmet, korttidsavdelingen, tildelingskontoret, ergo- og fysioterapeut og hjemmetjenesten deltar. Der stiller kommunalsjef, avdelingsledere, samt relevante fagsykepleiere. Det utføres regelmessige FOKS-møter (fag- og samhandlingsmøter) for alle i enheten som har en fagrolle. Det gjennomføres ellers teammøter i hjemmetjenesten som blant annet skal bidra til å fremme faglig utvikling, samt ivareta god og enhetlig praksis. Utover dette har kommunen flere løpende interne møter, samt eksterne samhandlingsmøter med andre instanser i kommunen.

Kommunen har overordnede rutiner for samhandlingen mellom tildelingskontoret og hjemmetjenesten, herunder rutine for ansvarfordeling og oppfølging der bruker er innlagt på sykehus. Det foreligger også rutine for Pasientkoordinator for å sikre samhandling med sykehuset, samt en egen samarbeidsavtale mellom kommunen og Sykehuset Østfold (SØ). Kommunen viser til at samarbeidsavtalen mellom Hvaler kommune og Sykehuset Østfold er formelt inngått og gjeldende. Det er lagt ved rutine for innleggelse på sykehus, herunder behandlingstilbudet i overgangen mellom kommunen og helseforetaket, samt rutine for overføring av bruker/pasient til annen kommunal enhet.

Revisjonen finner at det foreligger rutiner for tjenesteutøvelse som sammenfaller med praksis når det gjelder brukermedvirkning, utarbeidelse av tiltaksplaner og oppstart av tjenestene. Rutine for evaluering av tjenester er nylig gjort kjent for hjemmetjenesten, hvor både tildelende og utøvende tjenester viser til at det fortsatt er utfordringer knyttet til dokumentasjon og journalføring ved behovsendringer hos brukerne. Gjennom samtlige ansattintervjuer i hjemmetjenesten kommer det fram informasjon som bekrefter at det har vært hyppige lederskifter i hjemmetjenesten, og at dette har påvirket arbeids- og informasjonsflyt, etterfølgelse av rutiner og forankring av avgjørelser. Ansatte i hjemmetjenesten uttrykker at dette har blitt bedre i senere tid, og at det jobbes for kontinuitet i tjenestene og forutsigbarhet for de ansatte. Avdelingsleder viser samtidig til at beslutningsmyndigheten mellom tildelingskontoret og hjemmetjenesten tidvis er uklar. Dette gjør seg særlig gjeldende der det er uenighet om behovet for tjenester. Ansatte i hjemmetjenesten viser i denne sammenheng også til tilfeller der hjemmetjenesten har journalført et behov for endrede tjenester, men hvor tildelingskontoret er uenig i vurderingen som er gjort av utøvende tjenester. Ansatte i hjemmetjenesten opplyser at det i slike tilfeller skal fattes et nytt vedtak av tildelingskontoret. Leder for Koordinerende enhet viser til at den formelle vedtaksmyndigheten er delegert til tildelingskontoret, selv om det i praksis kan oppstå behov for avklaringer mellom enhetene.

6.3 Vurderinger

6.3.1 Iverksetting av vedtak

Tjenestene skal iverksettes fra det tidspunktet brukerens behov tilsier det, altså innen forsvarlig tid, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Av og til vil det ikke være forsvarlig å vente med å iverksette tjenestene til saken er ferdig behandlet, og vedtaket er godkjent og sendt ut. I slike tilfeller må kommunen begynne å yte tjenester med en gang jf. forvaltningslovens § 11a.

Fra våre informanter i hjemmetjenesten kommer det fram at det ikke er praksis for å gi tjenester uten vedtak. Revisjonens undersøkelser viser at hjemmetjenesten utarbeider tiltaksplan ved oppstart av tjenester, samt at dateringen på tiltaksplanen i hovedsak er nært i tid med vedtaksdatoen. Samtlige brukere og pårørende revisjonen har intervjuet, opplyser samtidig at tjenestene kom svært raskt i gang etter at det oppstod et behov for hjelp. Revisjonen legger med dette til grunn at kommunenes rutine for «Mottak av helsetjenester i hjemmet» følges opp i praksis. Rutinens formål er å gi en strukturert oppfølging av tjenestebehovet senest 3 dager etter hjemkomst fra sykehus/helsehus, eller der bruker er ny. Det skal i denne sammenheng også utarbeides en foreløpig tiltaksplan basert på de opplysninger som foreligger i saken. Av mappegjennomgangen finner revisjonen at det foreligger tiltaksplaner i alle saker hvor det er innvilget tjenester i hjemmet. Basert på de samlede funnene under dette kriteriet, vurderer revisjonen at kommunen iverksetter hjemmetjenester fra det tidspunktet brukerens behov tilsier det i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

6.3.2 Journalføring av opplysninger og samsvar mellom vedtak og tjeneste

Det er vedtaket som danner det rettslige grunnlaget for tjenesten, og tjenesteytingen skal samsvare med den rettigheten som er tildelt. Kommunen må utarbeide rutiner for dokumentasjon, slik at relevante og nødvendige opplysninger om brukeren og tjenesteytingen til den enkelte, blir nedfelt på en forsvarlig måte i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2. Revisjonen viser samtidig til helsepersonelloven kapittel 8 § 39 første ledd, hvor det heter at den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. § 40 viser blant annet til at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Bestemmelsene er også omtalt i helse- og omsorgstjenestelovens § 9-10, og beskrevet i pasientjournalforskriftens §§ 1 og 4.

Ansatte i hjemmetjenesten opplyser at de ikke alltid journalfører godt nok, samt at det er ulik kompetanse blant de ansatte knyttet til journalføring. Påstandene om manglende journalføring underbygges også av revisjonens mappegjennomgang, hvor det i nær halvparten av sakene ikke foreligger en løpende journalføring. I flere av disse sakene har brukeren et relativt omfattende bistandsbehov, og revisjonen vurderer at tidsintervallene uten journalføring er av en varighet som indikerer manglende journalføring av relevante og nødvendige opplysninger. Revisjonen vurderer samtidig at kompetanse rundt hva som skal journalføres og ikke, er av betydning for både kontinuitet og pasientsikkerhet. Ulik kompetansenivå kan medføre risiko for feil eller mangelfull dokumentasjon, noe som igjen kan påvirke kvaliteten og sikkerheten i tjenesteytingen. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 f, framkommer plikten til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. Journalføring skal bidra til at nødvendige opplysninger om brukeren er tilgjengelig ved flerfaglig arbeid, den skal sikre kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenesten, samt gi grunnlag for vurdering, evaluering og oppfølging av brukers behov.

Hjemmetjenesten har etablert rutiner for evaluering av brukernes behov, og det foreligger også dedikerte roller for å ivareta samhandling. Ansatte i hjemmetjenesten og tildelingskontoret opplyser likevel at det er utfordringer med få til en god dokumentasjons- og informasjonsflyt ved endringer av tjenestebehov. Når det gjelder hvorvidt det er samsvar mellom vedtak og tjeneste, finner revisjonen ikke indikasjoner i mappegjennomgangen som tilsier at det er store sprik mellom innvilgede tjenester og brukernes tiltaksplan. Basert på informasjonen fra ansattintervjuene i kombinasjon med manglene knyttet til journalføring, vurderer revisjonen likevel at det eksisterer en risiko for at brukere mottar tjenester som ikke samsvarer med vedtaket de har mottatt. Slik revisjonen oppfatter kommunenes organisasjonsmodell, skal tildelingskontoret i hovedsak basere seg på hjemmetjenestenes faglige vurderinger fra journalnotat når de gjør revurderinger av vedtak. Revisjonen vurderer ut fra dette at manglende journalføring ved endringer av tjenestebehov, kan ha betydning for hvorvidt det er et faktisk samsvar mellom vedtak og tjeneste i alle saker.

Revisjonen viser til helsedirektoratets veileder hvor det heter at kommunen må utarbeide rutiner for dokumentasjon, slik at relevante og nødvendige opplysninger om brukeren og tjenesteytingen til den enkelte, blir nedfelt på en forsvarlig måte. I utarbeidelsen av slike rutiner vil det være naturlig at kommunen legger til grunn reglene i helsepersonelloven kapittel 8 og pasientjournalforskriften så langt det passer. Revisjonen vurderer at relevante og nødvendige opplysninger om brukeren samt tjenesteytingen til den enkelte, ikke systematisk blir nedfelt på en forsvarlig måte i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2. Vi anbefaler kommunen å iverksette tiltak som sikrer systematikk i journalføringen, styrker de ansattes kompetanse på området, og sørger for at det er samsvar mellom vedtak og faktisk tjenesteyting.

6.3.3 Dokumentasjon av brukererfaring og klager

Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Tjenesten skal tilpasses individuelt, og i tråd med brukernes ønsker, mål og livssituasjon.

Revisjonen finner at hjemmetjenesten har rutiner for å ivareta brukermedvirkning, og at de ansatte opplyser at de etterstreber god brukermedvirkning i tråd med rutiner. Hjemmetjenesten viser til at de har en løpende samhandling med brukeren for å imøtekomme deres individuelle behov, så langt dette er mulig innenfor rammene av hva som vil være et forsvarlig arbeidsmiljø for de ansatte. Revisjonens mappegjennomgang viser tilsvarende at henvendelser fra pårørende eller uttalelser fra brukere journalføres, samt at det foreligger et samarbeid mellom hjemmetjenesten, brukere og pårørende om den løpende brukermedvirkningen. Samtlige brukere vi har intervjuet, uttrykker at de i hovedsak får den hjelpen de

er i behov av, samt at de kan gi tilbakemeldinger dersom det er ting de ønsker endret i tjenesteutøvelsen. Revisjonen mener at brukernes erfaringer kan bidra til bedre utforming og evaluering av tjenestene, og at det legger et grunnlag for en felles forståelse og forventninger mellom bruker, eventuelle pårørende og utøvende tjenester. Vi vektlegger positivt at hjemmetjenesten har innlemmet brukermedvirkning i egne rutiner og praksis, og med dette benytter brukerens synspunkter ved valg av hjelp og oppfølging. Revisjonen vurderer på bakgrunn av de samlede funnene at kommunen ved hjemmetjenesten ivaretar brukermedvirkning i tjenesteutførelsen.

Flere brukere og pårørende oppgir samtidig at de ikke har noen fast kontaktperson i hjemmesykepleien, og enkelte uttrykker at de savner dette for å få en økt trygghet i dialogen om sine behov. Revisjonen viser til at kommunene har betydelig frihet når det gjelder organisering og tildeling av helse- og omsorgstjenester. Dette betyr at selv om den enkelte har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, så har bruker ikke rett til å velge en bestemt organiseringsform ([Omsorgstenesta - regjeringen.no](https://omsorgstenesta-regjeringen.no)). Unntaket er i de tilfellene hvor bruker har behov for langvarige og koordinerte tjenester som utløser en rett til individuell plan og koordinator (redegjort for i kapittel 5.3.6.) Revisjonen vurderer med dette at det er opp til kommunen å vurdere i hvilket omfang faste kontaktpersoner/primærsykepleiere skal benyttes i tjenesteutøvelsen.

6.3.4 Kommunenes tiltak og rutiner for kontinuerlig forbedring

Kommunen har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tjenestene slik at de er i samsvar med lov- og forskriftskrav. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, slås det fast at kommunene skal drive systematisk kvalitetsarbeid jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 4-2. I kvalitetsforskriftens § 6 bokstav g, heter det videre at virksomheten skal «ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet».

Hjemmetjenesten har etablert en møtестruktur, inkludert eksterne samhandlingsrutiner, som skal bidra til å styrke den faglige utviklingen, legge til rette for erfaringsdeling, og fremme et tverrfaglig samarbeid. Det foreligger rutiner for tjenesteutøvelse i hjemmetjenesten som sammenfaller med praksis når det gjelder brukermedvirkning, utarbeidelse av tiltaksplaner og oppstart av tjenestene. Hjemmetjenesten gjør videre risikovurderinger knyttet til forsvarlig helsehjelp på individnivå, herunder også sikkerhet og trygghet for de ansatte. Revisjonen vurderer det som positivt at hjemmetjenesten benytter risikovurderinger for å styrke evnen til å identifisere og håndtere potensielle svakheter i tjenesteutøvelsen, at det er et uttalt fokus på tverrfaglig samarbeid, samt at rutiner og praksis for brukermedvirkning og oppstart av tjenester følges.

Hjemmetjenesten benytter kvalitetssystemet Compilo til rutiner og avvikshåndtering, men ansatte opplyser at kjennskapen til systemet kan variere ut fra roller og ansvar i det daglige arbeidet. Ansatte melder likevel avvik i avvikssystemet, og avdelingsleder har iverksatt tiltak for opplæring i avvikshåndtering. Når det gjelder kompetanseutvikling vektlegger revisjonen også positivt at det er rettet fokus mot opplæring knyttet til avvik, samt at hjemmetjenesten har fagdager innlemmet i turnus for både fagarbeidere og sykepleiere. Revisjonen vurderer at en løpende kompetanseutvikling på målrettede områder, vil ha betydning for forbedringsarbeidet. Vi vurderer samtidig at god kjennskap og kompetanse i bruk av kvalitetssystemet, er nødvendig for å sikre en enhetlig og faglig forsvarlig tjenesteutøvelse, eksempelvis gjennom bruk og innsikt i rutineendringer, journalføring og den generelle kompetanseutviklingen knyttet til det løpende kvalitetsarbeidet.

Gjennom samtlige ansattintervjuer kommer det samtidig fram informasjon som bekrefter at det har vært hyppige lederskifter i hjemmetjenesten. Ansatte i både tildelende og utøvende enhet viser til at dette har påvirket arbeids- og informasjonsflyt, etterfølgelse av rutiner og forankring av avgjørelser i hjemmetjenesten. Kommunedirektør bekrefter at fravær på ledersiden har vært krevende for tjenesten. I likhet med enhetsleder for Koordinerende enhet, viser avdelingsleder for hjemmetjenesten til at beslutningsmyndigheten mellom tildelingskontoret og hjemmetjenesten oppfattes som uklar. Dette gjør seg særlig gjeldende der det er uenighet om behovet for tjenester. Vi viser her til vår samlede vurdering under rapportens punkt 5.3.7, når det gjelder tiltak for å sikre en enhetlig praksis for tildeling og utførelse av hjemmetjenester.

6.4 Konklusjon og anbefalinger

Revisjonen konkluderer med at kommunen i hovedsak iverksetter hjemmetjenester i tråd med brukernes behov og gjeldende lovverk, og at tiltaksplaner utarbeides systematisk. Brukermedvirkning ivaretas gjennom etablerte rutiner og løpende dialog med brukere og pårørende, noe som bidrar til tilpassede tjenester og økt kvalitet.

Samtidig er det avdekket mangler knyttet til den løpende journalføringen. Nær halvparten av sakene vi har undersøkt mangler løpende journalføring, noe som kan medføre risiko for feil eller mangelfull dokumentasjon, og dermed påvirke kvaliteten og sikkerheten i tjenestene. Dette kan skape utfordringer med å sikre samsvar mellom enkeltvedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester, og de tjenestene brukerne faktisk mottar. Ulik kompetanse blant ansatte forsterker denne risikoen. Revisjonen anbefaler derfor at kommunen styrker kompetansen og sikrer rutiner for løpende og systematisk journalføring, og gjennom dette sørger for bedre samsvar mellom vedtak og faktisk tjenesteyting.

Kommunen har etablert systemer for kvalitetsforbedring og avvikshåndtering, men det er noe variasjon i kjennskapen til kvalitetssystemet. Hyppige lederskifter og uklarhet i beslutningsmyndighet mellom tildelingskontor og hjemmetjeneste har også påvirket arbeidsflyt og samhandling, etterlevelse av rutiner og forankring av avgjørelser.

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør:

- iverksette tiltak som sikrer løpende journalføring for å oppnå bedre samsvar mellom vedtak og tjeneste
- vurdere tiltak for å styrke kompetansen knyttet til journalføring og bruk av kvalitetssystemet

7 KILDER

Dokumenter tilsendt fra kommunen den 10.10.25 og 17.10.25

Sentrale styringsdokumenter

- Organisasjonskart Hvaler kommune
- Årshjul Helse og friskliv per mai 2025
- Hvaler kommunes årsmelding for 2024
- Risikovurdering av HMS i Koordinerende enhet 2025
- Delegeringer for kommunalsjef helse og friskliv
- Rutine for melding av avvik og forbedringsforslag

Rutiner og prosedyrer koordinerende enhet

- Fysioterapi for barn og unge
- Kriterier og prioritering hverdagsrehabilitering
- Prioriteringsnøkkel hverdagsrehabilitering i Hvaler kommune
- Tildeling av hverdagsrehabilitering
- Prioriteringsnøkkel ergoterapi i Hvaler kommune
- Prioriteringsnøkkel fysioterapi i Hvaler kommune
- Tildeling av fysioterapitjenester for voksne
- Individuell plan og koordinator
- Koordinator ansvar og oppgaver

Rutiner og prosedyrer tildelingskontoret

Organisatoriske beskrivelser:

- Tildelingskontorets organisering
- Verdigrunnlag for tildelingskontoret

Rutinebeskrivelser:

- E-link – Ansvar og oppgaver innlagte brukere/hjem
- Pasientkoordinator – Arbeidsoppgaver og ansvarsområde
- Samhandlingsavtalen og retningslinjene (kommunene og Sykehuset Østfold)

Saksbehandlingsrutiner:

- Saksutredning
- Enkel kartlegging ADL og IPLOS
- Kartleggings skjema voksne
- Veileder for bruk av kartleggings skjema
- Krav til enkeltvedtaket
- Samtykkekompetanse
- Barnets beste vurdering
- Forhåndsvarsel
- Regler for omgjøring av vedtak uten forutgående klage
- Generelt om brukermedvirkning
- Habilitet
- Klager på enkeltvedtak
- Legalitetsprinsippet
- Opplysnings-, rådgivnings-, og veiledningsplikt
- Plikt til å registrere i IPLOS
- Kriterier for trygghetsalarm

- Praktisk bistand daglige gjøremål – kriterier for tildeling
- Evaluering av vedtak; helse- og omsorgstjenester
- Håndtering av skannede søknader på tildelingskontoret

Rutiner, prosedyrer og sjekklister hjemmetjenesten

- Brå eller gradvis endring/ tap av funksjon
- Evaluering av vedtak; helse- og omsorgstjenester
- Helhetlig pasientforløp
- Innleggelse sykehus
- Mottak av bruker i helsetjenester i hjemmet
- Overføring annen kommunal enhet
- Samtykkeskjema elektronisk medisinbestilling
- Skjema - Hva er viktig for deg?
- Utregistrering av bruker
- Vurdering av sykepleier innen 3 dager

Mapper

Siste 16 aktive saksmapper inkludert:

- 20 vedtak
- Journalnotater
- Tiltaksplaner
- Epikriser

Lover

- Lov kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Forskrifter

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (FOR-2003-06-27-792)
- Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften) (FOR-2019-03-01-168)

Veiledere, retningslinjer og rundskriv

- IS-2442 Veileder for saksbehandling – Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8

8 VEDLEGG

8.1 Utledning av revisjonskriterier

Problemstilling 2 – Kartlegges, utredes og vurderes saker om tildeling av helse- og omsorgstjenester i samsvar med lovkrav og anbefalinger på området?

Tildeling av tjenester

I henhold til helse- og omsorgstjenestelovens § 4-2 skal enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter loven, arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring stiller krav om intern styring og kontroll ved systematiske tiltak og styring av tjenestene.

Helsetjenester i hjemmet er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 a. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester jfr. § 3-1. Ved tildeling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, og som er ment å vare i mer enn to uker, skal saksbehandlingen følge forvaltningslovens regler om enkeltvedtak. God kommunal saksbehandling skal ivareta flere hensyn som er viktige for pasienter og brukere med behov for helse- og omsorgstjenester. Det er særlig viktig at pasientens/ brukerens behov blir tilstrekkelig utredet, at personen det gjelder gis mulighet for medvirkning, at rettssikkerheten for øvrig ivaretas, og at saksbehandlingen opprettholder grunnleggende personvern hensyn³.

All kommunal saksbehandling, tjenestetildeling og tjenesteyting innenfor helse- og omsorgstjenestene skal være forsvarlig jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1. Hva som er å oppfatte som forsvarlige tjenester skal gjøres etter en individuell helse- og sosialfaglig behovsvurdering basert på relevant kartleggingsinformasjon. I Helsedirektoratets veileder heter det at vedtaket må være så konkret utformet at det skaper forutsigbarhet for pasienten/ brukeren, samtidig som det bør være så fleksibelt at det tar høyde for normale svingninger i bistandsbehovet. Det bør ikke være så spesifikt at det stadig må endres, eller ikke overlater noe til tjenesteutøvernes faglige vurderinger, men samtidig ikke så lite spesifikt at tjenesteyternes kapasitet blir avgjørende. Det er viktig at vedtakene inneholder en tydelig angivelse av rammer og eventuelle mål, slik at vedtaket forplikter kommunen i tilstrekkelig grad, samtidig som det gir forutsigbarhet for pasient/ bruker.

Pasient- og brukermedvirkning

Det er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 som er det rettslige utgangspunktet for vurderingen av den enkeltes rett til kommunale helse- og omsorgstjenester. Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Tjenesten skal tilpasses individuelt, og i tråd med brukerens ønsker, mål og livssituasjon. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten i § 6, heter det videre at «Virksomheten skal legge til rette for at pasienter og brukere kan medvirke i utformingen og gjennomføringen av tjenestene. Det skal legges til rette for innhenting av erfaringer fra brukere og pårørende.» Pasientens/ brukerens medvirkningsrett innebærer her altså ikke bare retten til selv å medvirke, men også retten til å la andre representere seg.

³ IS 2442, s. 5

Forvaltningslovens krav til enkeltvedtak

Forsvarlige tjenester innebærer at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at brukerne får et helhetlig, koordinert og verdig tilbud. Videre skal kommunen sikre at helse- og omsorgstjenesten som sådan, og helsepersonellet som arbeider i disse tjenestene, blir gjort i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Forsvarlighetskravet i saksbehandlingen handler om å sikre at pasient/ bruker mottar riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. For å oppnå dette har forvaltningsloven en rekke bestemmelser som skal sørge for at tjenestene som tildeles oppfyller kravene til forsvarlighet.

Utredning av hjelpebehovet

Det følger av forvaltningsloven § 17 at kommunen har plikt til å påse at saken er så godt opplyst som mulig før enkeltvedtak treffes. Det stilles krav om at den kommunale forvaltningen foretar nødvendige undersøkelser for å sikre at vedtak og tjenester bygger på korrekt og tilstrekkelig informasjon,⁴ hvor alle relevante forhold skal være belyst. Det skal foreligge tilstrekkelige opplysninger i saken slik at den kan vurderes og avgjøres på en faglig forsvarlig måte.

Ved utredning av hva som er pasienten/ brukerens behov, må det gjøres en konkret vurdering av hvilke opplysninger som skal innhentes. Det skal kun innhentes relevante opplysninger som kan si noe om vedkommendes tjenestebehov. Det kan være hensiktsmessig å benytte seg av et kartleggingsskjema eller tilsvarende for å sikre seg at nødvendig informasjon blir innhentet i samsvar med Helsedirektoratets veileder IS-2442.

Avhengig av hva saken dreier seg om, kan det være aktuelt å innhente ulike opplysninger om helsetilstand/ diagnose, funksjonsnivå, familieforhold, sosiale forhold, boforhold, nåværende tjenester, egne ressurser mv. Det vil for eksempel kunne være nødvendig å innhente opplysninger fra pasienten/ brukeren selv, fastlege, spesialisthelsetjenesten, kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester eller andre instanser. Pasienten/ brukerens pårørende kan også være en viktig informasjonskilde for å sikre individuelt tilpassede tjenester⁵. Dette betyr eksempelvis at pårørende får være til stede i møter eller samtaler med kommunen, eller når helse- og omsorgstjenester ytes. Samtykke til å involvere pårørende bør drøftes jevnlig med pasient/ bruker⁶.

Hvis det skal innhentes informasjon om personlige forhold fra andre enn pasienten/ brukerens selv, må vedkommende samtykke til at instansen fritas fra taushetsplikten. Dette er nærmere beskrevet i forvaltningslovens § 13 a jf. helsepersonelloven § 22. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd.

Foreløpig svar

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

⁴ IS 2442, s. 5

⁵ IS-2442, s. 32-33

⁶ IS-2442, s. 34

I saker som gjelder enkeltvedtak skal det gis foreløpig svar etter annet ledd, dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt.

Enkeltvedtaket skal være skriftlig

Et enkeltvedtak er en avgjørelse truffet av et forvaltningsorgan i en konkret sak, og gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer. Dette er nærmere beskrevet i forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav a og b. Kravene til selve enkeltvedtaket fremgår av forvaltningsloven kapittel V. Et enkeltvedtak skal være skriftlig med mindre dette av praktiske grunner vil være særlig byrdefullt for forvaltningsorganet, jf. forvaltningsloven § 23.

Enkeltvedtaket skal begrunnes

Enkeltvedtak skal begrunnes, og begrunnelsen skal gis samtidig med vedtaket, jf. forvaltningsloven § 24 første ledd. Med begrunnelse menes at det skal fremgå hvorfor vedkommende oppfyller eller ikke oppfyller vilkårene for tjenester, hva kommunen har lagt til grunn for vedtaket, og hvorfor kommunen vurderer at de tjenestene som tilbys vil dekke det aktuelle behovet på en forsvarlig måte. Av forvaltningsloven § 24 andre ledd, fremgår at det kan gjøres unntak for begrunnelse i tilfeller der en søknad om tjenester innvilges fullt ut. I saker om helse- og omsorgstjenester tilsier imidlertid kravet til likebehandling, etterprøvnbarhet, informasjon og brukervedvirkning at vedtaket begrunnes også når en søknad innvilges fullt ut⁷ ifølge Helsedirektoratets veileder IS-2442.

Krav til begrunnelsens innhold

Kravene til begrunnelsens innhold følger av forvaltningsloven § 25. Begrunnelsen skal inneholde:

1. en redegjørelse for hvilke regler som er anvendt,
2. en beskrivelse av hvilket faktum som er lagt til grunn for avgjørelsen og,
3. en redegjørelse for hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen

I begrunnelsen skal det vises til hvilke regler som er anvendt, jf. forvaltningsloven § 25 første ledd. I dette ligger at kommunen skal gjengi innholdet av reglene, i den utstrekning og på den måte som er nødvendig for at parten skal kunne forstå vedtaket. Det bør gjøres ved å innta aktuelle bestemmelser i begrunnelsen, eller å skrive med egne ord hva regelen går ut på. Begrunnelsen må gjøre det mulig for parten, og for klageinstansen å vurdere om lovanvendelsen har vært korrekt. Særlig ved vedtak som det er viktig at pasienten/ brukeren forstår grunnen til, for eksempel ved helt eller delvis avslag, er det behov for å beskrive selve lovanvendelsen nærmere⁸ ifølge Helsedirektoratets veileder IS-2442.

Det skal foretas en fullstendig og korrekt hjemmelshenvisning. Dersom kommunen mener at personen har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, og at bistandsbehovet kan dekkes ved hjelp av nærmere bestemte helsetjenester i hjemmet, er den korrekte hjemmelshenvisningen pasient- og brukertighetsloven § 2-1 a andre ledd, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a.

Pasient/bruker skal underrettes om vedtaket

Pasienten/ brukeren skal så snart som mulig underrettes om vedtaket, jf. forvaltningsloven § 27. Det betyr at dette skal skje uten ugrunnet opphold. Etter en mer muntlig forståelse av ordlyden, innebærer dette at vedkommende skal informeres om vedtaket så raskt som praktisk mulig. Hovedregelen er at underretningen skal være skriftlig.

Dersom pasienten eller brukeren har en representant eller pårørende med rett til informasjon etter

⁷ IS-2442, s. 46

⁸ IS 2442, ss. 46-47

pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 første og annet ledd, skal den skriftlige underretningen også gis til vedkommende. Hvis underretningen skal gis elektronisk, må dette skje på en måte som ivaretar pasientens/ brukerens rettssikkerhet og personvern, jf. de nærmere kravene i eForvaltningsforskriften § 8.

Opplysninger om partens innsynsrett

Det skal gis opplysninger om partens adgang til å se sakens dokumenter, jf. forvaltningsloven § 27 tredje ledd første punktum. Hovedregelen om partsinnsyn fremgår av forvaltningsloven § 18.

Det skal gis opplysninger om klageadgang

I underretningen om vedtaket skal det gis opplysninger om klageadgangen, jf. forvaltningsloven § 27 tredje ledd, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Det skal fremgå at det er klageadgang på vedtaket, sammen med opplysninger om klagefrist, klageinstans og fremgangsmåte ved klage. I tillegg bør det gå fram at kommunen kan gi veiledning i forbindelse med en eventuell klage.

Individuell plan og koordinator

Pasient/ bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har samtidig rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Langvarige tjenester betyr at behovet antas å strekke seg over en viss tid, men uten at det behøver å være permanent. Koordinerte tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester. Kommunen har plikt til å tilby individuell plan til pasient/ bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester og som ønsker en slik plan, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1. Dette skal kommunen gjøre på eget initiativ. Kommunen kan med andre ord ikke vente til pasient/bruker søker om individuell plan. Verken avslag eller innvilgelse av individuell plan regnes som et enkeltvedtak, men det er en avgjørelse som det kan klages på etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

Pasient- og brukerrettighetslovens § 2-5 b og c beskriver rettighetene til koordinator og barnekoordinator ved behov for langvarige og koordinerte tjenester. Pasient og brukere som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, har rett til koordinator i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-2 og 7-2a. Beslutning om å oppnevne koordinator regnes heller ikke som et enkeltvedtak, men vedkommende har klagerett. Det skal tilbys koordinator selv om bruker takker nei til individuell plan.

Problemstilling 3 – Er det samsvar mellom enkeltvedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester, og de tjenestene brukerne får?

Iverksetting av tjenester

Tjenestene skal iverksettes fra det tidspunktet pasientens/ brukerens behov tilsier det, altså innen forsvarelig tid, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Av og til vil det ikke være forsvarelig å vente med å iverksette tjenestene til saken er ferdig behandlet og vedtaket er godkjent og sendt ut. I slike tilfeller må kommunen begynne å yte tjenester med en gang jf. forvaltningslovens § 11a. I tilfeller der pasient/ bruker innvilges en midlertidig tjeneste i påvente av annet tjenestetilbud, må det likevel legges til rette for brukermedvirkning ved utformingen og gjennomføringen av tjenestene. Det er nærmere redegjort for innhold og iverksetting av vedtak i Helsedirektoratets veileder IS-2442.

Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 tredje ledd. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper. Kommunen har plikt til å

planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tjenestene slik at de er i samsvar med lov- og forskriftskrav. I kvalitetsforskriften slås det fast at kommunene skal drive systematisk kvalitetsarbeid jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 4-2.

Helsetjenester i hjemmet

I helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2, punkt 6, heter det at kommunen kan oppfylle sitt ansvar ved å tilby helsetjenester i hjemmet hos brukerne. Om en person motsetter seg å motta helse- og omsorgstjenester, kan det ikke ytes tjenester overfor vedkommende uten at det foreligger hjemmel i lov.

I helsedirektoratets veileder beskrives «Helsetjenester i hjemmet» som alle former for planlagte kommunale helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten, eller med utgangspunkt i pasientens hjem. Eksempler på helsetjenester som kan ytes i hjemmet er hjemmesykepleie, ergoterapi og fysioterapi. Også regelmessige samtaler mv. til personer med rusmiddelavhengighet eller psykiske lidelser kan tilbys som helsetjenester i hjemmet, dersom behovet tilsier dette. Hvilke helsetjenester som kan ytes i hjemmet vil bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering. Kommunen kan i utgangspunktet ikke ta betalt for helsetjenester i hjemmet, med mindre det foreligger en særskilt hjemmel for det. Dette gjelder både arbeidet og nødvendig utstyr til sårstell mv. For fysioterapi i hjemmet har kommunen hjemmel i egenandelsforskriften § 11 til å kreve betaling etter reglene i paragrafens andre ledd⁹.

Dokumentasjon av tjenesteutførelsen

Det er vedtaket som danner det rettslige grunnlaget for tjenesten, og tjenesteytingen skal samsvare med den rettigheten som er tildelt. Helsedirektoratets veileder viser i denne sammenheng til kommunens forpliktelser knyttet til forsvarlighet og internkontroll, og nødvendigheten av å dokumentere tjenesteytingen. Kommunen må utarbeide rutiner for dokumentasjon, slik at relevante og nødvendige opplysninger om pasienten/ brukeren og tjenesteytingen til den enkelte, blir nedfelt på en forsvarlig måte i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2.

I henhold til helsepersonelloven kapittel 8 § 39 første ledd, skal den som yter helsehjelp nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal videre være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen. Bestemmelsene er også omtalt i helse- og omsorgstjenestelovens § 9-10, og beskrevet i pasientjournalforskriftens §§ 1 og 4.

I helsedirektoratets veileder heter det i denne sammenheng at kommunen må utarbeide rutiner for dokumentasjon, slik at relevante og nødvendige opplysninger om pasienten/ brukeren og tjenesteytingen til den enkelte, blir nedfelt på en forsvarlig måte. I utarbeidelsen av slike rutiner vil det være naturlig at kommunen legger til grunn reglene i helsepersonelloven kapittel 8 og pasientjournalforskriften så langt det passer.

Pasient- og brukermedvirkning

Pasienter og brukere har også i tjenesteutøvelsen rett til å medvirke ved utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten/ brukeren og eventuelt deres pårørende. Kommunen

⁹ IS-2442, s. 14

må derfor aktivt gå inn for å få med pasientens/ brukerens synspunkter når det løpende tjenestetilbudet utformes. Journalføring vil her kunne være en viktig del av den dokumenterte systematikken rundt tjenestetøyelsen for å vurdere behov, planlegge og yte riktig helsehjelp, og samarbeide på tvers av faggrupper og enheter. Pasientjournalforskriften har blant annet til formål at pasienter ved hjelp av relevant og nødvendig dokumentasjon, kan gis helsehjelp av god kvalitet, inkludert effektive og gode pasientforløp.

Helsedirektoratets veileder peker samtidig på at dette også gjelder i de tilfellene hvor tjenesteytingen inngår i en prosess over noe tid, som f.eks. ved hverdagsrehabilitering. Det kan eksempelvis utformes tiltaksplaner e.l. ved siden av vedtaket, med en nærmere beskrivelse av hvordan tjenesten skal utføres i samarbeid med brukeren/ pasienten.

8.2 Kommunedirektørens uttalelse

Kommunerevisjonen mottok per e-post 16. april 2026, følgende uttalelse fra kommunedirektør v/ kommunalsjef Helse og friskliv:

Vi har lest rapporten og gjennomgått den.

Utover de tilbakemeldingene som allerede er gitt muntlig i avslutningsfasen av revisjonsarbeidet har kommunen kun en betraktning.

KOSTRA er det best tilgjengelige sammenligningsgrunnlaget kommunesektoren har. Kommunen påpeker i den sammenheng at innføringen av nytt KOSTRA-skille fra 2024 mellom hjemmetjenester i bemannede botilbud (funksjon 257) og ambulerende hjemmetjenester (funksjon 258) innebærer økte krav til korrekt og konsekvent regnskapsføring for alle kommuner.

KOSTRA-tallene er som kjent direkte avhengige av hvordan den enkelte kommune faktisk har fordelt kostnader mellom disse funksjonene i sine regnskap. Dersom denne fordelingen ikke er gjort presist og i tråd med faktisk organisering og tjenesteinnhold, kan det være en risiko for at kommunenes kostnadsnivå og tjenestebilde i KOSTRA ikke gir et helt presist uttrykk for den faktiske driften.