



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT NR 8-2019

**BRUK AV KONSULENT OG RAPPORTERINGSPRAKSIS  
PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE OG  
SÆRLIG RESSURSKREVENDE TJENESTER**

AURSKOG-HØLAND KOMMUNE

JUNI 2019



# INNHOLD

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SAMMENDRAG</b>   | <b>I</b>  |
| Formål og problemstillinger   | i         |
| Revisjonens oppsummering og vurdering   | i         |
| Anskaffelsen  | ii        |
| Kommunens oppfølging av kontrakten  | iii       |
| Innrapporteringen av kriteriedata   | iv        |
| Rådmannens uttalelse til rapporten  | iv        |
| <b>1 Innledning</b>   | <b>1</b>  |
| 1.1 Formål, problemstillinger og avgrensning                                  | 1         |
| 1.2 Kriteriedata - psykisk utviklingshemmede                                  | 1         |
| 1.3 Refusjonsordning - særlig ressurskrevende brukere                         | 2         |
| 1.4 Konsulentbistand  | 2         |
| 1.5 Rapportens oppbygging   | 3         |
| <b>2 Metode</b>   | <b>4</b>  |
| 2.1 Datainnsamling og datagrunnlag  | 4         |
| 2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet  | 5         |
| <b>3 Anskaffelsen</b>   | <b>6</b>  |
| 3.1 Revisjonskriterier  | 6         |
| 3.1.1 Lov om offentlige anskaffelser (LOA)                                    | 6         |
| 3.1.2 Forskrift om offentlige anskaffelser (FOA)                              | 6         |
| 3.1.3 Utlede kriterier  | 9         |
| 3.2 Er anskaffelsen konkurranseutsatt i tråd med regelverket?                 | 9         |
| 3.3 Er anskaffelsesprosessen dokumentert og arkivert i kommunens arkivsystem? | 10        |
| 3.4 Revisjonens vurdering   | 10        |
| <b>4 Utforming og oppfølging av kontrakt</b>                                  | <b>12</b> |
| 4.1 Revisjonskriterier  | 12        |
| 4.1.1 Utlede kriterier  | 13        |
| 4.2 Bakgrunn for at kontrakt ble inngått                                      | 13        |
| 4.3 Kontraktens utforming   | 14        |
| 4.3.1 Betalingsmodell   | 14        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 4.3.2    | Taushetsplikt  | 15        |
| 4.3.3    | Signering av kontrakt  | 15        |
| 4.3.4    | Nærmere om innholdet i kontrakten                              | 16        |
| 4.4      | Gjennomføring av oppdraget                                     | 17        |
| 4.4.1    | Informasjon som kommunen mottok i forkant av oppstartsmøtet    | 17        |
| 4.4.2    | Milepæler i kontrakten og prosjektplaner                       | 17        |
| 4.4.3    | Oppstartsmøtet med konsulent                                   | 19        |
| 4.4.4    | Kartleggingsmøtene   | 22        |
| 4.4.5    | Resultatet av kartleggingen                                    | 24        |
| 4.5      | Vederlag og betalingsbetingelser                               | 25        |
| 4.5.1    | Kontrakten   | 25        |
| 4.5.2    | Faktura for IS-3   | 26        |
| 4.5.3    | Faktura for IS-4   | 26        |
| 4.5.4    | Administrasjonens kontroll av fakturaene                       | 27        |
| 4.6      | Oppsigelse av kontrakten                                       | 28        |
| 4.6.1    | Sluttrapportering til kommunen                                 | 28        |
| 4.6.2    | Informasjonsskriv fra konsulenten                              | 28        |
| 4.6.3    | Oppsigelse   | 29        |
| 4.6.4    | Vurdering av kontrakten i ettertid                             | 30        |
| 4.7      | Revisjonens vurdering  | 30        |
| <b>5</b> | <b>Rapportering av kriteriedata IS-3</b>                       | <b>32</b> |
| 5.1      | Revisjonskriterier   | 32        |
| 5.1.1    | Utlede revisjonskriterier                                      | 34        |
| 5.2      | Rapporteringspraksis   | 35        |
| 5.2.1    | Innledning   | 35        |
| 5.2.2    | Diagnose skal være dokumentert og i samsvar med gjeldende krav | 36        |
| 5.2.3    | Alderskriteriet skal være oppfylt                              | 37        |
| 5.2.4    | Det skal foreligge gyldig vedtak om tjenester                  | 37        |
| 5.2.5    | Intern kontroll  | 37        |
| 5.3      | Revisjonens vurdering  | 37        |
|          | <b>LITTERATUR, KILDER OG TABELLER</b>                          | <b>39</b> |
|          | <b>VEDLEGG – RÅDMANNENS HØRINGSSVAR</b>                        | <b>40</b> |

## SAMMENDRAG

### Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen er å vurdere kommunens praksis for innrapportering av kriteriedata for psykisk utviklingshemmede og særlig ressurskrevende brukere, herunder bruken av konsulentbistand i den forbindelse.

Revisjonen har i denne undersøkelsen sett på følgende problemstillinger:

1. Er anskaffelsen av konsulent konkurranseutsatt i tråd med anskaffelsesregelverket?
2. I hvilken grad har kommunen fulgt opp kontrakten i tråd med god praksis for dette?
3. Oppfyller grunnlaget for innrapporteringen av kriteriedata krav om tjenester, diagnose og alder?

### Revisjonens oppsummering og vurdering

Rammetilskudd utgjør en del av kommunenes frie inntekter og fordeles mellom kommunene gjennom inntektssystemet. En av komponentene i inntektssystemet er utgiftsutjevningen. Formålet er å utjevne forskjellene mellom kommunene med hensyn til utgiftsbehov, basert på kriterier i en egen kostnadsnøkkel. Hvert av kriteriene har en egen vekt, blant annet aldersgrupper.

I fordelingen av rammetilskuddet til kommunene tas det også hensyn til antall personer med psykisk utviklingshemming. Kommunene registrerer og rapporterer hvert år inn antall personer med psykisk utviklingshemming som har vedtak om kommunale tjenester og er over 16 år. En ekstra person som innrapporteres vil utløse et høyere rammetilskudd til kommunen. Beløpsmessig utgjør dette cirka 650 000 kroner per person.

Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere ble opprettet for å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Refusjonskrav under denne ordningen gjelder påløpte, direkte lønnsutgifter per år. Innslagspunktet var på 1 235 000 kroner for 2017 og kompensasjonsgraden er 80 prosent av direkte lønnsutgifter som overstiger innslagspunktet.

Ordningene bidrar til å fordele og omfordele betydelige midler til kommunene, og det er derfor viktig at finansieringsordningene fungerer godt og legger til rette for at kommunene kan gi tjenester av god kvalitet (Kommuneproposisjonen 2020 (Prop.113 S)). Det er likevel ikke slik at eventuell økning i kommunens inntekter som følge av innrapportering, direkte kommer den enkelte bruker til gode. Eventuell feilrapportering, eller mangelfull rapportering, får ikke konsekvenser for den enkelte bruker som uansett har rettigheter etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Staten underretter årlig kommunene om regelverk og frister. Kommunene mottar rundskriv om kriteriedata for inntektssystemet om registrering av antall personer med psykisk utviklingshemming i

kommunene (IS-3/år) og tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene (IS-4/år). Kommunens administrasjon er pålagt å rapportere inn korrekte opplysninger til staten. I tillegg har staten pålagt kommunens revisor en attestasjonsoppgave.

### Anskaffelsen

| Problemstilling 1  | Revisjonskriterier  |
|--|---|
| Er anskaffelsen av konsulent konkurranseutsatt i tråd med anskaffelsesregelverket? | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Anskaffelsen skal være konkurranseutsatt i henhold til anskaffelsesregelverket og kommunens rutiner</li> <li>➔ Anskaffelsesprosessen skal være dokumentert, journalført og arkivert i kommunens arkivsystem</li> </ul> |

Revisjonen har for det første lagt til grunn at en anskaffelse skal være konkurranseutsatt i henhold til anskaffelsesregelverket og kommunens rutiner.

Aurskog-Høland kommune inngikk januar 2018 en avtale med konsulent om faglig bistand for å sikre optimal ressurstilgang. På anskaffelsestidspunktet vurderte kommunen anskaffelsen til lavere verdi enn kr 100 000, men den endelige utbetalingen ble på i overkant av 1,2 millioner kroner eksklusive merverdiavgift. Revisjonen mener at det vesentlige avviket tilsier at verdivurderingen ikke har vært forsvarlig på anskaffelsestidspunktet, særlig fordi ikke bare én, men to terskelverdier ble overskredet. Utbetalingen er med andre ord også over nasjonal terskelverdi som på anskaffelsestidspunktet var på 1,1 millioner kroner.

Av samme grunn har kommunen heller ikke konkurranseutsatt eller ført anskaffelsesprotokoll på anskaffelsen. Etter revisjonens mening skulle anskaffelsen, på bakgrunn av de utbetalinger som knytter seg til anskaffelsen, vært konkurranseutsatt og protokollført.

Revisjonens vurdering er at anskaffelsen ikke er konkurranseutsatt i henhold til regelverket for offentlige anskaffelser.

Revisjonen har for det andre lagt til grunn av anskaffelsesprosessen skal være dokumentert, journalført og arkivert i kommunens arkivsystem.

Avtalen og dialoger som leder frem til avtalen er dokumentert, men ikke vurderingen av anskaffelsens verdi. Etter revisjonens mening er vurderingen av anskaffelsens verdi informasjon som er av betydning for gjennomføringen av anskaffelsen og kommunens saksbehandling. Denne vurderingen burde derfor vært dokumentert. Kontrakt og anskaffelsesprosessen er verken journalført eller arkivert på en måte som gjør dokumentene lett tilgjengelige og etterprøvbare.

Etter revisjonens vurdering foreligger det for denne anskaffelsen brudd på anskaffelsesregelverket, arkivbestemmelser og kommunens egne rutiner og retningslinjer. Dette er også noe kommunen selv har erkjent i ettertid.

**Kommunens oppfølging av kontrakten**

| Problemstilling 2  | Revisjonskriterier   |
|--|--|
| I hvilken grad har kommunen fulgt opp kontrakten i tråd med god praksis for dette? | ➔ Kommunen skal følge opp at kontraktsvilkårene blir overholdt |

Revisjonen har lagt til grunn at kommunen skal følge opp at kontraktsvilkårene blir overholdt. Undersøkelsen viser at kontrakten angir en tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom konsulent og kommunen for gjennomføringen av oppdraget. Kontrakten benytter standard kontraktsvilkår, og inneholder både generelle og spesielle vilkår som gir grunnlag for oppfølging fra kommunens side.

Etter revisjonens vurdering ble kontrakten fulgt opp og gjennomført som avtalt og i samsvar med prosjektplanene som ble utarbeidet. Så langt revisjonen kan se leverte konsulenten de tjenestene som kontrakten omfatter. Undersøkelsen viser imidlertid at kontrakten ble sagt opp før avtaleperioden, noe som gjorde at kommunen ikke fikk hentet ut alle gevinstene av konsulentens bistand. Dette omfattet blant annet beregningsmodell for IS-4, arbeidsmetodikk og forslag til rutineforbedringer.

Det følger av kontrakten at konsulenten ikke skal gis tilgang til personsensitive opplysninger. Undersøkelsen viser at konsulenten ikke fikk tilgang til slike opplysninger fra kommunen. Undersøkelsen viser også at de ansatte i kommunen som var involvert i kartleggingen, opplevde at konsulenten opptrådte ryddig og profesjonelt.

Kontraktsvilkårene innebar at kommunen skulle betale 25 prosent av skapt resultat («no cure no pay»). Kommunens vurdering var at konsulenten ikke ville finne nye brukere, og modellen ble derfor valgt for å sikre at kommunen ikke måtte betale for mye. Denne forutsetningen viste seg ikke å holde. Undersøkelsen viser at det ble funnet nye brukere som følge av konsulentens gjennomgang. Kommunen har i ettertid erkjent at betalingsmodellen ikke skulle vært brukt.

Revisjonen har i ettertid fått opplyst at konsulenten bidro til å finne tre, og ikke fire nye personer som kommunen ble fakturert og betalte for. Etter revisjonens mening indikerer dette at punktet i kontrakten om betaling for IS-3-ordningen ikke ble fulgt tilstrekkelig godt opp fra kommunens side.

Undersøkelsen viser at kommunen så behov for en gjennomgang av praksis på området, og det vises til at en tilsvarende gjennomgang ble gjennomført i 2009 av en annen konsulent. Revisjonen merker seg at kommunen i ettertid mener at det kunne vært kommunisert bedre til omgivelsene hva oppdraget gikk ut på. Revisjonen kan imidlertid ikke se at selve gjennomføringen av oppdraget var uforsvarlig eller gikk ut over den oppgave- og ansvarsfordelingen som var fastsatt i kontrakten, eller det ansvaret kommunen generelt har på området.

**Innrapporteringen av kriteriedata**

| Problemstilling 3  | Revisjonskriterier   |
|--|--|
| Oppfyller grunnlaget for innregistrering av kriteriedata krav om tjenester, diagnose og alder? | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Diagnose skal være dokumentert og i samsvar med gjeldende krav</li> <li>➔ Det skal foreligge gyldig vedtak om tjenester per 1.1.2018, herunder hjemlet i tråd med rundskrivets forutsetninger</li> <li>➔ Alderskriteriet skal være oppfylt (født i 2001 eller tidligere for 2018-rapporteringen)</li> <li>➔ Tilstrekkelig intern kontroll bør være etablert.</li> </ul> |

Revisjonen har lagt til grunn at diagnosekriteriet, alderskriteriet og vedtakskriteriet skal være oppfylt for personer som blir innrapportert etter IS-3-ordningen. Undersøkelsen viser ingen avvik når det gjelder alderskriteriet verken i 2018 eller 2019. Undersøkelsen viser at personene som ble innrapportert i 2018 og 2019 har diagnose i tråd med kravene for IS-3-ordningen. Undersøkelsen viser videre at vedtakskriteriet ikke var oppfylt for to personer som ble innrapportert i 2018. Kommunen selv har i ettertid kommet fram til dette. Ved innrapporteringen i 2019 er vedtakskriteriet oppfylt.

Revisjonen har videre lagt til grunn at tilstrekkelig intern kontroll er viktig for å sikre god innrapporteringspraksis. Systemer som gir oppdatert og riktig oversikt over hvem som til enhver tid oppfyller kriteriene, er også viktig med hensyn til å kunne etterprøve praksis på området. Undersøkelsen viser at kommunen har hatt utfordringer med å fremskaffe korrekt informasjon både i forbindelse med denne revisjonen og i forbindelse med den årlige revisorattestasjonen. Dette, sammen med feilrapporteringen på vedtakskriteriet som kommunen mener skjedde i 2018, viser etter revisjonens vurdering at det har vært svakheter ved internkontrollen på området.

Undersøkelsen viser at det i forbindelse med innrapporteringen i 2019 er utarbeidet en rutine på området. Etterprøvbareheten er forbedret i 2019 med en ny oversikt som administrasjonen har satt opp, men den nye oversikten bør etter revisjonens vurdering samle informasjon knyttet til samtlige kriterier.

**Rådmannens uttalelse til rapporten**

Et utkast til rapport er forelagt rådmannen til uttalelse. Høringssvar er mottatt 4. juni 2019 og er i sin helhet vedlagt rapporten. Rådmannen understreker at rapporten vil bli fulgt opp og at nødvendige tiltak vil bli iverksatt.

Rådmannen har i tillegg kommet med innspill til rapporten. Til den første problemstillingen om anskaffelsen skriver rådmannen:



Kommunen ser i ettertid at det skulle vært gjennomført en fortløpende vurdering og avklaring med hensyn til om leveransen burde vært revurdert eventuelt stoppet når utgiftene oversteg kr 100.000. Kommunen vil forbedre sine innkjøpsrutiner med hensyn til beregning av økonomisk omfang ved pågående anskaffelser.

Til den andre problemstillingen om betalingsmodellen skriver rådmannen:

Kommunen har i ettertid erkjent at dette er en betalingsmodell som må brukes med varsomhet og som stiller større krav til løpende oppfølging fra oss som oppdragsgiver.

Til den tredje problemstillingen om svakheter ved internkontrollen skriver rådmannen:

Informasjon som skal gjøre rede for diagnosekriteriet, alderskriteriet og vedtakskriteriet må hentes fra en rapport som skrives ut fra fagsystemet Profil. Rapporten skiller ikke på brukere over og under 16 år eller aktive og avsluttede tjenester. Det må derfor foretas en manuell gjennomgang av opplysningene i rapporten. For å styrke internkontrollen på området er det etablert en rutine der 2 ansatte skal gjennomgå rapporten for å sikre at kun brukere som fyller diagnosekriteriet, alderskriteriet og vedtakskriteriet blir innrapportert.

Jessheim, 5. juni 2019



Oddny Ruud Nordvik  
ass. revisjonssjef



Øyvind Nordbrønd Grøndahl  
oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

# 1 INNLEDNING

Kontrollutvalget vedtok i møte 11. februar 2019 (sak 9/19) en plan for forvaltningsrevisjon av kommunens bruk av konsulent i forbindelse med innrapportering av kriteriedata knyttet til psykisk utviklingshemmede (PU) og toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester.

Til grunn for utvalgets vedtak er kommunestyrets vedtak i møte den 17. desember 2018, sak 53/18.

## 1.1 Formål, problemstillinger og avgrensning

Formålet med undersøkelsen er å vurdere kommunens praksis for innrapportering av kriteriedata for psykisk utviklingshemmede og særlig ressurskrevende brukere, herunder bruken av konsulentbistand i den forbindelse.

Følgende problemstillinger besvares i undersøkelsen:

1. Er anskaffelsen av konsulent konkurransutsatt i tråd med anskaffelsesregelverket?
2. I hvilken grad har kommunen fulgt opp kontrakten i tråd med god praksis for dette?
3. Oppfyller grunnlaget for innrapporteringen av kriteriedata krav om tjenester, diagnose og alder?

Den tredje problemstillingen er avgrenset til rapporteringen av psykisk utviklingshemmede (PU).

I fordelingen av rammetilskuddet til kommunene tas det hensyn til antall personer med psykisk utviklingshemming i kommunene. Kommunene registrerer og rapporterer hvert år inn antall personer med psykisk utviklingshemming som har vedtak om kommunale tjenester. Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester ble opprettet for å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester.

Ordningene bidrar til å fordele og omfordele betydelige midler til kommunene, og det er derfor viktig at finansieringsordningene fungerer godt og legger til rette for at kommunene kan gi tjenester av god kvalitet pekes det på i Kommuneproposisjonen 2020 (Prop.113 S).

Kommunens administrasjon er pålagt å rapportere inn korrekte opplysninger til staten. Kommunene mottar årlige rundskriv om dette. Korrekt rapportering forutsetter at rådmannen også på dette området har «orden i eget hus». I tillegg har staten pålagt kommunens revisor en revisjonsplikt.

## 1.2 Kriteriedata - psykisk utviklingshemmede

Antall psykisk utviklingshemmede er et av flere kriterier som inngår i beregning av kommunens utgiftsbehov i inntektssystemet (Statsbudsjettet/revidert budsjett og Grønt hefte). Utgiftsutjevningen til den enkelte kommune beregnes i forhold til landsgjennomsnitt.

Kommunene mottar årlig et rundskriv fra Helsedirektoratet (Rundskriv IS 3-/[år]) om å rapportere inn tall på registrerte personer med psykisk utviklingshemming (kriteriedata). Direktoratet har fastsatt kriterier til innrapporteringen om diagnose, alder og vedtak om tjenester.

Aurskog-Høland kommune innrapporterte 35 psykisk utviklingshemmede i 2015 (inntektssystemet 2016), 36 i 2016 (inntektssystemet 2017), 38 i 2017 (inntektssystemet 2018) og 47 i 2018 (inntektssystemet 2019). Resultatet av rapporteringen inngår som nevnt i inntektssystemet og utbetalingene til kommunen gjennom rammetilskuddet. Rammetilskuddet er frie midler for kommunen, og er dermed ikke øremerket verken for tjenesteområdet eller den enkelte bruker.

### 1.3 Refusjonsordning - særlig ressurskrevende brukere

Kommunale helse- og omsorgstjenester finansieres i utgangspunktet gjennom kommunens frie inntekter. Likevel er det noen tilskuddsordninger, og det er slik at kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltmottakere kan søke om delvis refusjon av direkte lønnsutgifter knyttet til dette (IS-4-2019). Dette er således en ordning som kommer i tillegg til inntektssystemet. Helsedirektoratet peker i rundskrivet på at ordningen har sin bakgrunn i at det har vært vanskelig å finne objektive kriterier til bruk i inntektssystemet som kan fange opp kostnadsvariasjonen mellom kommunene på dette området.

Stortinget vedtar nivået på lønnsutgiftene som refunderes og kompensasjonsgrad i de årlige budsjettene. Ordningen omtales også som toppfinansieringsordningen. Kompensasjonsgraden er slik at kommunene får kompensert 80 prosent av egne netto lønnsutgifter til helse- og omsorgstjenester til enkeltbrukere ut over et innslagspunkt som for 2017 var på 1 235 000 kroner og for 2018 er på 1 270 000 kroner. I tillegg gjøres et fratrekk for rammetilskuddets andel på rundt 650 000 kroner for kriteriet psykisk utviklingshemming.

Formålet med toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester er å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Ordningen omfatter personer med psykisk utviklingshemming, fysisk funksjonshemmede, personer med rusproblemer og mennesker med psykiske lidelser (statsbudsjettet fra A til Å). Det er utarbeidet kriterier for tilskuddsordningen. Kriteriene framkommer i et årlig rundskriv fra Helsedirektoratet (Rundskriv IS 4-[år]).

Kommunen rapporterte inn kostnader til 13 særlig ressurskrevende brukere for 2017, mot 7 året før og 10 for 2018 (i 2019).

### 1.4 Konsulentbistand

Aurskog-Høland kommune benyttet konsulentbistand i forbindelse med innrapportering av de to ordningene som er nevnt ovenfor i 2018. Kontrakten som ble inngått, skulle gjelde bistand også i 2019, men dette skjedde ikke fordi avtalen ble avsluttet før tiden.

Ifølge konsulenten bisto de kommunen i perioden februar til april 2018 «i et prosjekt for å optimalisere inntektene i helse- og omsorgssektoren».

Konsulentens oppgave var å hjelpe kommunen i kartleggingsarbeidet av psykisk utviklingshemmede (IS-3-ordningen) og hjelpe kommunen til en registrering av faktiske kostnader knyttet til tjenestene til hver enkelt bruker med særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester (IS-4-ordningen).

Sødermann AS er konsulentselskap som driver med analyse- og rådgivningstjenester for kommuner, særlig innen helse- og omsorgssektoren. Firmaet har vært inne i over 30 kommuner med tilsvarende oppdrag som i Aurskog-Høland kommune. Sødermann AS fikk oppmerksomhet som følge av Tolga-saken, men konsulenten hadde ikke oppdrag for Tolga kommune.

## 1.5 Rapportens oppbygging

Rapporten er inndelt i fem kapitler. I kapittel to beskrives metode og datagrunnlag nærmere. De neste kapitlene er inndelt som følger:

- Kapittel tre besvarer problemstilling én om anskaffelsen.
- Kapittel fire besvarer problemstilling to om oppfølging av kontrakten.
- Kapittel fem besvarer problemstilling tre om innrapportering av PU.

I hvert av kapitlene redegjøres innledningsvis for revisjonskriteriene, deretter følger en gjennomgang av funn og til slutt følger revisjonens vurdering.

Revisjonens hovedfunn og vurderinger står i sammendraget foran i rapporten, sammen med rådmannens uttalelse til rapporten etter foreleggelse.

## 2 METODE

### 2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

Undersøkelsen bygger på dokumentanalyse, intervjuer og korrespondanse per e-post.

#### **Dokumentanalyse**

Revisjonen har mottatt all dokumentasjon fra kommunen knyttet til bruk av konsulent og innrapportering av data for begge ordningene. Dokumentanalysen omfatter blant annet gjennomgang av kommunens dokumentasjon av rutiner, anskaffelse av konsulent og konsulentens bistand. I tillegg mottok revisjonen dokumentasjon knyttet til rapporteringene.

#### **Intervjuer**

Det er gjennomført intervju med kommunalsjef helse og rehabilitering, tjenesteleder miljøarbeidertjenesten, fire avdelingsledere i sykehjem og miljøarbeidertjenesten, innkjøpsrådgiver og regnskapssjef. Det er også innhentet supplerende informasjon gjennom spørsmål på e-post. Det ble skrevet referat fra intervjuene og informantene har fått anledning til å korrigere og rette opp feil og misforståelser. Det følger av revisjonens metodikk at verifiserte referater er å anse som fakta på lik linje med annen skriftlig dokumentasjon.

#### **Regnskapsrevisjonens arbeid**

Forvaltningsrevisjonen bygger på det arbeidet som er utført av regnskapsrevisjonen når det gjelder innrapportering av antall psykisk utviklingshemmede og innrapportering av toppfinansieringsordningen (særlig ressurskrevende brukere).

#### *IS-3-ordningen*

Regnskapsrevisor har for tidligere år gjennomgått nye personer på listene og foretatt en stikkprøvebasert kontroll av de som har vært registrert tidligere. I forbindelse med registreringen våren 2019 er det foretatt en fullstendig gjennomgang av alle personene som etter administrasjonens mening skulle registreres i henhold til IS-3/2019. Revisor gjennomfører ellers sin kontrolloppgave basert på standard ISRS 4400 Avtalte kontrollhandlinger.

Regnskapsrevisors kontroll foregår på den måten at en eller to personer fra administrasjonen sitter sammen med revisor og gjennomgår at kriteriene er oppfylt. Konkret skjer gjennomgangen slik at administrasjonen gjør oppslag i fagsystemet til kommunen.

Regnskapsrevisor utarbeidet og fylte ut et Excel-ark for dokumentasjon av de opplysningene som ble lagt fram i møtet ved kontrollen i 2019.

#### *IS-4-ordningen*

Regnskapsrevisor mottok dokumentasjon med oversendelsesbrev, konsulentens beregningsmodell og grunnlagsberegninger for kontroll i 2018. For kontrollen i 2019, for regnskapsåret 2018, mottok regnskapsrevisor et regneark som kommunen selv har fylt ut. Regnskapsrevisor innhentet deretter vedtakene og kontrollerte at beregningene i regnearket stemte. Dette ble gjort på stikkprøvebasis.

Av de som ble innrapportert til slutt var 9 av 10 omfattet av stikkprøvekontrollen. Det er rapportert inn 1 ny særlig ressurskrevende bruker for 2018.

Selv om mottatt dokumentasjon er ulik for de to siste årene, har kontrollopplegget vært det samme. Kontrollene kan likevel ha blitt innrettet litt ulikt grunnet oppsett av dokumentasjonen.

### **Forvaltningsrevisjonens gjennomgang**

#### *IS-3-ordningen*

Forvaltningsrevisor har mottatt dokumentasjon fra regnskapsrevisor og deltatt på et møte der kommunen la fram dokumentasjon på diagnose, tjenestevedtak og alder for regnskapsrevisor for 2019-rapporteringen. Den mottatte dokumentasjonen omfatter anonymisert utskrift fra fagsystemet over brukere og utfylte og innsendte registreringsskjemaer.

Forvaltningsrevisor har i tillegg forespurt kommunen om hvilke nye personer som ble innrapportert i 2018.

#### *IS-4-ordningen*

Forvaltningsrevisor har mottatt den dokumentasjon som ble oversendt regnskapsrevisor for forrige innrapportering. Forvaltningsrevisor har benyttet disse regnearkene for å gjøre en forenklet kontroll av fakturaen som kommunen mottok for konsulentens bistand knyttet til denne ordningen.

## **2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet**

Pålitelige data sikres ved å være nøyaktig under datainnsamling og databehandling. Gyldighet betegner dataenes relevans for å besvare problemstillingene som er valgt. Revisjonen mener at dataene som denne rapporten bygger på samlet sett er pålitelige og gyldige og gir et tilstrekkelig grunnlag for revisjonens vurderinger og konklusjoner.

## 3 ANSKAFFELSEN

I dette kapitlet undersøkes den første problemstillingen:

Er anskaffelsen av konsulent konkurranseutsatt i tråd med anskaffelsesregelverket?

### 3.1 Revisjonskriterier

#### 3.1.1 Lov om offentlige anskaffelser (LOA)

Formålet med anskaffelsesloven er å bidra til økt verdiskapning i samfunnet gjennom å sikre mest mulig effektiv ressursbruk av offentlige midler på anskaffelser. Anskaffelsesloven er basert på visse grunnleggende prinsipper, som skal bidra til å realisere anskaffelsesregelverkets formål, jf. LOA § 1. De grunnleggende prinsippene gjelder for alle anskaffelser som er underlagt anskaffelsesloven. Dette gjelder anskaffelser med en anslått verdi på over 100 000 kr ekskl. mva., jf. LOA § 2.

#### 3.1.2 Forskrift om offentlige anskaffelser (FOA)

FOA er et omfattende regelverk som regulerer hvordan en anskaffelse skal gjennomføres. Hvilke del(er) av forskriften som kommer til anvendelse for den enkelte anskaffelsesprosess vil avhenge av anskaffelsens art og verdi, jf. § FOA 5-1. I forskriften er det angitt ulike terskelverdier<sup>1</sup> som har betydning for hvilke deler av forskriften som gjelder. Tabellen nedenfor viser relevante terskelverdier<sup>2</sup>.

**Tabell 1 Terskelverdi**

| Terskelverdier for offentlige anskaffelser, eksklusive merverdiavgift                                   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
|   | Beløp til og med<br>5.4.2018 | Beløp fra og<br>med 6.4.2018 |
| 1. «Terskelverdi for anvendelse av forskrift»   | 100 000 kr                   | 100 000 kr                   |
| 2. Nasjonal terskelverdi (FOA del I)  | 1,1 mill. kr                 | 1,3 mill. kr                 |
| 3a. EØS-terskelverdi (varer og tjenester og plan- og designkonkurranser) <sup>3</sup> (FOA del I og II) | 1,75 mill. kr                | 2 mill. kr                   |

<sup>1</sup> Terskelverdier er beløpsgrenser som angir hvilken del av anskaffelsesforskriften som kommer til anvendelse for en anskaffelse.

<sup>2</sup> Terskelverdiene gjelder fra 1.1.2017.

<sup>3</sup> For statlige myndigheters vare- og tjenestekontrakter og plan- og designkonkurranser er EØS-terskelverdien på 1,3 mill. kr.

Den første terskelverdien på 100 000 kroner er beløpsgrensen for når anskaffelsesregelverket kommer til anvendelse, jf. FOA § 1-1. Anskaffelser over 100 000 kroner skal som minimum følge anskaffelsesloven og FOA del I.

Dersom anskaffelsen skulle overstige den andre terskelverdien på 1,1 millioner kroner<sup>4</sup> (nasjonal terskelverdi), men ikke overstige EØS-terskelverdiene, skal anskaffelsen som hovedregel følge FOA del II, jf. FOA § 5-1.

### **Krav til anskaffelsesprosessen**

Forskriften stiller en rekke krav til offentlige oppdragsgivere når de skal gjennomføre anskaffelser. Hvor strenge krav som gjelder for den enkelte anskaffelsesprosess vil avhenge av hvilke deler av forskriften som kommer til anvendelse.

#### ***i) Konkurransetsetting***

I henhold til de grunnleggende prinsippene fra anskaffelsesloven, skal en anskaffelse så langt det er mulig være basert på en reell konkurranse. Hovedregelen gjelder alle anskaffelser som er omfattet av lov og forskrift; både over og under terskelverdiene (NFD 2017, 56).

For anskaffelser med verdi under nasjonal terskelverdi gjelder bare formålsparagrafen og de grunnleggende prinsippene i anskaffelsesloven og forskriften del I. Loven og forskriften del I inneholder ingen prosedyreregler, og oppdragsgiver gis således betydelig fleksibilitet til å organisere konkurransen slik han ønsker. For å overholde konkurransekrevet, må oppdragsgiver som minimum gjøre anskaffelsen kjent for et rimelig antall leverandører, enten ved å henvende seg direkte til flere leverandører eller ved å kunngjøre konkurransen (NFD 2017, 80).

#### ***ii) Beregning av anskaffelsens verdi***

Verdien på en anskaffelse får betydning for hvilke deler av forskriften som kommer til anvendelse. Prosedyrene for beregning av anskaffelsens verdi er regulert i FOA § 5-4. Hovedregelen er at oppdragsgiver skal foreta en beregning av det samlede beløpet som oppdragsgiver forventer å betale for de kontrakter som er tilknyttet anskaffelsen i løpet av dens løpetid, inklusive opsjoner og forlengelser. I forskriften stilles det videre krav om at beregningen skal være forsvarlig på tidspunktet for kunngjøring, vurdert ut fra forholdene på tidspunktet for innsendelse av kunngjøringen, jf. FOA § 5-4 andre ledd.

For anskaffelser som ikke krever kunngjøring, skal beregningen være forsvarlig på det tidspunktet oppdragsgiveren innleder anskaffelsesprosessen, jf. FOA § 5-4 andre ledd. I disse tilfellene spesielt kan verdivurderingen bli avgjørende og det er dermed spesielt viktig at oppdragsgiver kan dokumentere undersøkelser og vurderinger til grunn for verdiberegningen.

---

<sup>4</sup> Nasjonal terskelverdi i januar 2018 da kontrakten ble inngått.



Aurskog-Høland kommunes innkjøpsrutiner (punkt 7.3<sup>5</sup>) beskriver at anskaffelsesverdier beregnes ut fra samlede anskaffelser fra en leverandør i kommunen over en vilkårlig 12-måneders periode. For anskaffelser under EØS-terskelverdier beskrives at anskaffelser

- under 100 000 kroner eksklusive merverdiavgift er fullstendig unntatt fra anskaffelsesregelverket
- fra 100 000 kroner til 1 100 000 kroner skal det innhentes tilbud fra minst 3 leverandører, anskaffelsesprotokoll skal føres og arkiveres i kommunens arkivsystem. Kan også lyses ut på DOFFIN som en såkalt «frivillig kunngjøring»
- mellom 1 100 000 kroner og EØS terskelverdi skal lyses ut på Doffin, anskaffelsesprotokoll skal føres og arkiveres i kommunens arkivsystem.

### iii) Dokumentasjon

Det er et generelt krav at vurderinger og dokumentasjon av betydning for gjennomføringen av konkurransen skal foreligge skriftlig for alle anskaffelser som omfattes av regelverket, jf. § 7-1.

Krav om etterprøvbarehet innebærer at oppdragsgiveren må kunne dokumentere hva som har foregått i anskaffelsesprosessen og hvilke beslutninger som er tatt i den (NFD 2017, 63). Tilbudsforespørsler, kunngjøring, konkurransegrunnlag, anskaffelsesprotokoller, begrunnelse for valg av tilbud og kontrakter er eksempler på dokumenter som bør journalføres og arkiveres.

For anskaffelser som ikke krever kunngjøring, skal beregningen være forsvarlig når anskaffelsesprosessen påbegynnes (ibid, 49). Selv om anskaffelser under 100 000 kroner er unntatt fra regelverket, mener revisor at god forvaltningsskikk tilsier at verdivurderingen også for disse anskaffelsene dokumenteres.

Lov av 4. desember 1992 nr. 126 om arkiv (arkivlova) inneholder også krav om at alle offentlige organ skal sikre et arkivverdig dokument for nåtid og framtid. Kravene er nærmere redegjort for i forskrift av 15. desember 2017 nr. 2105 om offentlige arkiv. Dokumenter som er arkivverdige skal journalføres (paragraf 9). Dokumenter som har inngått i saksbehandlingen eller har verdi som dokumentasjon, skal arkiveres (paragraf 14). Krav i arkivloven og god forvaltningsskikk krever med andre ord at viktig dokumentasjon og beslutningsprosesser dokumenteres. Kommunens *arkivplan* og *post- og arkivrutine for saksbehandlere og ledere* tydeliggjør den enkelte ansattes ansvar for å journalføre arkivverdige henvendelser som er direkte adressert til saksbehandler, inkludert e-post, brev, SMS, telefonsamtaler etc (arkivplan punkt 2.2.5).

På denne bakgrunn legger revisjonen til grunn at en anskaffelse skal være konkurranseutsatt når den overstiger terskelverdien. Prosessen bør dokumenteres selv om den ikke overstiger terskelverdi. Kontrakter og dokumentasjon skal journalføres og arkiveres.

---

<sup>5</sup> Gjeldende rutiner, dvs. ikke justert opp per 6.4.2018.

### 3.1.3 Utlede kriterier

Nedenfor følger en oversikt over de utlede revisjonskriteriene.

| Problemstilling 1  | Revisjonskriterier  |
|--|---|
| Er anskaffelsen av konsulent konkurranseutsatt i tråd med anskaffelsesregelverket? | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Anskaffelsen skal være konkurranseutsatt i henhold til anskaffelsesregelverket og kommunens rutiner</li> <li>➔ Anskaffelsesprosessen skal være dokumentert, journalført og arkivert i kommunens arkivsystem</li> </ul> |

## 3.2 Er anskaffelsen konkurranseutsatt i tråd med regelverket?

Aurskog-Høland kommune inngikk 3. januar 2018 en provisjonsbasert kontrakt med Sødermann AS (heretter kalt konsulenten). Bakgrunnen for kontrakten er at konsulenten mente de kunne bidra til å øke inntektene til kommunen knyttet til ordningene IS-3 (PU) og IS-4 (ressurskrevende brukere) for regnskapsårene 2017-2018 (e-post, 2.10.2017). Avtalen gjelder faglig bistand for å sikre optimal ressurstilgang (inntektsoptimalisering), der konsulenten får et honorar på 25 prosent av skapt resultat til kommunen som følge av konsulentens arbeid.

Kommunens utbetaling til konsulenten i kontraktperioden var samlet 1 514 875 kroner inklusive merverdiavgift (1 211 900 kroner eksklusive merverdiavgift), hvorav 818 750 kroner inklusive merverdiavgift (655 000 kroner eksklusive merverdiavgift) for gjennomgang av kommunens rapportering av personer med psykisk utviklingshemming i henhold til IS-3/2018 og 696 125 kroner inklusive merverdiavgift (556 900 kroner eksklusive merverdiavgift) for gjennomgang av kommunens rutiner ved rapportering/refusjonskrav utgifter til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i henhold til IS-4/2018.

I ettertid har kommunen sett at utbetalingen til konsulenten ble langt høyere enn terskelverdien og vurderingen i dag er at det skulle vært innhentet tilbud fra andre leverandører i tillegg. Kommunen har selv redegjort for og gått gjennom anskaffelsen, og redegjørelsen er publisert på kommunens nettside den 7. november 2018. Der kommer det fram at inntekten ville være under 100 000 kroner (terskelverdien for å innhente tilbud fra flere leverandører). Av samme grunn foreligger verken anskaffelsesprotokoll eller utlysning. Kommunalsjefen peker på at kommunen sjekket hvilke kommuner konsulenten hadde vært inne i tidligere. Anskaffelsen ble diskutert i rådmannens ledergruppe og kommunalsjefen fikk fullmakt til å gjennomføre anskaffelsen. Det ble vurdert at muligheten var stor for at konsulenten ikke ville finne nye brukere som burde ha vært innrapportert. Dette viste seg ikke å stemme og burde ifølge kommunalsjef ha vært vurdert nøyere ved kontraktsinngåelsen.

Innkjøpsrådgiver påpeker at kommunen har en sentralisert innkjøpsfunksjon som er slik at innkjøpsrådgiver vurderer alle innkjøp over hundre tusen kroner. Det er opp til den som har ansvaret for anskaffelsen å dokumentere hva kostnadsoverslaget baseres på.

Når det gjaldt denne anskaffelsen forsto innkjøpsrådgiver det slik at konsulenten skulle gå igjennom kommunens rutiner og praksis på området. På spørsmål om omfanget på anskaffelsen opplyser innkjøpsrådgiver at hun fikk beskjed om at den ikke ville overstige hundre tusen kroner. Nå i ettertid ser hun at hun kunne for lite om produktet til å kunne gjøre en annen vurdering, og hun peker også på at hun burde stilt flere spørsmål til hva kostnadsoverslaget var basert på.

### **3.3 Er anskaffelsesprosessen dokumentert og arkivert i kommunens arkivsystem?**

Kommunen kan vise til skriftlig dokumentasjon på avtale med konsulenten, samt dialoger som leder fram til avtaleinngåelsen. Vurderingen av anskaffelsens verdi er imidlertid ikke skriftliggjort.

Den skriftlige dokumentasjonen på avtale og dialoger ble ikke arkivert og journalført. På sine hjemmesider opplyser kommunen at det var først i forbindelse med en interpellasjon fra et politisk parti at det ble avdekket at kontrakt og øvrige dokumenter knyttet til konsulenten ikke var journalført. Det ble straks gitt beskjed at disse dokumenter skulle journalføres.

Innkjøpsrådgiver opplyser at fordi anskaffelsen ble vurdert å ligge under kroner 100 000 ble det ikke utformet anbudsdokumenter, kravspesifikasjon, protokoll med mer. Når det gjaldt kravene til arkivering og journalføring, ble ansvarlig for anskaffelsen oppfordret til å lage referater, samt arkivere kontrakt og annen relevant dokumentasjon.

Kommunalsjefen bekrefter at anskaffelsen ikke ble konkurranseutsatt og det ble ikke utformet noen anskaffelsesprotokoll. Dokumentasjon knyttet til avtalen ble heller ikke journalført og arkivert. Dette var ifølge kommunalsjefen feil håndtering, noe kommunen også har bekreftet og beklaget i redegjørelsen på kommunens nettside den 7. november 2018. Henvendelsen fra konsulent og de vurderinger som ble gjort av konsulentbistanden er beskrevet i neste kapittel.

### **3.4 Revisjonens vurdering**

Revisjonen har for det første lagt til grunn at en anskaffelse skal være konkurranseutsatt i henhold til anskaffelsesregelverket og kommunens rutiner.

Aurskog-Høland kommune inngikk januar 2018 en avtale med konsulent om faglig bistand for å sikre optimal ressurstilgang. På anskaffelsestidspunktet vurderte kommunen anskaffelsen til lavere verdi enn kr 100 000, men den endelige utbetalingen ble på i overkant av 1,2 millioner kroner eksklusive merverdiavgift. Revisjonen mener at det vesentlige avviket tilsier at verdivurderingen ikke har vært forsvarlig på anskaffelsestidspunktet, særlig fordi ikke bare én, men to terskelverdier ble overskredet. Utbetalingen er med andre ord også over nasjonal terskelverdi som på anskaffelsestidspunktet var på 1,1 millioner kroner.

Av samme grunn har kommunen heller ikke konkurranseutsatt eller ført anskaffelsesprotokoll på anskaffelsen. Etter revisjonens mening skulle anskaffelsen, på bakgrunn av de utbetalinger som knytter seg til anskaffelsen, vært konkurranseutsatt og protokollført.

Revisjonens vurdering er at anskaffelsen ikke er konkurranseutsatt i henhold til regelverket for offentlige anskaffelser.

Revisjonen har for det andre lagt til grunn av anskaffelsesprosessen skal være dokumentert, journalført og arkivert i kommunens arkivsystem.

Avtalen og dialoger som leder frem til avtalen er dokumentert, men ikke vurderingen av anskaffelsens verdi. Etter revisjonens mening er vurderingen av anskaffelsens verdi informasjon som er av betydning for gjennomføringen av anskaffelsen og kommunens saksbehandling. Denne vurderingen burde derfor vært dokumentert. Kontrakt og anskaffelsesprosessen er verken journalført eller arkivert på en måte som gjør dokumentene lett tilgjengelige og etterprøvbare.

Etter revisjonens vurdering foreligger det for denne anskaffelsen brudd på anskaffelsesregelverket, arkivbestemmelser og kommunens egne rutiner og retningslinjer. Dette er også noe kommunen selv har erkjent i ettertid.

## 4 UTFORMING OG OPPFØLGING AV KONTRAKT

I dette kapitlet undersøkes den andre problemstillingen:

I hvilken grad har kommunen fulgt opp kontrakten i tråd med god praksis for dette?

### 4.1 Revisjonskriterier

En kontrakt fordeler risiko og angir partenes ansvar og forpliktelser i avtaleperioden og skal angis i kunngjøringen eller konkurransegrunnlaget. Når kontrakten er signert, har oppdragsgiver og leverandøren inngått et alminnelig kontraktsforhold der partene har fått visse rettigheter og plikter ovenfor den andre. Kontraktsvilkårene er ikke med i evalueringen av tilbudene, men leverandøren plikter å innfri kravene i kontraktsperioden (Difi 2019).

God kontraktsoppfølging forebygger tvister og bidrar til effektiv ressursbruk for både oppdragsgiveren, leverandøren og samfunnet. Kontraktsoppfølging er alle forhold og situasjoner som oppstår fra avtaleinngåelse (signering) til dens opphør. Det innebærer kontroll av at tjenesteleverandøren leverer det han skal, når han skal og ellers oppfylder sine avtalefestede plikter. Videre skal man implementere kontrakten i egen virksomhet<sup>6</sup> og håndtere endrede situasjoner som ikke var avdekket på tidspunktet for avtaleinngåelse (Veileder om kontraktsoppfølging, 2016, 3).

Det er viktig å utarbeide en gjennomtenkt kontrakt før avtaleinngåelse for å unngå problemer og uenigheter. Kontrakten bør beskrive hvilke tjenester som skal leveres, krav og spesifikasjoner samt hva som inngår i hovedleveransen. Følgende bør som et minimum være regulert i kontrakten; beskrivelse av ytelsen, pris, betaling, varighet, levering, klausul om lønns- og arbeidsvilkår (Veileder om kontraktsoppfølging, 2016, 5). Det kan ofte være behov for å ta inn flere reguleringer. Kontrakten bør oppdateres ved endringer og behov. Videre må det som leveres kontrolleres opp mot det som *faktisk* beskrives i kontrakten slik at man betaler for det man får.

Med kontraktsoppfølging menes å «overvåke» alle forhold og situasjoner som oppstår i det en kontrakt signeres til den avsluttes. Kjernen i kontraktsoppfølging er, foruten å sørge for at den andre parten oppfylder sin del av kontrakten, å håndtere de problemer og uregelmessigheter som måtte oppstå (Difi 2017, 11). For oppdragsgivere innebærer dette for eksempel å kontrollere følgende:

- At det leveres varer/tjenester som avtalt i kontrakt
- At varer/tjenester leveres til de som skal ha det (særlig når leveransen mottas av andre enn oppdragsgiver selv) og til avtalt tid
- At leverandøren fakturerer i samsvar med kontrakt
- At verdien på kjøpene ikke vesentlig overstiger verdien som kontrakten ble kunngjort for.

---

<sup>6</sup> Slik at man internt etterlever forpliktelsene overfor leverandøren.

Kontraktoppfølging handler også om å håndtere uventede og endrede situasjoner som man ikke forventet når kontrakten ble inngått (Difi 2017, 3). Dette kan dreie seg om alle sider av kontrakten, som for eksempel å endre på innholdet i leveransen, utvide kontraktens virkeområde eller kontraktens varighet (Difi 2017, 15).

#### 4.1.1 Utlede kriterier

Revisjonen har på denne bakgrunn utledet følgende revisjonskriterium:

| Problemstilling 2  | Revisjonskriterier   |
|--|--|
| I hvilken grad har kommunen fulgt opp kontrakten i tråd med god praksis for dette? | → Kommunen skal følge opp at kontraktsvilkårene blir overholdt |

## 4.2 Bakgrunn for at kontrakt ble inngått

Kommunalsjef helse og rehabilitering opplyser i intervju at kommunen får en rekke henvendelser om konsulentbistand. Hvis det er aktuelt å leie inn konsulent, innhentes det konkurrerende tilbud i tråd med kommunens anskaffelsesreglement. I dette tilfellet mottok kommunen en direkte henvendelse fra firmaet Sødermann. Videre påpekes at før det ble besluttet å gjennomføre anskaffelsen, ble saken vurdert av innkjøpsrådgiver og controller samt at saken ble drøftet på rådmannens ledermøte. Se foregående kapittel om det som omhandler selve anskaffelsen.

Ifølge kommunalsjefen ble registrerings- og innrapporteringsrutinene for samme tjenesteområde gjennomgått i 2009. Konsulent den gang var Bjørn Brox i Agenda Kaupang. Gjennomgangen den gang førte til at kommunens rutiner og retningslinjer for registrering og innrapportering ble lagt om. Kommunalsjefen har forstått det slik at gjennomgangen som ble gjort i 2009, ble vurdert som veldig nyttig, og han mente det kunne være greit med en ny gjennomgang av eksterne nå ti år etter.

Kommunalsjefen peker på at det er viktig å sikre korrekt rapportering, og dermed også de inntekter kommunen har krav på. Om ikke direkte, så vil dette også bidra til å legge grunnlaget for bedre tjenester. Kommunalsjefen understreker samtidig at den faglige vurdering av den enkelte brukers tjenestebehov, og oppfyllelse av retten til helse- og omsorgstjenester, selvsagt skjer på grunnlag av krav til faglig forsvarlige tjenester.

Kommunen mottok en henvendelse fra konsulenten per telefon og e-post den 2. oktober 2017. Kommunalsjefen peker på at kommunen sjekket hvilke kommuner konsulenten hadde vært inne i tidligere. Anskaffelsen ble diskutert i rådmannens ledergruppe og kommunalsjefen fikk fullmakt til å gjennomføre anskaffelsen. Anskaffelsen ble også tatt opp med kommunens innkjøpsrådgiver, se nærmere om dette i foregående kapittel.

I e-posten<sup>7</sup> skriver konsulenten:

Håper det kan vere interessant med ei kostnadsfri og uforpliktande vurdering. Som sagt trur eg vi kan bidra til å auke inntektene til Aurskog-Høland kommune med ein gjennomgang rundt ordningane IS-3 (PU) og IS-4 (Ressurskrevjande brukarar).

Under overskriften **status Aurskog-Høland kommune** beskriver konsulenten at kommunen har sju ressurskrevende brukere, og får en refusjon som er noe høyere enn landsgjennomsnittet per bruker. Konsulenten uttrykker at det «[...] som overraska oss er at ei så stor kommune har så få brukarar. Statistisk så skal dette talet vere 20-21 stk. Basert på desse opplysningane trur vi at vi med vår erfaring og arbeidsmetodikk kan bidra til å auke inntektene til kommunen dykkar.»

Konsulenten ber deretter kommunen om å oversende informasjon for å gjennomføre en pre-analyse som vil være kostnadsfri og uforpliktende for kommunen. Når dette er gjennomført ønsker konsulenten å presentere resultatet av analysen i et møte med kommunen og gi et uforpliktende tilbud.

Et møte ble avholdt med konsulenten før kontrakt ble inngått, jf. foregående kapittel, den 1.12.2017. Kommunalsjefen og tjenesteleder bekrefter at på dette uforpliktende informasjonsmøtet møtte kommunalsjef, tjenesteleder og controller fra kommunen.

Tjenesteleder opplyser at hun og controller var noe i tvil om hva slags utbytte kommunen ville ha, og om konsulentens opplegg for registrering og innrapportering ville være bedre enn den som ble resultatet etter tilsvarende gjennomgang i 2009. Videre pekes på at hun ellers ikke reagerte negativt på opplegget som hun synes virket greit. Konsulentene framsto med bred kompetanse og virket profesjonelle. Tjenesteleder opplyser videre at hun ikke var involvert i arbeidet med å utforme kontrakt og betalingsmodell.

### 4.3 Kontraktens utforming

#### 4.3.1 *Betalingsmodell*

Det ble vurdert at muligheten var stor for at konsulenten ikke ville finne nye brukere som burde vært innrapportert. Dette viste seg ikke å stemme og burde ifølge kommunalsjefen vært vurdert nøyere ved kontraktsinngåelsen.

Kommunalsjefen peker på at det ble kontraktsfestet en betalingsmodell, såkalt «no cure no pay», for å sikre kommunen at det ikke ble betalt mer til konsulenten enn nødvendig. Modellen innebar at konsulenten skulle gjennomføre oppdraget på provisjon og resultatet som ble skapt for kunden. Det

---

<sup>7</sup> Den 2.10.2017 fra konsulenten til kommunalsjefen. Samme dag som telefonhenvendelsen.

skulle betales et honorar på 25 prosent av skapt resultat. Modellen ble foreslått av konsulenten og sjekket ut med innkjøpsrådgiver i kommunen.

Innkjøpsrådgivers tilbakemelding på betalingsmodellen var at den var uvanlig, men ikke ulovlig. Hun mener imidlertid generelt at en slik modell øker usikkerheten og minsker forutberegneligheten med hensyn til hva kostnadene faktisk blir. Innkjøpsrådgiver viser i ettertid til at hun ikke satt med tilstrekkelig informasjon til å overskue de økonomiske utslagene av den gjennomgangen konsulenten skulle gjøre.

### **4.3.2 Taushetsplikt**

Partenes plikter er redegjort for i kapittel 3 i kontrakten, og her nevnes kontraktens punkt 3.6 som omhandler taushetsplikt:

- Informasjon som partene blir kjent med [...] skal behandles konfidensielt, og ikke gjøres tilgjengelig for utenforstående uten samtykke fra den annen part.
- Taushetsplikten er ikke mer omfattende enn det som følger av forvaltningslovens bestemmelser.
- Partene skal ta forholdsregler for å sikre at uvedkommende ikke får innsyn i eller kan bli kjent med taushetsbelagt informasjon.
- Taushetsplikten gjelder også etter at avtalen er opphørt.
- Taushetsplikten opphører fem (5) år etter leveringsdag, med mindre annet følger av lov eller forskrift.

Konsulenten opplyser til kommunen i en e-post av 14.3.2019, på kommunens forespørsel, at alle ansatte i selskapet signerer tilsetningsavtale som inneholder et eget punkt om taushetsplikt og henvisning til konsulentens personalhåndbok punkt 3.5:

Den ansatte er forpliktet til å bevare taushet om alle forhold av konfidensiell natur, for eksempel sensitive opplysninger vedrørende kunder, personalforhold, [ ... ]. Ved ansettelsen skal den enkelte gjøres kjent med reglene om taushetsplikt. Brudd på taushetsplikt anses som brudd på den enkeltes ansettelsesavtale. Taushetsplikten gjelder også etter at ansettelsesforholdet opphører. Gjeldende taushetserklæring er en del av den enkelte sin arbeidsavtale som skal underskrives før tiltredelse.

CV for de ansatte som var med på oppdraget, viser at disse fagpersonene har autorisasjon i Helsedirektoratet (to sykepleiere med autorisasjon, hvorav en av dem er rådgiver på økonomisiden i prosjektet).

### **4.3.3 Signering av kontrakt**

Konsulenten daterte kontrakten 3. januar 2018. Slik revisjonen forstår dette ble kontraktforslaget oversendt kommunen per e-post. Kommunen mottok deretter to e-poster fra konsulenten den 18. januar 2018.

Den første e-posten inneholder informasjon til kommunen om forberedelse til oppstart samt tidspunkter og informasjon om oppstartsmøte og kartleggingssamtaler. I prosjektinformasjon datert 18. januar 2018 informerer konsulenten om «[o]ptimalisering av inntekter i helse- og



omsorgssektoren – informasjon om oppstart av prosjekt». I dette skrivet kommer det innledningsvis fram at konsulenten skal bistå kommunen med IS-3 og IS-4 ordningene, dato for oppstartsmøtet (6.2.2018) som senere ble endret til 7.2.2018, og informasjon om den første fasen av prosessen.

Den andre e-posten, som kommunen mottok litt senere denne dagen, inneholder signert kontrakt fra konsulenten i retur til kommunen, etter at konsulenten dagen før fikk oversendt signert kontrakt fra kommunen per e-post. Konsulenten hadde da purret kommunen og etterlyst signert kontrakt den 17. januar 2018.

Dokumentasjonen viser at det også har foregått noe muntlig kommunikasjon mellom konsulenten og kommunen i denne perioden.

#### **4.3.4 Nærmere om innholdet i kontrakten**

Under dette punktet beskriver revisjonen deler av innholdet i kontrakten. Kontrakten beskriver at konsulenten skal bistå kommunen med inntektsoptimalisering. Hva bistanden består av er beskrevet, og det samme gjelder milepæler (se nærmere om disse nedenfor). Kontrakten avklarer hva som skal skje hvis det oppstår motstrid mellom partene, varighet, hvem som er partenes representanter og avklarer endring, stansing og avbestilling. Videre avklarer kontrakten partenes plikter og lønns- og arbeidsvilkår for konsulenten etter forskrift av 8. februar 2008. Kontrakten avklarer også opphavs- og eiendomsrett, og inneholder bestemmelser om mislighold og tvistebestemmelser.

Punktene i kontrakten om gjennomføring, vederlag og kontraktens varighet beskrives nærmere under de påfølgende punkter.

Kontrakten tar utgangspunkt i statens standardavtale om bistand fra konsulent (SSA-B Enkel – Direktoratet for forvaltning og IKT juli 2015). Det følger av kontrakten at alle henvendelser vedrørende avtalen skal skje mellom kommunalsjef helse og rehabilitering i kommunen og daglig leder hos konsulenten. Av kontraktens punkt 1.4 framgår at partenes representanter skal være bemyndiget til å opptre på vegne av partene i saker som angår avtalen. Kommunikasjonen mellom partene skal være skriftlig (punkt 3.7).

Kontrakten er utformet slik at konsulenten skal bidra til forbedring av rapporteringen av psykisk utviklingshemmede for regnskapsår 2017 og 2018. Videre skal konsulenten bidra til optimalisering av kundens tjenester innen særlig ressurskrevende brukere for regnskapsår 2017 og 2018. Kontrakten beskriver dessuten at:

Partene har en felles forståelse av at det kan være vanskelig for Konsulenten å bidra til at Kunden får full effekt av prosjektet for regnskapsåret 2017.

Det beskrives også at endringer av eller tillegg til den avtalte ytelsen skal avtales skriftlig (punkt 2.1), kunden kan midlertidig stanse bistanden (punkt 2.2) eller avbestille bistanden med 30 dagers skriftlig varsel (punkt 2.3).

## 4.4 Gjennomføring av oppdraget

Nedenfor beskriver revisjonen gjennomføringen av oppdraget. Først redegjøres for informasjon i forkant av oppstartsmøtet, deretter redegjøres for milepælene i kontrakten, oppstartsmøtet og selve kartleggingen både generelt og når det gjelder de to ordningene. Til slutt redegjøres for punktet i kontrakten om konsulentens rapportering tilbake til kommunen om det arbeidet som konsulenten utførte.

### 4.4.1 Informasjon som kommunen mottok i forkant av oppstartsmøtet

Konsulenten sendte ut prosjektinformasjon den 18. januar 2018. Konsulenten oversendte blant annet et informasjonsskriv om IS-3-ordningen til kommunen. Informasjonsskrivet ble også ettersendt i e-post 21.2.2018 til tjenesten for psykisk helse<sup>8</sup>. Overskriften på informasjonsskrivet er:

Vil du være med å gi personer med psykisk utviklingshemming et bedre tjenestetilbud samtidig som kommunen øker sine inntekter?

Dette informasjonsskrivet beskriver blant annet at mange med lett psykisk utviklingshemming trolig vil ha nytte av helse- og omsorgstjenester fra kommunen tilpasset sitt behov, og inneholder en oppfordring om å melde fra til tjenesteleder miljøarbeidertjenesten:

Kjenner du personer innenfor tjenesten psykisk helse som har (lett) PU og som mottar eller ikke mottar tjenester (herunder helsetjenester i hjemmet, BPA, praktisk bistand, støttekontakt, plass i institusjon, avlastningstiltak eller omsorgslønn til pårørende) fra kommunen?

Dokumentasjonen viser at konsulenten ønsket å involvere flere instanser i kommunen. Dette omfattet kommuneoverlege, personer fra skolehelsetjenesten og helsestasjon, NAV, PPT, psykiatritjenesten og fastleger. Kommunalsjefen opplyser til revisjonen at det ble gjort en vurdering av hvem som burde involveres fra kommunens side, og han legger til at fastlegene ikke ble vurdert som aktuelle. Av de som nevnes ovenfor, ble psykisk helse og avhengighet kontakttet av konsulenten.

### 4.4.2 Milepæler i kontrakten og prosjektplaner

Før revisjonen går nærmere inn på selve oppstartsmøtet, redegjøres for hvordan milepælene i kontrakten er beskrevet:

1. Innen 1. mars skal relevant arbeid for å klare og skape forbedringer for regnskapsåret 2017 være gjennomført (planlegging, oppstartsmøte, kartlegging, beregninger og innrapportering.
2. Innen 30. juni 2018 skal det foreligge foreløpig oppsummering av kartleggingsfasen for regnskapsåret 2018 i form av midlertidig rapport.
3. Innen 1. mars 2019 skal prosjektet endelig avsluttes, når krav for regnskapsåret 2018 er godkjent av kommunens revisor og rapportert inn til Helsedirektoratet.

---

<sup>8</sup> Tjenesten for psykisk helse ble inkludert i kartleggingen i etterkant av oppstartsmøtet.

Kontrakten beskriver videre at konsulenten skal yte faglig bistand under kundens ledelse innenfor begge ordningene (innrapportering av psykisk utviklingshemmede og refusjonsordningen for særlig ressurskrevende brukere) for regnskapsår 2017 og 2018.

I tillegg til kontrakten fikk kommunalsjefen tilsendt prosjektplanene som konsulenten utarbeidet.

Kommunalsjefen opplyser til revisjonen at ansvaret for gjennomføringen av oppdraget ble lagt til tjenesteleder miljøarbeidertjenesten og controller. Selve kartleggingen foregikk sammen med avdelingsledere.

Konsulenten utarbeidet to prosjektplaner; en for hver ordning. I planene beskrives at Aurskog-Høland kommune er prosjekteier, og det er oppgitt to kontaktpersoner (controller og tjenesteleder). Videre er begge kontaktpersonene også oppgitt som registreringsansvarlige for IS-4-ordningen, mens det for IS-3-ordningen er tjenesteleder som er oppgitt som registreringsansvarlig. Konsulenten opplyser om fire medarbeidere i prosjektet. Prosjektplanene beskriver også at resultat og fremdrift i prosjektet rapporteres til kommunalsjefen.

**IS-3-prosjektplanen** beskriver at konsulenten koordinerer prosjektet og skal ha dialog med de ulike avdelingene i kommunen, delta i kartleggingen for å finne nye brukere og skal bidra med forslag til arbeidsmetoder i arbeidet med IS-3. Videre framgår at konsulenten skal ha løpende dialog med kommunen for å sikre framdrift, og endelig beskriver prosjektplanen:

Når kommunen skal kartlegge antallet PU i prosjektet må diagnoser fremskaffes, og enkeltvedtak være gyldige. Dette er sensitiv brukerinformasjon som Sødermann AS ikke har tilgang til. Registreringsansvarlig i kommunen må derfor koordinere arbeidet med å fremskaffe diagnoser og annen dokumentasjon. Kommunen må selv tildele tjenester og utforme vedtak.

Prosjektplanen inneholder en detaljert beskrivelse av gjennomføring og fremdriftsplan for prosjektet. Den forutsetter blant annet at ansatte i aktuelle avdelinger bidrar og framskaffer brukerinformasjon og dokumentasjon innen rapporteringsfristen 15. april 2018. Konsulenten opplyser om at en forutsetning for refusjon er gyldige enkeltvedtak innen frist. Videre framkommer at enkeltvedtak og dokumentasjon på diagnoser oversendes til revisor i god tid før fristen for rapportering (den 15. april 2018 og frist for neste år når denne blir kjent i januar 2019). Prosjektet avsluttes i april 2019 i henhold til prosjektplanen.

**IS-4 prosjektplanen** beskriver at konsulenten koordinerer prosjektet og skal ha dialog gjennom prosjektet med de aktuelle avdelingene, kartlegge omfanget av tjenesteyting til eksisterende ressurskrevende brukere og videre skal konsulenten kartlegge om det finnes flere ressurskrevende brukere i kommunen. Konsulenten skal i tillegg bidra med forslag til arbeidsmetoder for arbeidet med IS-4, samt gi kommunen en innføring i konsulentens beregningsmodell. Prosjektplanen beskriver også:

Når omfanget av tjenester er kartlagt, må man sikre at denne informasjonen stemmer overens med enkeltvedtak. Kommunen må selv tildele tjenester og utforme/oppdatere enkeltvedtak. Underveis i

prosessen vil Sødermann AS etterspørre en del data og informasjon fra kommunen. Det er avgjørende for resultatet av prosjektet at kommunen responderer på dette.

Prosjektplanen inneholder en detaljert beskrivelse av gjennomføring og fremdriftsplan for prosjektet. Den legger blant annet til grunn at kommunen oversender informasjon knyttet til regnskap og turnus (grunnlagsdata for å beregne riktig refusjon) i forkant av oppstartsmøtet for IS-4-ordningen. Videre legger planen til grunn at god deltakelse på oppstartsmøtet fra kommunens side vil være viktig for effektiv framdrift i prosjektet, og videre at de som innkalles til oppstartsmøtets del om IS-4-ordningen vil bli kontaktet for individuell kartleggingssamtale. Planen inneholder også datoer for oppstartsmøte (7.2.2018), kartleggingsmøter (i perioden 7. – 9. februar 2018), databearbeiding og analyse (innen 16. februar 2018) og rapportering av foreløpig resultat innen 2 uker etter oppstart.

Når det gjelder kommunens saksbehandling beskrives at en forutsetning for refusjon er gyldige, oppdaterte enkeltvedtak (innen 31.12.2017 for 2018 og innen 31.12.2018 for 2019). Videre framkommer at endelig refusjon vil bli beregnet når kommunen har avsluttet sitt regnskap. Enkeltvedtak og beregning av refusjon skal ifølge planen oversendes til revisjon innen 28.2.2018, og det opplyses at registreringsansvarlig overleverer dokumentasjonen til revisor og har ansvar for innrapportering av kravet i Altinn innen 4. april 2018.

Prosjektplanen beskriver deretter at for å sikre god kvalitet på arbeidet med IS-4 også i fremtiden, må kommunen kvalitetssikre dette med gode rutiner. Konsulentens oppgave er å gi nøkkelpersoner i kommunen forklaring på hvordan beregningsmodellen kan brukes, og videre omtales at «[d]ette vil skje fortrinnsvis før møtet med revisor, om ønskelig». Avslutning av prosjektet er satt til april 2019, etter rapportering for 2018 i 2019).

#### **4.4.3 Oppstartsmøtet med konsulent**

Kommunen opplyser at oppstartsmøtet den 7. februar 2018 ble avtalt per e-post. Konsulenten ba på forhånd om data om turnus, årsverk og regnskap per avdeling. Kommunen opplyser at deler av dette ble oversendt konsulenten i forkant av oppstartsmøte etter godkjenning av kommunalsjefen.

Kommunen opplyser, ved oversendelse av dokumentasjon til revisjonen, at det ikke var noen fysiske møter mellom konsulenten og kommunalsjef, tjenesteleder eller controller i perioden mellom oppstartsmøtet og overlevering av mappe til revisor den 27. februar 2018.

#### **Konsulentens presentasjon av oppdraget på oppstartsmøtet**

På oppstartsmøtet presenterte konsulenten sitt opplegg for «[i]nntekstoptimalisering i helse- og omsorgssektoren» i Aurskog-Høland kommune. Agenda på oppstartsmøtet var ifølge presentasjonen som konsulenten holdt:

- Kort om konsulenten
- IS-3 Registrering av psykisk utviklingshemmede
- IS-4 Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester.

Presentasjonen inneholder beskrivelser av regelverket for ordningene og forekomst av psykisk utviklingshemmede i befolkningen og i Aurskog-Høland kommune. Det ble vist til at Aurskog-Høland

kommune i gjennomsnitt hadde få innrapporterte psykisk utviklingshemmede og ressurskrevende brukere sammenlignet med landet for øvrig.

Videre beskrives hva administrasjonen bør tenke igjennom, presentasjon av prosjektplanene og en oversikt over administrasjonens og konsulentens gjøremål for begge ordningene, samt konsulentens beregningsmodell for særlig ressurskrevende brukere. Kontraktens utgangspunkt var at oppdraget skulle vare fram til og med rapportering i 2019. En foil «[i]nn i tenkeboksen» gjengis:



Presentasjonen opplyser kort om innholdet i prosjektplanen for IS-3-ordningen. Målsetningen for prosjektet er å «sikre inntektene til Aurskog-Høland kommune gjennom riktig rapportering av PU i kommunen, samt skape rom for å utvikle bedre tjenester til brukergruppen». Det legges vekt på kartlegging fram til 31.12.2018:

- Finnes det nye/flere brukere med PU?
- Brukere må få informasjon og eventuell bistand til å søke tjenester.
- Diagnostisering må drøftes med legene.

Videre beskrives at tjenestekontoret tildeler tjenester fram til 31.12.2018 i samarbeid med avdelingene. Registreringsansvarlig er satt opp som ansvarlig for registreringen gjennom å koordinere fremskaffing av diagnoser og følge opp rundskrivet i perioden februar – april 2019.

Kommunens oppgaver beskrives slik i presentasjonen:

- Du/den enkelte medarbeider melder til registreringsansvarlig om ny bruker så fort som mulig
- Registreringsansvarlig/kommunen sørger for gyldig enkeltvedtak fortløpende
- Registreringsansvarlig/kommunen sørger for at kriteriene er oppfylt jfr. Rundskriv IS-3/2018

Konsulentens oppgaver beskrives slik:

- Vi er kompetansepartner og vil følge opp fremdrift og resultat.

Presentasjonen gjennomgår deretter IS-4/2018-ordningen, og innledningsvis presenteres kriteriene (innslagspunkt 2017, kompensasjonsgrad og aldersgrense 67 år) og det beskrives at kommunen rapporterte inn sju ressurskrevende brukere i 2017. Den påfølgende foilen beskriver hva som ligger til grunn for rapportering:

- Antall tjenestetimer og tilknyttede lønnskostnader
- Enkeltvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven
- KOSTRA-art 010-099, 270 eller 300-380
- KOSTRA-funksjonene beskrives, fordelt på helsetjenester, sosialtjenester og omsorgstjenester.

Oppgavene beskrives slik i presentasjonen:

- Aurskog-Høland/Sødermann: kartlegging og kvalitetssikring
- Aurskog-Høland/Sødermann: Kontroll og datainnhenting
- Aurskog-Høland: enkeltvedtak oppdateres
- Sødermann: klargjør alle beregninger
- Aurskog-Høland: leverer til revisor/Altinn

Presentasjonen opplyser kort om innholdet i prosjektplanen for IS-4-ordningen. Målsetningen for prosjektet er å «sikre inntektene til Aurskog-Høland kommune gjennom riktig rapportering av særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester». Videre framkommer at konsulenten er ansvarlig for å informere gjennom prosjektet, kartlegge (se prosjektplanen ovenfor). Tjenestekontoret er ansvarlig for å oppdatere enkeltvedtak fortløpende ved behov, og registreringsansvarlige og rapporteringsfristene opplyses det også om (se prosjektplanen ovenfor). I oppstartsmøtet presenterte konsulenten også beregningsmodellen for IS-4-ordningen og avslutningsvis pekes på nøkkelmoment for god gjennomføring, herunder:

- forankring og prioritering i organisasjonen
- fokus på muligheter og økt handlingsrom
- viktig at konsulenten får etterspurt informasjon fortløpende
- intern prosjektleder – som bindeledd – ikke et krav, men viktig for god fremdrift.

### **Gjennomføringen av oppstartsmøtet i kommunen**

Det ble avtalt oppstartsmøte for gjennomføringen, og administrasjonen bisto med å kalle inn til dette møtet som ble avholdt den 7. februar 2018. På oppstartsmøtet deltok tjenesteleder miljøarbeidertjenesten, controller, avdelingsledere boveiledertjenesten og avdelingsledere sykehjem. Leder helsestasjons- og skolehelsetjeneste og leder PPT deltok ikke på møtet, men var innkalt. Tjenesteleder opplyser at psykisk helse ikke deltok på selve oppstartsmøtet, men konsulenten fikk kontaktinformasjon til tjenesten. Så vidt tjenesteleder vet ble ikke andre instanser i kommunen involvert i gjennomføringen enn de som deltok på oppstartsmøtet.

Avdelingslederne er enige om at konsulenten ga et godt inntrykk i oppstartsmøtet, opplegget så greit ut og konsulenten ble ikke oppfattet som spesielt pågående. Innkalling til oppstartsmøte kom per e-post. En av avdelingslederne kan ikke huske at han mottok skriftlig informasjon ut over dette.

Det ble gitt informasjon om metode og framgangsmøte med mer på oppstartsmøtet opplyser en avdelingsleder. Avdelingslederne sier det slik:

Det skulle gjøres en ekstern gjennomgang av noe kommunen før hadde tatt seg av selv. Hun så ikke noe galt i dette, slik prosjektet ble presentert. Det skjedde først i media i etterkant. Avdelingsleder peker på at det som i så fall kan kritiseres i ettertid var at oppdraget ikke ble konkurranseutsatt.

Avdelingsleder opplevde oppstartsmøtet med konsulent som greit. Avdelingsleder husker at det ble henvist til andre kommuner hvor konsulenten hadde hatt oppdrag, og at bistanden her hadde ført til bedre kvalitet på tjenestene, f.eks. mht. bemanning og aktiviteter. Avdelingsleder opplyser at hun har en bruker som er registrert fra før. Hun hadde sett for seg at prosjektet ville bidra til bedre tjenester for denne brukeren. Hun hadde en forventning om at økte ressurser skulle komme tjenesten og den enkelte bruker til gode, og opplevde at det var slik det ble lagt fram på oppstartsmøtet.

På oppstartsmøtet 7.2.18 ble det gitt informasjon om metode og fremgangsmåte m.m. Konsulenten ble ikke oppfattet som spesielt pågående, men det ble ikke lagt skjul på at et hovedformål med prosjektet var å øke tilskuddene til kommunen. Avdelingsleder var innforstått med at eventuelle tilskudd ville bli del av den store potten, og ikke direkte komme tjenestene til gode. Avdelingsleder har heller ikke i etterkant noen annen oppfatning enn at opplegget for gjennomgangen var greit.

Avdelingsleder så det som nyttig med en gjennomgang. Det kan alltid være et behov for å tydeliggjøre og forbedre kommunens rutiner og regelverk for kartlegging, registrering og innrapportering. Han viser igjen til at grunnlaget for PU-diagnoser har endret seg over tid. Også for ressurskrevende brukere kan det være en utfordring om man har tenkt på alt når det skal rapporteres. Han forsto det også slik at konsulenten hadde gode erfaringer med tilsvarende oppdrag i andre kommuner. Avdelingsleder hadde ingen grunn til å tro at dette ble gjort for å «blåse opp summer».

#### **4.4.4 Kartleggingsmøtene**

Under oppstartsmøtet avtalte konsulentens kartleggingsamtaler med avdelingslederne. Kommunen opplyser<sup>9</sup> også at møtene ble avholdt enten på rådhuset eller på avdelingene. Ved kartleggingsamtalene deltok ansatte som kjente godt til vedtakene og tjenestemottakerne (primærkontakter og enkelte ledere). I disse samtalene ble bistandsbehovet til tjenestemottaker gjennomgått, samt estimert tidsbruk på de ulike bistandsområdene knyttet opp til vedtakene. Kommunen opplyser også at konsulenten ikke har hatt tilgang til vedtakene, pasientjournalene eller andre dokumenter som er omfattet av taushetsplikten (kommunens redegjørelse til revisjonen).

Kommunen var opptatt av å sikre ivaretagelse av taushetsplikt. Kommunalsjefen opplyser at det ble sørget for at konsulenten ikke fikk tilgang til taushetsbelagt informasjon, det vil si personopplysninger.

---

<sup>9</sup> Opplyses i dokumentoversendelsen til revisjonen

Kartleggingsmøtene ble avholdt samme dag eller påfølgende dager. Tjenesteleder opplyser at det ble avtalt individuelle kartleggingssamtaler. Det ble oversendt noe informasjon i forkant. Informasjonen til konsulenten omfattet blant annet bemanningsplaner, turnuser og regnskapstall. Når det gjelder brukere ble lister med løpenumre gjennomgått. Det pekes på at disse ikke inneholdt navn, men fødselsår.

Tjenesteleder fikk selv ikke mye tilbakemeldinger underveis. Hun peker på at avdelingsledere ble kontaktet når det ble funnet nye brukere. Hun fikk ingen signaler underveis om ubehageligheter eller lignende.

Det kommer fram i intervjuene med avdelingslederne at kartleggingsmøtene foregikk på rådhuset. Konsulenten etterspurte turnuser, dagsplaner og eventuelt andre arenaer der bruker mottok bistand. Det framkommer videre at konsulenten hadde fått tildelt lister med løpenummer i forkant av disse møtene. Det var også noe kommunikasjon per e-post i etterkant. Det er enighet om at konsulenten ikke fikk innsyn i personopplysninger, vedtak eller diagnose, og ifølge avdelingslederne ble informasjonen gitt muntlig.

En av avdelingslederne påpeker at det var avdelingsleder og to andre ansatte som deltok i kartleggingen. Avdelingsleder opplevde generelt konsulentene som ryddige og redelige, med god faglig innsikt. Avdelingsleder opplevde også at kartleggingen foregikk i samsvar med prosjektplanene som var utarbeidet, og for øvrig lignet gjennomgangen ellers mye på den praksis kommunen selv hadde.

En annen avdelingsleder påpeker at hun ikke deltok i kartleggingsamtalene selv, og var generelt lite involvert i gjennomføringen av prosjektet. Ved avdelingen ble det valgt ut 4 brukere under 67 år som ble kartlagt som ressurskrevende brukere, men hun tror ikke disse ble tatt med i endelig innrapportering, men hun har ikke fått noe tilbakemelding om dette. Når det gjelder PU var disse allerede kartlagt og det var ikke aktuelt med flere. Videre trekkes fram at avdelingsleder ikke opplevde konsulenten som pågående. Når det gjelder ressurskrevende brukere spurte konsulenten blant annet om tid til for eksempel stell i løpet av dagen.

En tredje avdelingsleder trekker fram at kartleggingsmøtene med konsulent foregikk på rådhuset. Konsulenten fikk ikke tilgang til personopplysninger eller tjenestens fagsystemer. Avdelingsleder opplevde at konsulenten opptrådte ryddig og profesjonelt. De var på ingen måte utidige, og utsatte ikke kommunen for press for å være «kreative». Det ble spurt om kommunen hadde tenkt på alt for eksempel når det gjaldt bistandsbehov og beregning av kostnader. Dette er i følge avdelingslederen ofte heller ikke så komplisert: Brukerne har de tjenester de har. Det er ofte ikke så mye å endre på.

Den fjerde avdelingslederen som ble intervjuet av revisjonen peker på at det i etterkant av oppstartsmøtet ble avholdt flere (det ble avholdt et møte i formannskapssalen) møter med konsulenten, i tillegg til kommunikasjon på e-post og telefon. Avdelingsleder viser til at dette nok skyldtes at avdelingen har ansvar for flere typer av tjenester. Møtene med konsulenten skjedde på rådhuset. Konsulenten stilte som regel med tre personer. Konsulenten etterspurte informasjon om



bl.a. turnusoversikter og eventuelt andre tjenester som ikke var registrert for ressurskrevende brukere, med tanke på om bruker da kom over innslagspunktet for refusjon. Konsulenten hadde fått tildelt lister med løpenummer i forkant av møte. Avdelingsleder opplyser at hun ikke er kjent med hvem som hadde utdelt disse. Konsulentene ba avdelingsleder om å være påkoblet rapporteringssystemet Profil, hun besvarte deres spørsmål ut ifra de opplysninger som fremkom i Profil. Konsulenten fikk ikke innsyn til personopplysninger, vedtak eller diagnose. Videre spurte de åpne spørsmål om tjenesten/tjenestemottakerne for å innhente eventuelle nye tjenestemottakere. Avdelingsleder oppfattet konsulenten som grundig, ryddig og profesjonell, og ikke ubehagelig eller pågående. Hun opplevde heller ikke noe press fra konsulentens side. Kartleggingen foregikk stort sett i samsvar med prosjektplanene som var utarbeidet.

Avdelingslederne opplyser at de ikke kjenner nærmere til selve innrapporteringen. En avdelingsleder trekker fram at det ikke ble gjort endringer i rutinene som følge av konsulentens gjennomgang fordi kommunen i utgangspunktet hadde god kontroll på dette. Gjennomgangen resulterte heller ikke i nye diagnoser på avdelingsleders ansvarsområde. Samtlige brukere, med unntak av én som var ny i kommunen, var rapportert tidligere. Gjennomgangen førte heller ikke til endringer i antallet ressurskrevende brukere.

En tredje avdelingsleder viser til at det stadig skjer endringer i de krav staten setter til dokumentasjon og kriteriegrunnlag for innrapportering av brukere. Avdelingslederen understreker at brukere ikke blir sendt på ny utredning av hensyn til et økonomisk system. Det kan være satt diagnoser som ikke nødvendigvis tilfredsstillers statens krav, f.eks. for eldre mennesker som har vedtak om tjenester. For disse kan det være en stor belastning med en ny runde med utredning. Det understrekes generelt at det ikke fattes andre vedtak enn det er behov for. Det er heller ikke noen grunn til at kommunen skulle «jukse», f.eks. når det gjelder ressurskrevende brukere der kostnader rett over innslagspunktet ikke gir stor uttelling med hensyn til refusjon fra staten. Det er ifølge avdelingslederen heller ikke slik at det «jaktet» på PU. Det utvises ingen «kreativitet» fra kommunens side med hensyn til å gi mennesker en tjeneste.

Den fjerde avdelingslederen kjente på dette tidspunkt ikke til hvem som ble endelig rapportert inn fra kommunen av nye ressurskrevende brukere eller PU. Hun har blitt kjent med dette i etterkant, og opplyser også at nye innrapporteringer kom til på grunn av alder.

### **4.4.5 Resultatet av kartleggingen**

#### **IS-3 ordningen**

Tjenesteleder opplyser at nye brukere ble identifisert som følge av konsulentens gjennomgang. Brukerne kom fra hjemmetjenesten og fra rustjenesten i NAV. Omorganisering av rustjenesten fra NAV til psykisk helse skjedde 1. mai 2017, det vil si før rapporteringen. Tjenesteleder legger til at det er mulig ordningen ikke var kjent i NAV, og avslutter med å peke på at NAV også har et helt annet fagsystem enn Profil. Tjenesteleder mener at brukerne som kom fra NAV på grunn av omorganiseringen, ville blitt identifisert av kommunen selv. I neste kapittel beskrives innrapportering av IS-3-ordningen.

Kommunen gjennomgikk antall personer som kunne rapporteres i møte med revisor. I etterkant av revisors kontroll ble det innrapportert 47 personer i 2018, mot 38 personer året før.

#### **IS-4 ordningen**

Kartleggingen foregikk som nevnt i kartleggingsmøtene. Økonomiavdelingen har ansvaret for innrapportering av kostnader for særlig ressurskrevende brukere opplyser regnskapsjefen i intervju med revisjonen. Tallene hentes fra regnskapet. Selve innrapporteringen blir gjennomført av controller, sammen med tjenesteleder miljøarbeidertjenesten.

Dokumentasjon viser at resultatet av konsulentens gjennomgang ble ført inn i en beregningsmodell som konsulenten hadde utarbeidet. Beregningene omfattet både tidligere og nye brukere. Konsulenten utarbeidet oversendelsesskriv til revisor om grunnlaget for innrapporteringen av denne ordningen. Det framkommer i skrevet at kommunen har benyttet konsulenten i sitt arbeid knyttet til denne ordningen.

Kommunen har rapportert inn 13 brukere for 2017 (i 2018), mot 7 brukere året før. For 2018 (i 2019) er det rapportert inn 10 brukere. Av disse var det en ny som kom til og fire som ble tatt ut.

Kommunen har utarbeidet en rutine for rapportering av ressurskrevende brukere. Rutinen er vedtatt av kommunalsjefen og økonomisjefen, og oversendt til revisjonen i slutten av mars 2019. Ansvaret for rapporteringen har tidligere vært lagt til controller. I den nye rutinen legges dette ansvaret til tjenesteleder miljøarbeidertjenesten. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med controller stab økonomi.

### **4.5 Vederlag og betalingsbetingelser**

Revisjonen går nedenfor igjennom vederlag og betalingsbetingelser. Under dette punktet beskrives betalingsbetingelsene, konsulentens fakturering for bistanden og kommunens kontroll med dette.

#### **4.5.1 Kontrakten**

Om vederlag for konsulentens bistand beskrives følgende i punkt 4.1 i kontrakten:

Konsulenten skal gjennomføre oppdraget på provisjon av resultat Konsulenten skaper for Kunden – såkalt «no cure no pay». Dersom Konsulenten ikke klarer å skape forbedringer for Kunden skal det ikke betales noen form for honorar, se dog punkt 3.3 jfr. Punkt 6.3.1 i denne avtalen.

Partene er enige om at det betales et honorar på 25 % av skapt resultat, basert på definert honorargrunnlag («Honorargrunnlaget») som følge av Konsulentens arbeid.

Videre redegjøres detaljert for beregning av honorargrunnlaget for

- IS-3 – Nye psykisk utviklingshemmede
- IS-4 – Ressurskrevende brukere

Fakturering for «det som skapes av resultat for regnskapsåret 2017 faktureres» samlet innen den 1. april 2018. Betaling skal skje i henhold til faktura per 14 kalenderdager (punkt 4.2).

#### 4.5.2 Faktura for IS-3

Faktura for IS-3 lyder på 655 000 kroner eksklusive merverdiavgift og fakturadato er 24. april 2018. Det er redegjort nærmere for fakturabeløpet i et fakturavedlegg som ble sendt kommunen per e-post. I fakturagrunnlaget henviser konsulenten til kommunens e-post av 24. april 2018, der det opplyses nye brukere og brukere som ikke lenger har tjenestevedtak.

Fakturagrunnlaget er satt opp slik:

| IS-3                                      |                   |
|---|-------------------|
| Innrapporterte opplysninger pr 15.04.2018 | 47                |
| Innrapporterte opplysninger pr 15.04.2017 | 38                |
| Differanse                                | 9                 |
| Endring pga alder fra 15 til 16 år        | -4                |
| Tilkommet før prosjektoppstart            | -1                |
| <b>Positive netto endringer</b>           | <b>4</b>          |
| Rammetilskudd                             | kr 655 000        |
| Honorargrunnlag                           | kr 2 620 000      |
| <b>Honorar 25%</b>                        | <b>kr 655 000</b> |

Revisjonens gjennomgang av fakturavedlegg for IS-3 viser at utgangspunktet er differansen mellom innrapporterte opplysninger 15.4.2018 og 15.4.2017, 9 personer. Endring på grunn av alder og tilkommet før prosjektoppstart er oppgitt til 5 personer. Fakturaen tar utgangspunkt i 4 personer x rammetilskudd 655 000 kroner x 25 % som tilsvarer et honorar på 655 000 kroner.

#### 4.5.3 Faktura for IS-4

Faktura for IS-4 lyder på 526 750 kroner for konsulenttjenesten. I tillegg fakturerte konsulenten reisetid samt reise og opphold for til sammen 30 150 kroner. Det følger av kontrakten at reisekostnader og opphold kommer i tillegg til eventuelt konsulenthonorar.

Revisjonens gjennomgang av fakturavedlegg for IS-4 viser at utgangspunktet for beregningen er innrapporteringen for 2016<sup>10</sup>. Dette utgangspunktet er justert for kjøp fra ekstern leverandør. Prosentats og innslagspunkt for de resterende brukerne er deretter justert for å gjøre tallene sammenlignbare. I neste kolonne er refusjon for ressursinnsats 2017 satt opp, altså den refusjonen som konsulenten bisto kommunen med å beregne. Honorargrunnlaget tilsvarer differansen mellom

<sup>10</sup> Kommunens kjøp av tjenester fra eksterne leverandører er holdt utenfor alle beregninger av honorar. Dette er etter revisjonens mening helt i samsvar med kontrakten.

justert beregning for 2016 og beregningen for 2017, og 25 % av dette grunnlaget beløper seg til 526 750 kroner. Fakturagrunnlaget er satt opp slik:

| IS-4                                   |   |  |                                  |   |
|--|---|--|----------------------------------|---|
| Ansvar/avdeling                        | Utgangspunkt for beregning av honorar, kontraktssum | Justert kontraktssum, jf kontraktens pkt 4.1 | Refusjon for ressursinnsats 2017 | Differanse = Skapt resultat = Honorargrunnlag |
| Revisjonen har anonymisert avdelingene | kr 1 727 000  | kr 1 665 000                                 | kr 1 304 000                     | kr -361 000                                   |
|  | kr 1 486 000  | kr 1 472 000                                 | kr 1 902 000                     | kr 430 000                                    |
|  | kr 3 641 000  | kr 3 620 000                                 | kr 4 805 000                     | kr 1 185 000                                  |
|  |   |  | kr 753 000                       | kr 753 000                                    |
|  |   |  | kr 100 000                       | kr 100 000                                    |
| <b>SUM IS-4</b>                        | <b>kr 6 854 000</b>                                 | <b>kr 6 757 000</b>                          | <b>kr 8 864 000</b>              | <b>kr 2 107 000</b>                           |

|                     |                                 |                   |
|---------------------|---------------------------------|-------------------|
| <b>Faktura IS-4</b> | Honorar, 25% av honorargrunnlag | kr 526 750        |
|                     | <b>Fakturabeløp</b>             | <b>kr 526 750</b> |

#### 4.5.4 Administrasjonens kontroll av fakturaene

Kommunalsjefen opplyser til revisjonen:

Fakturaene og medfølgende fakturagrunnlag/sammensetning ble håndtert av person med attestasjonsmyndighet [ansattes navn]. Person med anvisningsmyndighet [kommunalsjefens navn] kontrollerte fakturaene opp mot fakturagrunnlag og kontrakt. I tillegg ga [kommunalsjefen] beskjed til controller [ansattes navn] om å kontrollere at faktura var i samsvar med inngått avtale.

Tjenesteleder opplyser at det ikke er hun som har godkjent faktura, eller grunnlaget for denne, for IS-4-ordningen. Videre opplyses at hun ikke kan huske at hun verken så fakturaen eller vedlegget til fakturaen på IS-3-ordningen da den kom, og hun har derfor heller aldri kunnet sjekke ut og etterspørre hvem de fire personene er.

Konsulenten fakturerte for fire nye brukere som ble identifisert som følge av konsulentens bistand for IS-3-ordningen. Tjenesteleder opplyser nå i ettertid at kommunen bidro til å finne tre nye brukere, og at den siste ble funnet av kommunen selv. Revisjonen har mottatt tre e-poster om dette. I de to første e-postene opplyses at konsulenten bidro til å finne to personer, og i den tredje e-

posten opplyses at konsulenten bidro til å finne tre personer. Beløpsmessig utgjør en bruker 163 750 kroner.

### **4.6 Oppsigelse av kontrakten**

#### **4.6.1 Sluttrapportering til kommunen**

Kontrakten beskriver at en midlertidig rapport skal oversendes kommunen innen 30.6.2018, se foran om milepæler. Konsulenten oversendte rapport for prosjektperioden februar – april 2018 som vedlegg til e-post datert 8. mai 2018. Rapporten er avgitt for perioden februar til april 2018 og har tittelen «AURSKOG-HØLAND KOMMUNE - OPTIMALISERING AV INNTEKTER».

Rapporten beskriver resultat for IS-3 ordningen. Det framkommer at det er innrapportert 47 personer med psykisk utviklingshemming, og at dette er en økning på ni personer sammenlignet med registreringer i 2017.

Rapporten beskriver videre resultat for IS-4 ordningen, og det framkommer at kommunen rapporterte inn 13 brukere som mottar særlig ressurskrevende tjenester sammenlignet med sju brukere i 2016.

Rapporten avslutter med at konsulenten takker for oppdraget så langt og ser fram til videre samarbeid fram mot innrapportering for IS-3/IS-4 i april 2019.

Konsulenten beskriver videre i e-posten av 8. mai 2018 at de ønsker å gjennomgå rapporten med kommunen i et møte (over Skype) og samtidig legge fram og diskutere plan for videre arbeid i prosjektet med møtepunkt med mer fram mot innrapporteringen av IS-ordningene i 2019. Konsulenten tok videre kontakt med kommunen per e-post den 8. mai 2018 i etterkant av at rapporten ble oversendt og gjentok ønsket om et oppsummeringsmøte og for å planlegge veien videre. Kommunen opplyser at dette ikke ble gjennomført da kontrakten med konsulenten ble sagt opp.

Tjenesteleder bekrefter at det ikke ble gjennomført noe møte med konsulenten, og at planer for innrapportering inn mot 2019 derfor heller ikke ble gjennomgått (e-post).

Prosjektplanen beskriver at konsulenten leverer sluttrapport og presenterer denne for kommunen i april 2019. Slik sluttrapport ble ikke levert, se nærmere om dette nedenfor under punkt om kontraktsperiode og oppsigelse av kontrakten.

#### **4.6.2 Informasjonsskriv fra konsulenten**

Konsulenten oversendte et informasjonsskriv til kommunen, myntet på de folkevalgte. Dette informasjonsskrivet mottok kommunen per e-post den 21.10.2018. Det følger av konsulentens e-post at de gjennom dialog med noen av sine kunder hadde fått tilbakemelding på at det kan være behov for informasjon til de folkevalgte om hvordan konsulenten jobber. Konsulenten opplyser at de

gjærne ser at informasjonsskrivet videresendes til de folkevalgte dersom det skulle være behov for det.

Kommunalsjefen opplyser at informasjonsskrivet ikke ble videreformidlet til politikerne i Aurskog-Høland.

Revisjonen gjengir et utdrag fra informasjonsskrivet for å vise hvordan konsulenten ønsket å beskrive sitt arbeid:

Gjennom vårt arbeid har vi sett hvordan ulike utfordringer i måten en er organisert på, kan gjøre det vanskelig å gi helhetlige tjenester til brukere. I tillegg har vi, gjennom mange års erfaring, opplevd hvordan de nevnte utfordringene er med på å gjøre at utviklingsoppgaver som gir oversikt, tilskuddsinntekter og gode rutiner ikke rekker opp på prioriteringslista til kommunene.

I møte med kommunene representerer Søderrmann et par ekstra hender som kan gjøre jobben. I en avgrenset periode ser vi sammen på hvordan arbeidet er organisert og hvilke rammer refusjonsordning har knyttet til disse typer tjenester. Vi kartlegger tjenesteyting og kvalitetssikrer at kommunen har god nok oversikt over det samla tjenestetilbudet. Vi ser på hvordan enkeltdelen henger sammen. Hvordan en må jobbe helhetlig med økonomi, fag og organisasjon.

### **4.6.3 Oppsigelse**

Om varighet beskriver kontrakten i punkt 1.3 at arbeidet skal påbegynnes etter avtale, tidsrammen for prosjektet er fra januar 2018 til 1. april 2019 og partene «kan ved avtaleutvidelse legge bestemmelsene i denne avtalen til grunn». Dette innebærer en avtale om at konsulenten bistår kommunen ved innrapporteringen både i 2018 og i 2019, noe data fra intervjuene bekrefter.

Kontraktens punkt 2.3 beskriver at kommunen har anledning til å avbestille bistanden med 30 dagers skriftlig varsel. Administrasjonen benyttet seg av denne muligheten, og kontrakten ble sagt opp med virkning fra 19. november 2018 (e-post den 19.10.2018). Kommunen henviste til avtalens punkt 2.3 i oppsigelsen. Kommunalsjefen og innkjøpsrådgiver opplyser at innkjøpsrådgiver bisto i forbindelse med oppsigelse av kontrakten.

Kontrakten med konsulenten ble som nevnt sagt opp før tiden. Beslutningen ble tatt av rådmannen og rådmannens ledergruppe. Ifølge kommunalsjefen skyldtes oppsigelsen først og fremst hvordan oppdraget ble fremstilt i media og oppfattet av politikerne, i kjølvannet av Tolga-saken. Konsulenten ble knyttet til forhold kommunen ikke ville bli assosiert med.

Kommunalsjef peker på at oppsigelsen før tiden gjorde at kommunen ikke fikk alle leveranser fra konsulent og dermed ikke fikk hentet ut alle gevinster av prosjektet. Dette omfattet blant annet leveranse med hensyn til forbedringer i metodikk på området.

Regnskapssjefen peker på at selv om avtalen er sagt opp bør man kunne ta kontakt med selskapet for å kunne hente ut alle gevinstene fra prosjektet. Det ble bare levert dokumentasjon for

tilskuddsberegningen (IS-4-ordningen). Arbeidsmetodikk, informasjonsuthenting og innspill på forbedring av rutiner er ikke levert.

Tjenesteleder kan for egen del ikke se særlig store gevinster av konsulentens gjennomgang. Den kan muligens ha fungert som et påtrykk for at kommunen ble mer oppmerksom på egen internkontroll og egne rutiner på området. Tjenesteleder påpeker at justerte rutiner på området er utarbeidet av kommunen selv, og ikke kom som følge av konsulentens gjennomgang. Dette omfatter rutiner for både PU og ressurskrevende brukere.

Tjenesteleder peker også på at oppsigelse av kontrakten før tiden gjorde at kommunen ikke sitter igjen med den beregningsmodellen konsulenten benyttet seg av.

To av avdelingslederne peker på at gjennomgangen førte til at enkelte av kommunens rutiner for registrering og innrapportering ble noe endret som følge av den eksterne gjennomgangen. En avdelingsleder er usikker på gevinstene av prosjektet, men peker på at det kan ha ført til en bedre praksis for innrapportering av unge ressurskrevende brukere.

Mottatt dokumentasjon viser at kommunen har utarbeidet nye rutiner for de to rapporteringsordningene.

#### **4.6.4 Vurdering av kontrakten i ettertid**

Kommunalsjef ser i ettertid at måten konsulenten markedsførte sin tjeneste på, kunne fremstå som noe «kynisk». Kommunen vurderte også dette, men kunne ifølge kommunalsjef vært mer oppmerksom på hvordan dette ble kommunisert og framsto utad.

Når kommunen i ettertid uttrykker at «... vi ikke skulle inngått en avtale av denne typen» (kommunens hjemmeside 7.11.2018), er det ifølge kommunalsjef betalingsmodellen det siktes til, ikke oppdraget som sådan. Kommunalsjef er fortsatt av den oppfatning at det var riktig å foreta en gjennomgang av dette tjenesteområdet. Registrering og innrapportering av brukere med utviklingshemming og ressurskrevende brukere er regulert av statlige retningslinjer som endres årlig og er detaljerte og til dels kompliserte. Det var behov for en gjennomgang av kommunens praksis på området cirka ti år etter forrige gjennomgang. Han opplever også at gjennomgangen som ble gjort, var nyttig, og peker på at bedre praksis på registrering og innrapportering sikrer at kommunen mottar de statlige tilskudd som kommunen skal ha for å tilrettelegge et kvalitativt godt tjenestetilbud til brukere med utviklingshemming og ressurskrevende brukere.

### **4.7 Revisjonens vurdering**

Revisjonen har lagt til grunn at kommunen skal følge opp at kontraktsvilkårene blir overholdt. Undersøkelsen viser at kontrakten angir en tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom konsulent og kommunen for gjennomføringen av oppdraget. Kontrakten benytter standard kontraktsvilkår, og inneholder både generelle og spesielle vilkår som gir grunnlag for oppfølging fra kommunens side.

Etter revisjonens vurdering ble kontrakten fulgt opp og gjennomført som avtalt og i samsvar med prosjektplanene som ble utarbeidet. Så langt revisjonen kan se leverte konsulentene de tjenestene som kontrakten omfatter. Undersøkelsen viser imidlertid at kontrakten ble sagt opp før avtaleperioden, noe som gjorde at kommunen ikke fikk hentet ut alle gevinstene av konsulentens bistand. Dette omfattet blant annet beregningsmodell for IS-4, arbeidsmetodikk og forslag til rutineforbedringer.

Det følger av kontrakten at konsulenten ikke skal gis tilgang til personsensitive opplysninger. Undersøkelsen viser at konsulenten ikke fikk tilgang til slike opplysninger fra kommunen. Undersøkelsen viser også at de ansatte i kommunen som var involvert i kartleggingen, opplevde at konsulenten opptrådte ryddig og profesjonelt.

Kontraktsvilkårene innebar at kommunen skulle betale 25 prosent av skapt resultat («no cure no pay»). Kommunens vurdering var at konsulenten ikke ville finne nye brukere, og modellen ble derfor valgt for å sikre at kommunen ikke måtte betale for mye. Denne forutsetningen viste seg ikke å holde. Undersøkelsen viser at det ble funnet nye brukere som følge av konsulentens gjennomgang. Kommunen har i ettertid erkjent at betalingsmodellen ikke skulle vært brukt.

Revisjonen har i ettertid fått opplyst at konsulenten bidro til å finne tre, og ikke fire nye personer som kommunen ble fakturert og betalte for. Etter revisjonens mening indikerer dette at punktet i kontrakten om betaling for IS-3-ordningen ikke ble fulgt tilstrekkelig godt opp fra kommunens side.

Undersøkelsen viser at kommunen så behov for en gjennomgang av praksis på området, og det vises til at en tilsvarende gjennomgang ble gjennomført i 2009 av en annen konsulent. Revisjonen merker seg at kommunen i ettertid mener at det kunne vært kommunisert bedre til omgivelsene hva oppdraget gikk ut på. Revisjonen kan imidlertid ikke se at selve gjennomføringen av oppdraget var uforsvarlig eller gikk ut over den oppgave- og ansvarsfordelingen som var fastsatt i kontrakten, eller det ansvaret kommunen generelt har på området.



## 5 RAPPORTERING AV KRITERIEDATA IS-3

I dette kapitlet undersøkes den tredje problemstillingen:

Oppfyller grunnlaget for innrapportering av kriteriedata krav om tjenester, diagnose og alder?

### 5.1 Revisjonskriterier

Rundskriv IS-3/2018 fra Helsedirektoratet omhandler registrering av antall personer med psykisk utviklingshemming i kommunene per 1.1.2018. Rundskrivet beskriver at kommunene skal sende inn antall personer per 1.1.2018 som oppfyller visse kriterier. IS-3-rundskrivet sendes årlig til kommunene, og staten benytter rapporteringen som kriteriedata i inntektssystemet. Antall psykisk utviklingshemmede legges inn i inntektssystemet og inngår i grunnlaget for beregning av rammetilskudd (utgiftsutjevningen) til kommunene året etter rapporteringsåret (rapporteringen i 2018 inngår i inntektssystemet for 2019).

Kriteriene har endret seg i årenes løp. Kriteriene for rapporteringen i 2018 er (IS-3/2018):

1. a) har diagnostisert psykisk utviklingshemming eller Downs syndrom, *eller*  
b) har ein diagnostisert sjeldan tilstand/kromosomlidelse som medfører psykisk utviklingshemming (dei vanlegaste er Retts syndrom, Angelmans syndrom, Cri du Chat syndrom og Cornelia de Langes syndrom), *eller*  
c) har skriftleg stadfesting frå lege eller psykolog på at tilstanden til vedkommande oppfyller diagnosekriteriene for psykisk utviklingshemming, slik desse går fram av diagnosekode F70-F79 i ICD-10 og diagnosekode P85 i IPCP-2
2. er fylt 16 år pr. 1.1.2018
3. pr. 1.1.2018 har vedtak om tenester etter helse- og omsorgstenestelova § 3-2 første ledd nr. 6, herunder BPA etter § 3-8, eller får omsorg av ein person som er tildelt avlastning eller omsorgstønad for dette etter helse- og omsorgstenestelova § 3-6 nr. 2 eller 3

Kilde: Helsedirektoratet IS-3/2018. Kategori 1c) var ny i 2016 og ikke nærmere redegjort for (Tolga-rapporten).

#### Diagnosekriteriet

I rapporten om Tolgasaken (2019) framgår at «[d]iagnostisering betyr å stille en diagnose på en person». Videre beskrives at diagnosesystemet ICPC brukes i allmennpraksis, og ICD-10 benyttes av spesialisthelsetjenesten (Fylkesmannen i Vestland 2019).

Videre beskriver rapporten at psykisk utviklingshemming, utviklingshemming og mental retardasjon betegner samme tilstand. Psykisk utviklingshemming regnes som en livslang tilstand.

Rapporten beskriver videre at helse- og omsorgstjenesten skal gi individuelt tilpassede tjenester og forsvarlig helsehjelp helt uavhengig av hvilken diagnose en person har. Helse- og omsorgstjenesten må dessuten i enkelte tilfeller sørge for at personer med funksjonsnedsettelser utredes slik at det blir avklart om en person har diagnosen psykisk utviklingshemming. Formålet med å få stilt diagnose er at «omgivelsene får forståelse for personens evne til å fungere i ulike sammenhenger». Dette er vesentlig for å kunne gi nødvendig tilrettelegging og hjelp.

I rapporten beskrives kriterier for å stille diagnosen psykisk utviklingshemming på bakgrunn av ICD-10. Når det gjelder hvor diagnosen bør stilles framgår at det ikke er eksplisitt beskrevet at det er forbeholdt spesialisthelsetjenesten å stille diagnosen, men det vises til at definisjonen hviler på spesialisthelsetjenestens kodeverk (ICD-10). Allmennlegenes internasjonale kodeverk (ICPC-2) har den samme diagnosen (P85).

Helsedirektoratet uttalte i pressemelding 13.12.2018 følgende:

*«Kompleksiteten i utgreiinga og krava i helsepersonellova tyder på at diagnostisering av psykisk utviklingshemming bør gjerast i spesialisthelsetenesta, at utgreiinga bør vere tverrfagleg og at det bør etablerast rutinar og prosedyrar som gjev forsvarlege helsetenester på dette området.*

*I utgangspunktet kan alle legar og psykologar stille alle typar diagnosar, òg diagnosen psykisk utviklingshemming. Men diagnostiseringa skal vere forsvarleg, og det er ei rad med krav til kva som må vere på plass for å setje denne diagnosen, .....»*

Kilde: Helsedirektoratet gjengitt i Fylkesmannens særreport 2019.

### **Alderskriteriet**

Registreringen for 2018 (inntektssystemet 2019) forutsetter at personen har fylt 16 år per 1. januar 2018. Det vil si at nye personer som registreres skal være født i løpet av år 2001 eller tidligere for å bli medregnet. Det er med andre ord tallet på registrerte psykisk utviklingshemmede per 1. januar et bestemt år som danner grunnlag for utregningene i inntektssystemet det påfølgende året.

### **Vedtak om tjenester**

Vedtak om tjenester skal foreligge per 1. januar 2018. Kravet gjelder selve vedtaket. Det er ikke knyttet krav til tjenestens omfang, kostnad eller at tjenesten er iverksatt i rundskrivet (IS-3/2018). Vedtaket om tjenester skal være hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, herunder BPA (brukerstyrt personlig assistanse) etter § 3-8, eller får omsorg av en person som er tildelt avlastning eller omsorgsstønning for dette etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2 (avlastningstiltak) eller 3 (omsorgsstønning) om kommunens ansvar overfor pårørende.

Paragraf 3-2 nr. 6 andre helse- og omsorgstjenester lyder som følger:

- a. Helsetjenester i hjemmet,
- b. Personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og

- c. Plass i institusjon, herunder sykehjem.

### **Intern kontroll**

Det følger av IS-3/2018 at det er kommunen selv som har ansvaret for at registreringen er korrekt. Kommunens revisor skal deretter kontrollere at registreringen er gjort slik det står i rundskrivet. Kommunens rådmann og revisor skal signere på skjema (vedlegg 2 til rundskrivet). Skjemaet skal oppbevares i kommunen for eventuell senere kontroll.

Behovet for intern kontroll også i støtteprosesser er redegjort for i et idehefte om rådmannens internkontroll (KS 2013). Intern kontroll omfatter blant annet rutiner, retningslinjer og tiltak for å sikre etterlevelse av krav i lov eller forskrift.

Når det gjelder intern kontroll mener revisjonen at kommunen må ha på plass rutiner på området. Tilstrekkelige rutiner forventes å avklare ansvar og myndighet. Derneft forventes kommunens opplegg å sikre at kriteriene, som er satt for ordningene, blir fulgt. Til slutt forventes at innrapporteringen er etterprøvbart. Revisjonen legger til grunn at internkontrollen også omfatter krav som er satt av andre myndigheter, for eksempel i rundskrivene som gjelder IS-3 og IS-4 ordningene.

### **Sammenfatning av kriteriene**

Utgangspunktet for denne forvaltningsrevisjonen er økningen i innrapporterte psykisk utviklingshemmede for Aurskog-Høland kommune fra 2017 til 2018 rapporteringen. Revisjonen finner derfor ikke at det er grunnlag for å gå nærmere inn på hvordan innrapporteringsreglene har endret seg i løpet av de årene som har gått fra ordningen ble innført etter HVPU-reformen (gjennomført i perioden 1991-1995). Se nærmere om dette i rapport til Kommunal- og moderniseringsdepartementet av 11. februar 2019 om Tolga-saken fra Fylkesmannen i Vestland.

Revisjonen legger til grunn at diagnose etter IS-3/2018 skal være dokumentert når de gjelder de nye personene som ble innrapportert i 2018, alderskriteriet skal være oppfylt, og det skal foreligge vedtak om tjenester hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, herunder brukerstyrt personlig assistanse etter § 3-8 eller § 3-6 nr. 2 eller 3 (avlastning/omsorgslønn). Tilstrekkelig intern kontroll må i tillegg være etablert.

#### **5.1.1 Utledede revisjonskriterier**

På denne bakgrunn har revisjonen utledet følgende kriterier:

| Problemstilling 3  | Revisjonskriterier   |
|--|--|
| Oppfyller grunnlaget for innregistrering av kriteriedata krav om tjenester, diagnose og alder? | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Diagnose skal være dokumentert og i samsvar med gjeldende krav</li> <li>➔ Det skal foreligge gyldig vedtak om tjenester per 1.1.2018, herunder hjemlet i tråd med rundskrivets forutsetninger</li> <li>➔ Alderskriteriet skal være oppfylt (født i 2001 eller tidligere for 2018-rapporteringen)</li> <li>➔ Tilstrekkelig intern kontroll bør være etablert.</li> </ul> |

## 5.2 Rapporteringspraksis

### 5.2.1 Innledning

Dataene som gjengis nedenfor bygger i all hovedsak på det arbeidet som er utført av regnskapsrevisjonen når det gjelder innrapportering av antall psykisk utviklingshemmede og innrapportering av toppfinansieringsordningen (særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester). I tillegg er det gjort noen ekstra kontroller ut over det som gjøres i en alminnelig årlig attestasjon fra revisor. Se nærmere om dette i rapportens metodekapittel.

Kommunen rapporterte inn 36 personer i 2016, 38 personer i 2017, 47 personer i 2018 og 42 personer i 2019.

Utgangspunktet for kommunens innrapportering er kommunens registreringer i fagsystemet Profil. Tjenestekontoret i kommunen skriver ut en rapport som utgangspunkt for gjennomgang av grunnlaget for rapportering. Når rapporteringsansvarlig og en medarbeider ved tjenestekontoret har gjennomgått om kriteriene er oppfylt, og mener at rapporten er korrekt, kontaktes revisor. I 2018 bisto konsulenten kommunen, og dette arbeidet resulterte i noen flere innrapporteringer, jf. foregående kapittel. Konsulenten bisto imidlertid ikke i forbindelse med selve rapporteringen av antall utviklingshemmede.

Rapporteringsansvarlig og revisor gjennomgår i fellesskap diagnoser og dokumentasjon, instans som har satt diagnosen, vedtakets gyldighet og hjemmel, samt at alderskriteriet er oppfylt. Antall psykisk utviklingshemmede som skal rapporteres, korrigeres dersom revisors kontroll viser at kriteriene i rundskrivet ikke er oppfylt.

Rapporteringsskjemaet undertegnes deretter av rådmann og revisor. Fra og med 2016 rapporterer kommunen i Altinn, og det underskrevne rapporteringsskjemaet oppbevares i kommunen for eventuelt senere kontroll (vedlegg 2 til rundskriv IS-3/2018).

Nedenfor redegjøres for om kriteriene er oppfylt når det gjelder diagnose, vedtak og alder, og til slutt redegjøres for intern kontroll, se også avsnittet ovenfor.

### 5.2.2 Diagnose skal være dokumentert og i samsvar med gjeldende krav

Diagnose og / eller diagnosekode er registrert i kommunens fagsystem. Diagnosene er beskrevet i dokumenter som kommunen har mottatt fra spesialisthelsetjenesten (for flertallet).

Diagnosekriteriet skal være oppfylt per 1.1. det enkelte år og kontrolleres av regnskapsrevisor. Ved innrapporteringen både i 2018 og 2019 ble dette kriteriet vurdert å være oppfylt for samtlige. Imidlertid ble det i 2019 etterlyst ytterligere dokumentasjon på diagnose på to personer i form av bekreftelse fra lege som har stilt diagnosen. Kommunen har fått bekreftet diagnosen muntlig av spesialisthelsetjenesten, men revisjonen forutsetter at tilstrekkelig skriftlig dokumentasjon er på plass til neste års kontroll.

Forvaltningsrevisor har satt opp tabellen nedenfor for å vise eksempler på forskjellige diagnoser med utgangspunkt i rundskriv og regnskapsrevisors gjennomgang.

**Tabell 2 Diagnose**

| Oversikt over krav til diagnose |   |          |   |  |
|---------------------------------|---|----------|---|--|
| IS-3/-2019*                     | Forklaring  | Diagnose | Fastsatt av                             | Merknad  |
| 1a)                             | Psykisk utviklingshemming eller Downs syndrom                           | ja       | Fastlege eller spesialisthelsetjenesten | Mental retardasjon, lett eller moderat psykisk utviklingshemming, Downs syndrom e.l. |
| 1b)                             | Sjelden tilstand/kromosomlidelse som medfører psykisk utviklingshemming | ja       | Spesialisthelsetjenesten                | [xx] syndrom   |
| 1c)                             | Diagnosekode F70-79 i ICD-10  | ja       | Spesialisthelsetjenesten                |  |
| 1c)                             | Diagnosekode P85 i IPCP-2   | ja       | Ahus / fastlege                         | P85/[xx] syndrom   |

Kilde: Regnskapsrevisors gjennomgang 2019. \*For nærmere forklaring til den første kolonnen henvises til punkt 5.1 foran i rapporten.

Diagnosene er stilt av spesialisthelsetjenesten (Ahus, Berg gård, Rikshospitalet, Emma Hjort, Oslo Universitetssykehus, Ullevål sykehus). Fastlege i kommunen har stilt diagnose for 3 personer, henholdsvis i 2010, 2013 og 2017. Diagnose er videre stilt av Ahus/fastlege for 2 personer (regnskapsrevisors gjennomgang i 2019). Diagnosene som er stilt ved Berg gård (2) er fra 70- og 80-tallet.

Et av kriteriene, se 1 b i tabellen over, omhandler sjelden tilstand eller kromosomlidelse som medfører psykisk utviklingshemming. Det kan være utfordrende å kontrollere dette opp mot kriteriene i rundskrivet.

### **5.2.3 Alderskriteriet skal være oppfylt**

Gjennomgang viser at alle er født i 2001 eller tidligere ved rapporteringen i april 2018. Videre viser gjennomgangen at for innrapporteringen i april 2019 er alderskriteriet (født i 2002 eller tidligere) også oppfylt.

### **5.2.4 Det skal foreligge gyldig vedtak om tjenester**

Regnskapsrevisors gjennomgang viser at det foreligger gyldig vedtak på tjenester, hjemlet i helse- og omsorgstjenestelovens angitte bestemmelser, for samtlige innrapporterte i 2019 (per 1.1.2019). Også for 2018 (per 1.1.2018) ble dette kriteriet vurdert å være oppfylt for samtlige innrapporterte.

Nå i ettertid har revisjonen fått opplyst fra kommunen at det i 2018 manglet gyldig vedtak på to personer, som da ikke skulle vært innrapportert. Den ene av disse hadde et gyldig vedtak tidligere, men dette utløp før 1.1.2018. Den andre ble ifølge kommunen feilrapportert fordi behovet for tjenester opphørte før 2017. I forbindelse med denne revisjonen har vi forsøkt å ettergå dette. Se nærmere om kommunens rutiner på dette området og muligheter for etterkontroll nedenfor.

### **5.2.5 Intern kontroll**

Forvaltningsrevisors gjennomgang av de anonymiserte rapportene fra fagsystemet de tre siste år viser at listene inneholder over- og understrekninger og navn påført med hånd. Antallet er påført, men det har vært utfordrende for forvaltningsrevisor å etterprøve hvem som er tatt med for 2018 og tidligere år. Det har også vært utfordrende for kommunen å fremskaffe riktig informasjon om hvem som var nye i 2018 og hvem konsulenten bidro til å finne. Det har i tillegg vært utfordrende å fremskaffe oppdatert informasjon til regnskapsrevisor om dokumentert diagnose og gyldige vedtak.

Kommunen har nylig utarbeidet en rutine for IS-3-ordningen. Rutinen for rapportering på antall personer med diagnosen psykisk utviklingshemming er datert 8. mars 2019 og godkjent av kommunalsjef.

Rutinen beskriver hva som er målet med rutinen, de enkelte stegene i prosessen og hvem som er tildelt ansvar og myndighet. Rutinen sikrer arbeidsdeling ved at funksjoner innen miljøarbeidertjenesten (tjenesteleder) og tjenestekontoret (saksbehandler ved tjenestekontoret) er involvert i arbeidet med rapporteringsgrunnlaget og i kvalitetssikring av rapporten. Det skal også opprettes en arkivsak som skal inneholde den anonymiserte rapporten fra fagsystemet med diagnose (P85), innrapporteringsskjemaet som kommunen skal beholde for eventuell kontroll, og bekreftelse fra Altinn på innsendte data.

I forbindelse med innrapporteringen i 2019 har rapporteringsansvarlig laget en oversikt som viser antall personer, løpenummer i Profil, en beskrivelse av bekreftet diagnose og hvem som har utredet diagnosen. Denne oversikten er oversendt forvaltningsrevisor den 9. mai 2019.

## **5.3 Revisjonens vurdering**

Revisjonen har lagt til grunn at diagnosekriteriet, alderskriteriet og vedtakskriteriet skal være oppfylt for personer som blir innrapportert etter IS-3-ordningen. Undersøkelsen viser ingen avvik når det

gjelder alderskriteriet verken i 2018 eller 2019. Undersøkelsen viser at personene som ble innrapportert i 2018 og 2019 har diagnose i tråd med kravene for IS-3-ordningen. Undersøkelsen viser videre at vedtakskriteriet ikke var oppfylt for to personer som ble innrapportert i 2018. Kommunen selv har i ettertid kommet fram til dette. Ved innrapporteringen i 2019 er vedtakskriteriet oppfylt.

Revisjonen har videre lagt til grunn at tilstrekkelig intern kontroll er viktig for å sikre god innrapporteringspraksis. Systemer som gir oppdatert og riktig oversikt over hvem som til enhver tid oppfyller kriteriene, er også viktig med hensyn til å kunne etterprøve praksis på området. Undersøkelsen viser at kommunen har hatt utfordringer med å fremskaffe korrekt informasjon både i forbindelse med denne revisjonen og i forbindelse med den årlige revisorattestasjonen. Dette, sammen med feilrapporteringen på vedtakskriteriet som kommunen mener skjedde i 2018, viser etter revisjonens vurdering at det har vært svakheter ved internkontrollen på området.

Undersøkelsen viser at det i forbindelse med innrapporteringen i 2019 er utarbeidet en rutine på området. Etterprøvbareheten er forbedret i 2019 med en ny oversikt som administrasjonen har satt opp, men den nye oversikten bør etter revisjonens vurdering samle informasjon knyttet til samtlige kriterier.

## LITTERATUR, KILDER OG TABELLER

### **Lov og forskrift m.m.**

Lov av 17. juni 2016 nr. 73 om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven).

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

Forskrift av 12. august 2016 nr. 974 om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften).

Prop. 113 S (2018-2019) Kommuneproposisjonen 2020. Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Oslo

Rundskriv IS-3/2018 Kriteriedata for inntektssystemet 2019. Helsedirektoratet, Oslo

Rundskriv IS-4/2018 Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i Kommunene, Helsedirektoratet, Oslo

### **Litteratur**

Difi. *Kontrakt og kontraktvilkår*. 7 Januar 2019.

<https://www.anskaffelser.no/anskaffelsesprosessen/anskaffelsesprosessen-steg-steg/avklare-behov-og-forberede-konkurransen/spesifikasjoner-krav-og-kriterier/kontraktvilkar> (funnet Februar 19, 2019).

Difi. «Veileder for kontraktsoppfølging av offentlige anskaffelser.» 2017.

Fylkesmannen i Vestland. «*Tolga-saken*.» *Rapport til Kommunal- og moderniseringsdepartementet*. 11 Februar 2019.

KS. *Rådmannens internkontroll - Hvordan få orden i eget hus*. Oslo: KS, 2013.

NFD. *Veileder til reglene om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften)*. Nærings- og fiskeridepartementet, 2017.

### **Oversikt over tabeller**

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Tabell 1 Terskelverdi..... | 6  |
| Tabell 2 Diagnose.....     | 36 |



## VEDLEGG – RÅDMANNENS HØRINGSSVAR

### **Rådmannens uttalelse til rapporten**

Formålet med dette forvaltningsrevisjonsprosjektet har vært å vurdere kommunens praksis for innrapportering av kriteriedata for psykisk utviklingshemmede og særlig ressurskrevende brukere, samt kommunens bruk av konsulentbistand i denne forbindelse.

Romerike revisjonen har vurdert om anskaffelsen av konsulent ble konkurranseutsatt i tråd med anskaffelsesregelverket, i hvilken grad kommunen har fulgt opp kontrakten i tråd med god praksis og om diagnosekriteriet, alderskriteriet og vedtakskriteriet har vært oppfylt ved innrapportering av kriteriedata.

Etter revisjonens vurdering foreligger det brudd på anskaffelsesregelverket, arkivbestemmelser og kommunens egne rutiner og retningslinjer ved denne anskaffelsen. Rådmann merker seg at Romerike revisjon ikke har merknader til at selve gjennomføringen av oppdraget var uforsvarlig eller gikk ut over den oppgave- og ansvarsfordelingen som var fastsatt i kontrakten, eller det ansvaret kommunen generelt har på området.

Rådmannen vil sørge for at revisjonens anbefalinger blir fulgt opp og at nødvendige tiltak blir iverksatt. Det er allerede utarbeidet en ny rutinebeskrivelse for rapportering på antall personer med diagnosen psykisk utviklingshemming (jfr. Helsedirektoratets rundskriv IS-3) og for rapportering særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester (jfr. Helsedirektoratets rundskriv IS-4). Det er videre utarbeidet en forbedret oversikt med informasjon om antall personer, løpenummer i Profil, diagnosekriteriet, alderskriteriet og vedtakskriteriet som benyttes ved innrapporteringen.

(E-post fra rådmannen i Aurskog-Høland kommune den 4. juni 2019.)

