



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT NR. 12-2018

# INTERNKONTROLL TJENESTEKONTORET

SKEDSMO KOMMUNE

NOVEMBER 2018



# INNHold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>I</b>
Formål og problemstillinger	i
Revisjonens oppsummering	i
Rådmannens uttalelse til rapporten	iii
Anbefalinger	iii
<b>1 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Tjenestekontoret	1
1.3 Krav til internkontroll	1
1.4 Formål og problemstillinger	2
1.5 Revisjonskriterier	3
1.6 Rapportens oppbygning	3
<b>2 Gjennomføring og metode</b>	<b>4</b>
2.1 Datainnsamling og datagrunnlag	4
2.1.1 Dokumentanalyse og systemgjennomgang	4
2.1.2 Intervju og observasjon	4
2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet	4
<b>3 Revisjonskriterier</b>	<b>6</b>
3.1 Internkontroll for saksbehandling og vedtak	6
3.2 Overordnet internkontroll - RiskManager	7
3.2.1 Formalisert internkontroll	7
3.2.2 Risikovurderinger	8
3.2.3 Avviksoppfølging	8
<b>4 Saksbehandling og vedtak</b>	<b>10</b>
4.1 Kriterier for vurdering av tjenestebehov	10
4.2 Rutiner for utarbeiding av enkeltvedtak	12
4.2.1 Gericas som fagsystem	12
4.2.2 Rutiner for kvalitetssikring av søknadsbehandlinger	13
4.3 Informasjonsutveksling med sykehus	16
4.4 Revisjonens vurdering	17
<b>5 Riskmanager</b>	<b>18</b>

5.1	RiskManager	18
5.1.1	Valg av kvalitet- og internkontrollsystem	18
5.1.2	Modulene i RiskManager	19
5.1.3	Fremdrift i implementering av RiskManager	20
5.2	Formalisering av internkontrollrutiner	20
5.2.1	Samlet, tilgjengelig og oppdatert	20
5.2.2	Oppgave- og ansvarsfordeling	22
5.3	Risikovurderinger	23
5.4	Melding og oppfølging av avvik	24
5.5	Revisjonens vurdering	26
	<b>LITTERATUR- OG KILDELISTE</b>	<b>28</b>
	<b>VEDLEGG – RÅDMANNENS HØRINGSSVAR</b>	<b>29</b>
	Figur 1 Tildelingskriterier for hjemmesykepleie .....	11
	Figur 2 RiskManager oversikt .....	19
	Figur 3 RiskManager dokumentmodul .....	20
	Figur 4 Prosedyrer på Innsiden .....	22
	Figur 5 Organisasjonskart tjenestekontoret.....	23
	Figur 6 Avvik meldt ved tjenestekontoret.....	25

# SAMMENDRAG

## Formål og problemstillinger

Kommunen plikter å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1). Hvilke tjenester som er tilstrekkelig i det enkelte tilfellet vil bero på en skjønnsmessig vurdering fra kommunens side. Det er imidlertid et krav om at hjelpen skal være forsvarlig, sett ut fra helsefaglige vurderinger (§ 4-1).

En god og velfungerende internkontroll er viktig for å sikre at praksis for tildeling av helse- og omsorgstjenester holder seg innenfor lovens minstestandarder for bistand og for likebehandling av den enkelte søker ved vurdering av behov for tjenester.

Generelle og grunnleggende krav til god internkontroll er at ansvars- og oppgavefordeling er beskrevet, at risikovurderinger gjennomføres og dokumenteres, og at det er etablert systemer for melding og oppfølging av avvik.

Formålet med revisjonen har vært å undersøke i hvilken grad tjenestekontoret i Skedsmo kommune har etablert en tilfredsstillende internkontroll.

Revisjonen besvarer i denne rapporten følgende problemstillinger:

- 1. I hvilken grad har tjenestekontoret en tilstrekkelig internkontroll for å sikre forsvarlig saksbehandling på sine ansvarsområder?*
- 2. I hvilken grad har tjenestekontoret implementert og tatt i bruk kommunens nye internkontrollsystem (Risk Manager)?*

## Revisjonens oppsummering

Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn for den første problemstillingen i undersøkelsen:

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
I hvilken grad har tjenestekontoret en tilstrekkelig internkontroll for å sikre forsvarlig saksbehandling på sine ansvarsområder?	<ul style="list-style-type: none"><li>➔ Det bør være etablert kriterier for vurdering av tjenestebehov.</li><li>➔ Det bør være etablert rutiner som skal sikre at enkeltvedtak skjer innenfor lovens rammer og ifølge kommunens kriterier.</li><li>➔ Det bør være på plass rutiner som sikrer en forsvarlig informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune.</li></ul>

Etter revisjonens vurdering er det etablert en internkontroll ved tjenestekontoret som bidrar til å sikre forsvarlig saksbehandling. Undersøkelsen viser at det er utarbeidet kriterier for tildeling av tjenester,

som bidrar til å sikre rett nivå på tjenestene og likebehandling av søkere. Videre viser undersøkelsen at det er etablert en møttestruktur og arenaer internt for kvalitetssikring av vurderinger og vedtak.

Forsvarlig informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune er viktig for å sikre at pasienter ivaretas på en god måte. Undersøkelsen viser at tjenestekontoret har tatt flere grep, blant annet gjennom å innføre nye rutiner, for å sikre forsvarlig informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune. Revisjonen ser positivt på at det over tid har skjedd en styrking av tjenestekontorets internkontroll for elektronisk meldingsutveksling med sykehus.

Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn for den andre problemstillingen i undersøkelsen:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
<p>I hvilken grad har tjenestekontoret implementert og tatt i bruk kommunens nye internkontrollsystem (RiskManager)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Tjenestekontorets internkontrollrutiner- og prosedyrer bør:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- beskrive oppgave- og ansvarsfordeling</li> <li>- være samlet, tilgjengelig og oppdatert i RiskManager</li> </ul> </li> <li>➔ Tjenestekontoret bør ha etablert rutiner for, samt dokumentert gjennomføring av, risikovurderinger i RiskManager.</li> <li>➔ Tjenestekontoret bør ha etablert rutiner for melding og oppfølging av avvik i RiskManager.</li> </ul>

Det er i undersøkelsen lagt til grunn at tjenestekontoret skal ha implementert RiskManager, herunder tatt i bruk dokumentstyrings-, risiko- og avviksmodule. Etter revisjonens vurdering har tjenestekontoret bare i begrenset grad tatt i bruk kommunens nye internkontrollsystem RiskManager (RM).

Når det gjelder dokumentstyringsmodule legger revisjonen til grunn at tjenestekontorets internkontrollrutiner- og prosedyrer bør beskrive oppgave- og ansvarsfordeling, samt være samlet, tilgjengelig og oppdatert i RM. Undersøkelsen viser at en rekke av kontorets rutiner er samlet og gjort tilgjengelig i RM. Undersøkelsen viser også at rutiner og prosedyrer i tillegg lagres på flere andre ulike plattformer, herunder at dokumentene også må oppdateres og lagres i ePhorte. Revisjonen viser til at god integrasjon med ePhorte var en del av forutsetningen for at RM ble valgt som kommunens kvalitets- og internkontrollsystem. Undersøkelsen viser at dette enda ikke synes å være på plass ved tjenestekontoret.

Undersøkelsen viser ellers at avdelingssjef, i forbindelse med innlegging av dokumenter i RM, vil legge inn en kort beskrivelse av tjenestekontoret oppdrag samt oppgavefordeling ved kontoret.

Det legges videre til grunn i undersøkelsen at tjenestekontoret skal ha etablert rutiner for, samt dokumentert gjennomføring av risikovurderinger i RM. Undersøkelsen viser at kontoret kun kan dokumentere å ha gjennomført én risikovurdering, og heller ikke har kommet ordentlig i gang med å

ta i bruk modulen for dette i RM. Revisjonen mener det er avgjørende for en god internkontroll at rutiner for jevnlig risikovurdering kommer på plass ved tjenestekontoret.

Et godt system for melding og oppfølging av avvik er viktig for å kunne lære av feil og redusere risiko. Undersøkelsen viser at det er lagt opp til at alle avvik ved tjenestekontoret skal meldes i RM. Revisjonen kan imidlertid ikke se at det er laget noen egen skriftlig rutine for dette. Undersøkelsen viser at det arbeides med å skape en god praksis og kultur for avviksmelding ved kontoret. Undersøkelsen viser i tillegg at enkeltavvik i samhandlingen med sykehus som meldes i PLO-meldingssystemet i liten grad blir gjort noe med, men at disse tas opp mer generelt i aktuelle samarbeidsfora. Det er etter revisjonens vurdering viktig at arbeidet med systematisk å melde og håndtere avvik, følges videre opp.

Revisjonen vil peke på at fremdriften i de ulike tjenesteområdene og virksomhetenes implementering av RM også er avhengig av god oppfølging fra overordnet nivå i kommunen. Overordnet nivå i kommunen har også ansvar for å påse at RM fungerer godt, og som forutsatt.

### Rådmannens uttalelse til rapporten

Et utkast til rapport er forelagt rådmannen til uttalelse. Høringssvaret er mottatt 2.11.18 og er i sin helhet vedlagt rapporten. Rådmannen har ingen særskilte bemerkninger til høringsutkastet, og mener at de beskrivelser som gis er gjenkjennbare. Kommunen vil arbeide med oppfølging av revisjonens funn og anbefalinger, slik at internkontrollen blir oppdatert og i tråd med god praksis.

Revisjonen har i epost av 2.11.18 mottatt tilbakemelding fra kommunen på faktagrunnlaget i rapporten. Det er gjort endringer i samsvar med tilbakemeldingen. Leder av tjenestekontoret har i epost av 5.11.18 gitt tilleggsopplysninger om kontorets fag- og saksbehandlingssystemer.

### Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen blir revisjonens anbefalinger:

Rådmannen bør sørge for at:

1. Tjenestekontoret systematisk gjennomfører risikovurderinger og dokumenterer dette i RiskManager.
2. Tjenestekontoret etablerer en skriftlig rutine for melding og oppfølging av avvik.
3. RiskManager fungerer som forutsatt på tjenestenivå.

Jessheim, 6.11.2018



Oddny Ruud Nordvik  
ass. revisjonssjef



Øyvind Nordbrønd Grøndahl  
oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget i Skedsmo kommune behandlet i møte 22.1.2018 (sak 5/18) en forvaltningsrevisjonsrapport om den overordnede internkontrollen i kommunen.

Utvalget bestilte i møte 5.2.2018 (sak 14/18) del 2 av forvaltningsrevisjon på internkontroll i kommunen, rettet mot Tjenestekontoret. Prosjektplan ble behandlet i utvalgets møte 8.5.2018 (sak 40/18).

## 1.2 Tjenestekontoret

Kommunen plikter å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1). Hvilke tjenester som er tilstrekkelig i det enkelte tilfellet vil bero på en skjønnsmessig vurdering fra kommunens side. Det er imidlertid et krav om at hjelpen skal være forsvarlig, sett ut fra helsefaglige vurderinger (§ 4-1).

Kommunene har som regel egne enheter som treffer vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester. I Skedsmo kommune er det Tjenestekontoret som har dette ansvaret. I tillegg til å motta og saksbehandle søknader om helse- og omsorgstjenester, har kontoret også ansvar for å forvalte kommunale boliger og Husbankens boligsosiale virkemidler. Kontoret har i tillegg ansvaret for å overvåke og kontrollere den elektroniske meldingsutvekslingen mellom kommunen og Ahus.

Tjenestekontoret ligger i kommunens helse- og sosialsektor, ledes av en avdelingssjef og er delt i to avdelinger; boligavdelingen (11,6 årsverk) og det «gamle» tjenestekontoret (15 årsverk). Kontoret fattet i 2017 ca. 5000 enkeltvedtak om tildeling av ulike helse- og omsorgstjenester.<sup>1</sup>

## 1.3 Krav til internkontroll

En god og velfungerende internkontroll er viktig for å sikre at praksis for tildeling av helse- og omsorgstjenester holder seg innenfor lovens minstestandarder for bistand og for likebehandling av den enkelte søker ved vurdering av behov for tjenester.

Generelle og grunnleggende krav til god internkontroll er at ansvars- og oppgavefordeling er beskrevet, at risikovurderinger gjennomføres og dokumenteres, og at det er etablert systemer for melding og oppfølging av avvik.

Rådmannens ansvar for internkontroll i kommunen er forankret i kommunelovens § 23. Det er i tillegg særskilte krav til internkontroll i helselovgivningen. Et overordnet krav til internkontroll kan utledes fra helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 3. ledd, som gir kommunen plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

---

<sup>1</sup> Kilde: Presentasjon av avdelingssjef for Tjenestekontoret for kontrollutvalget i Skedsmo 12.3.2018.



I 2017 trådte det i kraft en ny internkontrollforskrift for helse- og omsorgstjenester, som også omfatter kommunene.<sup>2</sup> Rådmannen har etter forskriften det overordnede ansvaret for et forsvarlig styringssystem for helse- og omsorgssektoren, men forskriften gjelder også virksomhetene på ulike nivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forskriften omfatter krav bl.a. om beskrivelse av ansvar og oppgaver, kartlegging av risiko og oversikt over avvik. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Tildeling av helse- og omsorgstjenester er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Forvaltningsloven har krav til saksbehandlingen, som også bidrar til å sikre internkontroll. Kravene omfatter blant annet at søknad skal forberedes og avgjøres uten ugrunnet opphold, at vedtaket skal være skriftlig og begrunnet, og at det skal opplyses om klagerett. Et grunnleggende krav til forvaltningen er at den skal treffe avgjørelser på grunnlag av en forsvarlig saksbehandling. Dette kravet blir regnet som en ulovfestet rettsregel som supplerer de lovfestede kravene til saksbehandling som fremgår av forvaltningsloven. Dette innebærer blant annet at behandlingen av søknader må være basert på saklighet og mulig å etterprøve.

Skedsmo kommune har utformet krav til internkontrollsystemer, som også omfatter de enkelte tjenesteområdene i kommunen. I forbindelse med anskaffelsen av nytt internkontrollsystem (RiskManager) i 2016, fremgår det at kommunen ønsket et system som støtter hele organisasjonen i kvalitets- og styringsprosesser, samt avviksoppfølging og risikovurderinger. Systemet skulle videre muliggjøre at alle elementer i kvalitetsarbeidet samles, eller gjøres tilgjengelig, fra én og samme arbeidsflate. Også enkel kommunikasjon mellom systemet og andre fagsystemer som var i bruk i kommunen, var et mål.

Revisjonens rapport om den overordnede internkontrollen i kommunen (desember 2017) viser at Risk Manager ikke fullt ut var implementert og tatt i bruk i hele organisasjonen.

### **1.4 Formål og problemstillinger**

Formålet med revisjonen er å undersøke i hvilken grad tjenestekontoret i Skedsmo kommune har etablert en tilfredsstillende internkontroll.

Undersøkelsen vil besvare følgende hovedproblemstillinger:

- 1. I hvilken grad har tjenestekontoret en tilstrekkelig internkontroll for å sikre forsvarlig saksbehandling på sine ansvarsområder?*
- 2. I hvilken grad har tjenestekontoret implementert og tatt i bruk kommunens nye internkontrollsystem (Risk Manager)?*

---

<sup>2</sup> FOR-2016-10-28-1250, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, jfr. også Helsedirektoratet 13.6.2017, Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

## 1.5 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de normer og krav som kan stilles til kommunens virksomhet på det området som er gjenstand for en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er dermed den målestokken som kommunens praksis holdes opp mot. Revisjonskriteriene utledes fra lov og forskrift, rundskriv og veiledere fra nasjonale myndigheter, kommunens egne vedtak og rutiner, samt hva som ansees som god forvaltningsskikk på området.

I denne undersøkelsen er revisjonskriteriene utledet fra:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992 nr. 107 (kommuneloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 10. februar 1967 (forvaltningsloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni nr. 30 (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter av 18. november 2011 nr. 1115(forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter)
- KR2012: Retningslinjer for utforming av lover og forskrifter rettet mot kommunesektoren
- KS 2013: Rådmannens internkontroll – hvordan få orden i eget hus?
- COSO 2013: internkontroll – et integrert rammeverk

## 1.6 Rapportens oppbygning

Kapittel 2 beskriver undersøkelsens datagrunnlag og metodebruk. Kapittel 3 gir en samlet framstilling av revisjonskriteriene som ligger til grunn for undersøkelsen. Revisjonskriteriene for hver av problemstillingene presenteres også kort innledningsvis i kapittel 4 og 5.

I kapittel 4 og 5 gjennomgås funnene til hver av hovedproblemstillingene. I slutten av hvert av disse kapitlene kommer revisjonens vurdering.

## 2 GJENNOMFØRING OG METODE

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til RSK 001- Standard for forvaltningsrevisjon<sup>3</sup> som er fastsatt i styret i Norges Kommunerevisorforbund. Standarden definerer hva som er god revisjonsskikk innen kommunal forvaltningsrevisjon.

Under følger en gjennomgang av metodene som er brukt og en vurdering av undersøkelsenes pålitelighet og gyldighet.

### 2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

Undersøkelsen bygger på dokumentanalyse, systemgjennomgang og intervjuer.

#### 2.1.1 Dokumentanalyse og systemgjennomgang

Revisjonen utarbeidet en dokumentbestilling til tjenestekontoret. Tjenestekontoret oversendte etterspurte dokumenter, samt et følgebrev som ga ytterligere informasjon, både om dokumentene som ble oversendt, i tillegg til informasjon om rutinene ved kontoret. Revisjonen har også fått tilgang til det elektroniske internkontrollsystemet RiskManager (RM). Det har blitt foretatt en gjennomgang av Innsiden og RM der revisjonen har sett nærmere på rutiner og prosedyrer, samt tjenestekontorets bruk av dokument-, risiko- og avviksmodule.

#### 2.1.2 Intervju og observasjon

Revisjonen har hatt to møter med tjenestekontoret. Det første var et intervju med avdelingssjef og seniorrådgiver ved tjenestekontoret. Dette intervjuet ble gjennomført som et delvis strukturert intervju. Det vil si at det i forkant av intervjuet ble utarbeidet en intervjuguide med forhåndsdefinerte spørsmål som ble gjennomgått i intervjuet. Det ble i etterkant skrevet et referat fra intervjuet.

Det andre møtet startet med at revisjonen deltok på tjenestekontorets ukentlige inntaksmøte med representanter fra de ulike helse- og omsorgstjenestene. Etter inntaksmøte hadde avdelingssjef og seniorrådgiver ved tjenestekontoret en gjennomgang sammen med revisjonen av fagsystemet Gerica, samt PLO-meldingssystemet, i tillegg til en gjennomgang av RiskManager. Revisjonen stilte spørsmål underveis og utformet i etterkant et samlet referat fra både inntaksmøte og systemgjennomgangen.

Begge referatene ble verifisert av de intervjuede og har blitt brukt som datagrunnlag i rapporten.

### 2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet

Pålitelige data sikres ved å være nøyaktig under innsamling og analyse av data. Kravet til gyldighet innebærer at dataene skal være relevante for å besvare problemstillingene i undersøkelsen.

---

<sup>3</sup> Standarden bygger på internasjonalt anerkjente standarder og prinsipper vedtatt av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og The Institute of Internal Auditors (IIA).

Revisjonen mener dataene denne rapporten bygger på samlet sett er pålitelige og gyldige og derfor gir et forsvarlig grunnlag for revisjonens vurderinger og konklusjoner.

## 3 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er de normer og krav som kan stilles til kommunens virksomhet på det området som er gjenstand for en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er dermed den målestokken som kommunens praksis holdes opp mot, og utgjør grunnlaget for revisjonens vurderinger.

Revisjonskriteriene utledes fra lov, rundskriv fra departementer, kommunens egne rutiner og hva som ansees som god forvaltningsskikk på området. I denne undersøkelsen er revisjonskriteriene utledet fra følgende kilder:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992 nr. 107 (kommuneloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 10. februar 1967 (forvaltningsloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni nr. 30 (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter av 18. november 2011 nr. 1115 (forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter)
- KR2012: Retningslinjer for utforming av lover og forskrifter rettet mot kommunesektoren
- KS 2013: Rådmannens internkontroll – hvordan få orden i eget hus?
- COSO 2013: internkontroll – et integrert rammeverk

### 3.1 Internkontroll for saksbehandling og vedtak

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 gir kommunene ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Retten til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjenester for pasient og bruker, er også slått fast i lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-1. Dette betyr at dersom det er behov for hjelp har kommunen plikt til å yte den hjelp som blir ansett som nødvendig. Det vil bero på en konkret faglig og skjønnsmessig vurdering av det enkelte tilfellet (søker) hva som er tilstrekkelig for å oppfylle behovet for «nødvendig helsehjelp», men det er et krav om at hjelpen skal være forsvarlig.

Dette innebærer at tjenestekontoret i Skedsmo kommune, som treffer vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester, skal utøve et forvaltningsskjønn basert på en helsefaglig vurdering av hva som er et forsvarlig tjenestetilbud, og dermed hva slags tjenester som skal gis. Brukerne har ikke rettslig krav på en bestemt type tjeneste, men en tjeneste som er forsvarlig og nødvendig.

Tildeling av helse- og omsorgstjenester skjer gjennom enkeltvedtak etter forvaltningsloven. At skjønnsutøvelsen ved tildeling av helse- og omsorgstjenester skjer innenfor lovens rammer og de rammene kommunen selv har satt opp, er avgjørende både for å sikre nødvendig hjelp, men også for å sikre likebehandling av søkerne i egen kommune og for å nå kommunens egne overordnede mål på området. Dette innebærer at det for det første bør være etablert kriterier for tildeling og for det andre at det skal være på plass saksbehandlingsrutiner som skal sikre at enkeltvedtak skjer innenfor forvaltningslovens rammer og i samsvar med kommunens kriterier for tildeling av tjenester.

Samhandlingsreformen ga kommunene et større ansvar for å etablere et tilbud for utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Skedsmo kommune har sammen med de andre kommunene på Romerike inngått en overordnet samarbeidsavtale med Akershus universitetssykehus HF (A-hus). Avtalen skal sikre systematisk samarbeid mellom A-hus og kommunene om helhetlige, koordinerte og kvalitativt gode helsetjenester. Mer detaljerte bestemmelser om samarbeidet er fastsatte i underliggende avtaler. Viktig i denne sammenheng er *Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp*. Avtalen skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Den overordnede samarbeidsavtalen mellom A-hus og opptakskommunene fastsetter at partene skal sørge for effektiv elektronisk samhandling om pasienter. Det forutsetter ifølge avtalen at partene knytter seg til Norsk Helsenett og tar i bruk tekniske løsninger for å kunne kommunisere elektronisk, så snart de har mulighet for dette. Det er etablert et eget system for pleie- og omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner (PLO-meldinger). PLO-meldinger er standardiserte elektroniske meldinger til bruk i samhandlingen mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastlege og helseforetak.

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
<p>I hvilken grad har tjenestekontoret en tilstrekkelig internkontroll for å sikre forsvarlig saksbehandling på sine ansvarsområder?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Det bør være etablert kriterier for vurdering av tjenestebehov.</li> <li>➔ Det bør være etablert rutiner som skal sikre at enkeltvedtak skjer innenfor lovens rammer og ifølge kommunens kriterier.</li> <li>➔ Det bør være på plass rutiner som sikrer en forsvarlig informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune.</li> </ul>

## 3.2 Overordnet internkontroll - RiskManager

### 3.2.1 Formalisert internkontroll

Det legges til grunn at tjenestekontoret i tillegg til kriterier og rutiner nevnt over, bør oppfylle mer grunnleggende krav til internkontroll. Heftet utarbeidet av KS, *Rådmannens internkontroll. Hvordan få orden i eget hus*, gir en beskrivelse av sentrale internkontrollprinsipper. Blant annet er det avgjørende at internkontrollen er formalisert, noe som innebærer at internkontrollen er dokumentert. Det pekes på at dokumentasjonen skal vise den formalisering som ligger til grunn for internkontrollen, blant annet at rutiner og retningslinjer finnes, og at oppgave- og ansvarsforhold er avklart (KS 2013, 34).

Målet med internkontrollen er ikke å ha mest mulig dokumentasjon i form av skriftlig nedfelte systemer og rutiner, men å dokumentere de vurderinger og aktiviteter som faktisk utføres, og sikre at kontrollrutinene er tilgjengelige, kjente og at de følges. Kommunal- og regionaldepartementet peker på at kommunene bør tilpasse internkontrollen til lokale forhold, virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, samt at dokumentasjonskrav ikke må føre til unødvendig byråkratisering (KRD 2012).

Det legges i undersøkelsen til grunn at kommunens internkontroll bør være satt i system, eller at dokumentasjonen av internkontrollen er «strukturert lagret» og samlet på ett sted (KS 2013, 35). Dette kan gjøres gjennom et enhetlig kvalitetssystem som inneholder alle kommunens rutiner og prosedyrebeskrivelser, reglementer, styringsbeskrivelser og instruksjoner. Det kan i tillegg være naturlig at systemet også ivaretar og dokumenterer risikovurderinger og avviksoppfølging.

Skedsmo kommune har anskaffet et enhetlig og overordnet kvalitetssystem; RiskManager. Revisjonen undersøkte i 2017 status i arbeidet med å implementere systemet på overordnet nivå i kommunen.<sup>4</sup> Undersøkelsen viste at mye arbeid gjensto. Den viste også at tjenesteområdene i varierende grad hadde tatt i bruk modulene i systemet. I høringssvaret fra rådmannen ble det vist til at kommunen skal ha slutført implementeringen av RiskManager innen utgangen av mai 2018.

### **3.2.2 Risikovurderinger**

En grunnleggende forutsetning for en god og velfungerende internkontroll er at det gjennomføres risikovurderinger. Risikovurderinger beskrives som systematiske gjennomganger for å identifisere aktiviteter eller andre forhold som medfører fare for uønsket lav kvalitet, manglende måloppnåelse, mangelfull regeletterlevelse eller mangelfull rapportering (KS 2013, COSO 2013). En kommune står ovenfor en rekke risikoer, internt og eksternt, som den må ta hensyn til. Risikovurderinger gir grunnlag for kommunens innretning av internkontrollen, og legger grunnlaget for treffsikre kontrolltiltak- og aktiviteter. Risikovurdering går ut på å identifisere og analysere risikoer som påvirker oppnåelse av kommunens mål.

Risikovurderinger bør utføres både på overordnet, strategisk nivå, og på operativt tjenestenivå i kommunen (KS 2013, 30). I denne undersøkelsen ser vi hovedsakelig på rutiner for, og gjennomføring av, risikovurderinger for tjenestekontoret, det vil si på operativt tjenestenivå. I RiskManager er det en egen risikovurderingsmodul som alle virksomheter i kommunen skal ha tatt i bruk. Her skal både rutiner for risikovurdering ligge, samt at risikovurderingene som gjennomføres skal ligge dokumentert elektronisk i systemet.

### **3.2.3 Avviksoppfølging**

I følge KS er en tredje sentral komponent i en virksomhets internkontroll at det gjennomføres kontrollaktiviteter. En type kontrollaktivitet er å ha et system for å melde og følge opp avvik: «Der risikokartleggingen fører frem til tiltak basert på vurdering i forkant, så gir avvikshåndtering tiltak og læring basert på erfaring» (KS 2013, 59). Avviksoppfølging dreier seg altså fremst om å lære av feil og slik reduseres også risikoen i neste omgang. Også når det gjelder avvik er det en egen modul for dette i RiskManager. Som for risikovurderinger bør det ligge rutiner for avviksmelding- og oppfølging i dette elektroniske systemet, samt at avvik føres, følges opp og dokumenteres i RiskManager.

---

<sup>4</sup> Romerike revisjon. Forvaltningsrevisjonsrapport nr. 14-2017. Rapporten ble behandlet på kontrollutvalgets møte 22.1.2018 (sak 5/18).

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
<p>I hvilken grad har tjenestekontoret implementert og tatt i bruk kommunens nye internkontrollsystem (RiskManager)?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>➔ Tjenestekontorets internkontrollrutiner- og prosedyrer bør:<ul style="list-style-type: none"><li>- beskrive oppgave- og ansvarsfordeling</li><li>- være samlet, tilgjengelig og oppdatert i RiskManager</li></ul></li><li>➔ Tjenestekontoret bør ha etablert rutiner for, samt dokumentert gjennomføring av, risikovurderinger i RiskManager.</li><li>➔ Tjenestekontoret bør ha etablert rutiner for melding og oppfølging av avvik i RiskManager.</li></ul>



## 4 SAKSBEHANDLING OG VEDTAK

Tjenestekontorets internkontroll skal blant annet bidra til å sikre en forsvarlig saksbehandling. I det følgende vil vi se nærmere på hvordan tjenestekontoret sikrer dette, herunder om kontoret har etablert kriterier for vurdering av tjenestebehov og rutiner for å utarbeide enkeltvedtak, samt rutiner for forsvarlig informasjonsutveksling mellom kommune og sykehus.

Følgende problemstilling, med tilhørende revisjonskriterier, legges til grunn i kapitlet:

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
<p>I hvilken grad har tjenestekontoret en tilstrekkelig internkontroll for å sikre forsvarlig saksbehandling på sine ansvarsområder?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Det bør være etablert kriterier for vurdering av tjenestebehov.</li> <li>➔ Det bør være etablert rutiner som skal sikre at enkeltvedtak skjer innenfor lovens rammer og ifølge kommunens kriterier.</li> <li>➔ Det bør være på plass rutiner som sikrer en forsvarlig informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune.</li> </ul>


### 4.1 Kriterier for vurdering av tjenestebehov

I forbindelse med dokumentasjon oversendt revisjonen av tjenestekontoret den 26.6.18, ble det i et tilhørende oversendelsesbrev gitt utdypende informasjon om kontorets rutiner, blant annet når det gjelder kriterier for vurdering av tjenestebehov. Her går det frem at all saksbehandling tar utgangspunkt i helsedirektoratets saksbehandlingsveileder, helse- og omsorgstjenesteloven og pasient og brukerrettighetsloven. Det er med utgangspunkt i disse kildene og kommunens nivå på tjenester at Tjenestekontoret har utarbeidet tildelingskriterier for helse- og sosialsektoren.

Dokumentet *Tildelingskriterier for helse- og omsorgssektoren* gir en kortfattet gjennomgang på rundt én side for hver helse- og omsorgstjeneste i kommunen. Her gis en gjennomgang for hver tjeneste av hva tjenesten innebærer, formålet med tjenesten, hvem som kan få den, hva tjenesten omfatter og hvordan den tildeles. Dokumentet beskriver videre hvordan prosessen foregår, fra søknad til tjenestetilbud. Revisjonen har mottatt siste oppdaterte versjon av dokumentet som er fra juni 2017.

Under ser vi et eksempel på kriterier for en av helse- og omsorgstjenestene.

Figur 1 Tildelingskriterier for hjemmesykepleie

 SKEDSMO KOMMUNE
<b>TILDELINGSKRITERIER FOR HELSE- OG SOSIALSEKTOREN</b>
<p><b>Hjemmesykepleie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hjemmesykepleie er en døgnkontinuerlig tjeneste som gir hjelp og veiledning til personer som på grunn av funksjonssvikt, sykdom eller skade har behov for helse- og omsorgstjenester i eget hjem.</li> <li>Hjelpen kan være kortvarig eller langvarig og omfatter også omsorg i livets sistefase.</li> <li>Se kvalitetsstandard for hjemmesykepleie for detaljer om utførelse.</li> </ul>
<p><b>Formålet med tjenesten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Å yte helsehjelp i hjemmet til de som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, skade eller funksjonssvikt.</li> <li>Å bidra til at den enkelte kan greie seg selv i dagliglivet.</li> </ul>
<p><b>Hvem kan få tjenesten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hjemmeboende som grunnet sykdom, skade eller funksjonssvikt har behov for helse- og omsorgstjenester i eget hjem</li> <li>Søker/tjenestemottaker må ha rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste etter pasient- og brukerrettsloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 a</li> <li>Søker/tjenestemottaker må bo eller oppholde seg i kommunen</li> <li>Søker/tjenestemottaker må samtykke</li> </ul>
<p><b>Hva omfatter tjenesten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tjenesten omfatter det den enkelte eller pårørende ikke selv klarer å gjøre for å dekke personlige behov. Eksempelvis hjelp til personlig hygiene, legemiddelhåndtering, matomsorg og stell av sår.</li> <li>Den aktuelle hjelpen er beskrevet i vedtak og er under kontinuerlig vurdering. Tjenestens innhold og omfang endres ved endring i tjenestemottakers funksjonsnivå.</li> <li>Dokumentasjon etter gjeldende prosedyre sørger for at det føres korrekt journal og at tjenesteutførelsen er koordinert og kvalitetssikret.</li> </ul>
<p><b>Hvordan tildeles tjenesten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tjenestekontoret mottar og behandler henvisninger og søknader i henhold til saksbehandlingsprosedyre.</li> <li>Innholdet i tjenesten utarbeides i samråd med søker etter faglig vurdering av den enkeltes behov.</li> <li>Hjemmesykepleie tildeles i henhold til forsvarlighetskrav. Krav til forsvarlighet bestemmes av normer utenfor loven og er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldig samfunnsetikk (= god praksis).</li> </ul>

Kilde: Skedsmo kommune 2017

Avdelingssjef oppgir i intervju at riktig og ensartet bruk av kriteriene for tildeling av tjenester er noe tjenestekontoret jobber med kontinuerlig. Saksbehandlerne benytter seg, i tillegg til kommunens egne kriterier, som nevnt av veileder for saksbehandling av Helsedirektoratet.

Denne veilederen gir en oppsummering av pasienters og brukeres rett til ulike nødvendige tjenester med henvisninger til lovverket, samt kommunens plikt til å tilby og rett til å organisere tjenestene. Videre gir veilederen blant annet en lettfattat innføring i forvaltningslovens og pasient- og

brukerrettighetslovens saksbehandlingsregler, og hvordan tildeling og iverksetting av tjenester bør foregå. For eksempel gis det veiledning i når og hvordan enkeltvedtak skal utformes.

Veilederen til Helsedirektoratet oppleves som svært god, oppgir avdelingssjef i intervju, og avdelingen har hatt en systematisk gjennomgang av veilederen. Avdelingen har hatt en fellesgjennomgang der man blant annet diskuterte enkeltelementer i veilederen, samt at de ansatte fikk øremerket en dag til på egenhånd å gå grundig igjennom veilederen.

I tillegg til dette oppgis det i intervju at avdelingen har innført daglige fagmøter hvor enkeltsaker diskuteres for å sikre en ensartet praksis i tildelingen av tjenestene. Det har vært en prosess over tid å skape en ensartet praksis i avdelingen for å sikre likebehandling av brukere. I starten ble alle henvendelsene drøftet. Per i dag tar man opp et utvalg saker i fagmøtene, og da særlig saker som inneholder nye problemstillinger. Utfallet av diskusjonene rundt nye saker skaper presedens for fremtidige vedtak. Det har også blitt gjennomført stikkprøver som viser at saksbehandlerne i stor grad er samstemte i hvordan de vurderer sakene opp mot kriteriene. Avdelingssjef påpeker at kriterier og terskler for å tildele tjenester er i kontinuerlig endring og justeres jevnlig med utgangspunkt i sammensetningen av behov som finnes hos innbyggerne.

I intervjuet ble det videre henvist til en rapport gjennomført av Skagerak Consulting, som søkte å avdekke om det er ensartet praksis når tjenestekontoret fatter vedtak og om brukerne får de samme tjenestene ut ifra like vedtak. Rapporten indikerte at det var noen ulikheter i tjenestekontorets praksis, og den viste at ulike kulturer ute i distriktene i kommunen førte til ulik tolkning av vedtakene og slik førte til en viss forskjellsbehandling av brukerne i kommunen.

For å motvirke dette har tjenestekontoret regelmessige samarbeidsmøter med de ulike tjenestene. Dette skjer på faste møter med psykisk helse og rus cirka én gang per mnd. For hjemmesykepleien ble det i en prøveperiode avholdt møte en gang per uke mellom tjenestekontoret og distriktene<sup>5</sup>. Konklusjonen etter denne perioden ble at det heller skulle avholdes møter ved behov i uklare saker. Når det gjelder sykehjem blir dette ivaretatt av inntaksmøter<sup>6</sup> hver torsdag. I disse møtene drøftes blant annet også om hvordan man kan justere tjenestene best mulig etter brukerbehovet.

## 4.2 Rutiner for utarbeiding av enkeltvedtak

### 4.2.1 Gerica som fagsystem

Gerica er tjenestekontorets fagsystem og skal bidra til å sikre overholdelse av sentrale krav i forvaltningsloven (Tjenestekontoret 26.6.18). Revisjonen fikk opplyst at det er Gerica som er valgt som system for tildeling av helse- og omsorgstjenester i nye Lillestrøm kommune.

Revisjonen ble i en gjennomgang hos tjenestekontoret vist hvordan kontorets saksbehandlings- og internkontrollsystemer fungerer. I Gerica samles all dokumentasjon og saksbehandling, herunder vurderinger/journalføring på den enkelte bruker som løpende gjøres av de ulike tjenestene. Det blir

---

<sup>5</sup> Hjemmesykepleien har delt opp kommunen i ulike distrikter.

<sup>6</sup> Mer om inntaksmøte under delkapittel 4.2.2 om *Rutiner for kvalitetssikring av søknadsbehandlinger*.

pekt på at dokumentasjonen knyttet til den enkelte bruker da blir omfattende, men samtidig at god dokumentasjon er viktig for eksempel i forbindelse med behandling av klagesaker.

Det opplyses videre at alle maler som benyttes ligger i Gerica. Systemet er et pasientjournalssystem, og er ikke et optimalt saksbehandlingssystem. Saksbehandlerne på tjenestekontoret har gjennom Gerica tilgang til enorme mengder informasjon blant annet gjennom rapporter på pasienter fra lang tid tilbake. Gerica oppleves generelt som et godt fagsystem som også understøtter effektiv drift.

Vedtak etter behandling av søknad blir konkretisert i en tiltaksplan, som gir en oversikt over alle tjenester som bruker til enhver tid skal ha. Planen ligger oppdatert i Gerica. Systemet har også en «intern melding»-funksjon, som gir mulighet for sikker meldingsutveksling innad på kontoret og med tjenesteutøvere.

Assisterende kommunaldirektør oppgir i epost til revisjonen den 2.11.18 at boligavdelingen gjør all sin saksbehandling i ePhorte og Facilit (overføres til ePhorte), mens all annen saksbehandling ved kontoret gjøres i Gerica. Vedtak og saksbehandling som gjøres i Gerica legges ikke inn i ePhorte.

Avdelingssjef ved tjenestekontoret opplyser i epost til revisjonen 5.11.18 at det er helt nødvendig at Gerica får en godkjent arkivkjerne. I dag må alle vedtak skrives ut og sendes samlet til sentralarkivet for arkivering. I tillegg er det en del inngående post knyttet til enkeltsaker tilhørende det «gamle tjenestekontoret» som blir registrert og ført inn i ePhorte av sentralarkivet, for eksempel klagesaker. Disse skriver tjenestekontoret ut og skanner inn i Gerica og gjennomfører full saksbehandling der. Saken i ePhorte avsluttes med at den er tatt til etterretning. Alle vedtak og klagesaker som det «gamle tjenestekontoret» fatter skrives altså i Gerica.

### **4.2.2 Rutiner for kvalitetssikring av søknadsbehandlinger**

I tjenestekontorets følgebrev til dokumentasjonen oversendt revisjonen 26.6.18, fremgår det at kvalitetssikring av søknadsbehandlingen gjøres på flere måter. Et viktig virkemiddel ifølge avdelingssjef er å sikre at de ansatte er kvalifiserte og oppdaterte. Dette gjøres for eksempel i forbindelse med rekrutteringsprosessen, gjennom formelle krav blant annet til arbeidserfaring, og internopplæring og kurs.

Videre listes det i følgebrevet opp flere andre prosedyrer som skal sikre kvalitetssikring av søknadsbehandlinger. Revisjonen fikk den 26.6.18 oversendt følgende tre dokumenter.

- Flytdiagram – rutiner for mottak av henvendelser
- Rutine for post ut – delegasjon av myndighet
- Møteoversikt som viser møtestruktur hos tjenestekontoret

Flytdiagrammet gir anvisninger for hvordan henvendelser skal håndteres for både nye og kjente brukere og skal sikre at henvendelser håndteres på tilfredsstillende måte. Rutine for post ut og møtestruktur beskrives nærmere under.

Tjenestekontoret har også oversendt tre dokumenter for søknadsbehandling ved boligkontoret:

- Søknadsskjema

- Prosedyre for behandling av søknader om bistand til å skaffe bolig
- Rutiner for boligforvaltning - saksbehandling

Søknadsskjemaet oppgir, i tillegg til felt som søker selv skal fylle ut, kriterier for tildeling av bolig, samt hva som må legges ved av dokumentasjon fra søker. *Prosedyre for behandling av søknader om bistand til å skaffe bolig* og *Rutiner for boligforvaltning* omtales i oversendelsesbrevet som sentrale dokumenter i avdelingen. Førstnevnte prosedyre skal sikre at korrekt og lik behandling av saker vedrørende kommunalt tildelt bolig skjer etter lov- og forskriftskrav. Prosedyren fordeler ansvar for prosessen, samt gir retningslinjer for vilkår som må oppfylles for å få tilbudet og hvordan søknader skal håndteres. *Rutiner for boligforvaltning* gir en mer detaljert beskrivelse av hvordan boligforvaltningen, og saksbehandlingen hos tjenestekontoret i forbindelse med denne, skal foregå.

### **Delegasjon av myndighet og formulering av vedtak**

Avdelingssjef oppgir i intervju at tidligere praksis som gikk ut på at han skulle signere samtlige vedtak, førte til svært lite kontroll da det er umulig å rekke å lese over alle vedtakene som skal ut. Nå har tjenestekontoret innført en ny rutine i form av at kommunikasjonsplattformen «post ut» benyttes, noe som innebærer at avdelingssjef ikke trenger å godkjenne vedtakene. Rutinen innebærer at avdelingsleder og saksbehandlere har full delegert vedtaksmyndighet. I visse saker forutsettes det imidlertid at vedtakene drøftes med avdelingsleder og eventuelt også tas opp i det ukentlige inntaksmøtet der også representanter fra utøverne er representert. Avdelingssjef oppgir at det er lett å merke om en saksbehandler er skikket til å gjøre gode vurderinger eller ikke.

For å kompensere for risiko i forbindelse med delegering av myndighet har tjenestekontoret utarbeidet to rutiner som skal innføres:

1. avdelingsleder gjennomfører månedlige stikkprøver, og undersøker om alle rutiner/punkter som skal følges er fulgt
2. gjennomgang av utvalgte vedtak og gjentatte avvik i felleskap i det daglige fagmøte

Videre oppgis det at vedtakene laget i klart språk profil. Maler sikrer at formkrav følges. Noe fast tekst sikrer enhetlig praksis og at det gis en kort begrunnelse for hvorfor tjenester blir innvilget og hva som blir innvilget. Det viktigste som skal formidles må komme klart og tydelig frem. Tidligere skrev tjenestekontoret hele sykehistorien i vedtakene, noe som opplevdes som støtende for brukerne. Dette har man gått bort ifra og vedtakene formuleres nå så korte som mulig. Det krever mye å få til disse formuleringene slik at bruker ikke opplever det som standardisert, men opplever at behovet er sett og forstått. Avslag krever mer begrunnelse. Alle saksbehandlere skriver avslag og redegjør for all dokumentasjon som foreligger, de skriver også saksfremleggene til fylkesmannen i forbindelse med klagesaker. Alle vedtak oppgir både avdelingssjef og saksbehandler sitt navn. Tjenestekontoret var på intervjuets tidspunkt (23.8.18) i ferd med å utarbeide en sjekklister som skal gjøre kvalitetssikringen mer ensartet. Denne ble utarbeidet 12.09.18.

Forhåndsdrøfting med avdelingsleder gjelder sykehjemsplasser og kostbare vedtak. Her bidrar avdelingsleder inn og man har gjerne tverrfaglige møter for å vurdere sakene best mulig. På tjenestekontorets ukentlige inntaksmøte tas kompliserte saker opp og besluttes endelig av avdelingssjef.

### **Møtestruktur – særlig inntaksmøte**

Tjenestekontoret har en rekke møter som blant annet skal bidra til å sikre kvalitetssikring av søknadsbehandling. Det holdes for eksempel daglige fagmøter/morgenmøter, ukentlig klagesaksmøte og ukentlig inntaksmøte. Oversikten over møtestruktur gir en oversikt over blant annet hensikt, hyppighet, ansvar for gjennomføring, deltagere og dokumentasjon for hver av de ulike møtene. I intervju ble særlig inntaksmøtet trukket frem som viktig for å sikre forsvarlig saksbehandling.

Revisjonen var 13.9.18 til stede på det ukentlige inntaksmøtet som avholdes hos tjenestekontoret. På møtet behandles innkomne søknader som dreier seg om kompliserte saker om sykehjem og saker om rehabilitering i hjemmet. Vedtakene blir gjort i møtet, i første omgang uavhengig av kapasitet (sammenholdes så med oversikt over plassadministrasjon i Gerica). Vurderinger og vedtak føres inn i en egen mal, med oversikt over pasienter/søknader. Møtet behandler både nye søkere og søknader der bruker allerede får en tjeneste fra kommunen. I møtet jobber man med å få avklart hva slags tilbud kommunen skal gi, eventuelt om en søknad skal avslås.

Deltakere er ledere og saksbehandlere ved kontoret, først og fremst innenfor somatikken (dvs. ikke søknader knyttet til rus og psykiatri, funksjonshemmede, IP, Koordinator og støttekontakt), i tillegg til representanter fra de aktuelle tjenestene som korttids- og langtidsopphold institusjon, hjemmetjenesten, ergo- og fysioterapitjenesten og hukommelseskoordinator<sup>7</sup>. Revisjonen får opplyst at saksbehandlerne innenfor somatikk ved tjenestekontoret i utgangspunktet har «allround»-kompetanse på saksbehandling av søknader innenfor somatikken, men kompliserte saker gir også et behov for en viss spesialisering innenfor de ulike somatiske områdene som for eksempel demens, kreft, rehabilitering m.m. Det blir pekt på at deltagerne fra de ulike helse- og omsorgstjenestene bidrar med sin fagkompetanse på det aktuelle området og sikrer en god faglig forankring av vedtakene.

Møtene er «pasientfokusert», også med hensyn til hvem som møter. På møtet blir bakgrunnsinformasjon og pasientforløp m.m. presentert av ansvarlig saksbehandler, som så mottar innspill og kommentarer fra de andre deltakerne, før man i fellesskap blir enige om hvilke tjenester som skal tildeles. Avdelingssjef på tjenestekontoret har det siste ordet når det gjelder hvilket vedtak som skal fattes. En av møtedeltakerne, en saksbehandler fra tjenestekontoret, har som oppgave å kontrollere sakene som er oppe til diskusjon mot journaler og annen aktuell dokumentasjon, som IPLOS-score, timer tjenester fra før m.m.

Revisjonen fikk opplyst at inntaksmøtet er et sentralt møte på kontoret. Formålet er å sikre en god og forsvarlig saksbehandling, gjennom «kollegavurdering» og kvalitetssikring av den enkelte saksbehandler sine vurderinger. Møtene har i tillegg en viktig funksjon når det gjelder å etablere en generell og felles oppfatning av «nivået» på tjenestene. Det ble pekt på at møtet slikt sett også har en viktig funksjon mht. å sikre likebehandling av søkere.

---

<sup>7</sup> Opplyses i epost fra kommunen 2.11.18: Faste medlemmer er avdelingssjef, avdelingsleder, PLA-ansvarlig, en fra hjemmetjenesten, en fra sykehjem, en fra forebyggende tjenester og hukommelseskoordinator ved behov. Saksbehandler for den enkelte sak presenterer saken. Saker som skal bringes til inntaksmøtet gjelder kompliserte saker innenfor korttids- og langtids plass i sykehjem, omsorgstønad, BPA og omsorgsbolig.

Avdelingssjef oppgir at han er trygg på at sakene som legges frem i inntaksmøtet er svært godt utredet. Beslutningen kan derfor tas rimelig raskt i møtet. Det samhandles godt med utøvere/tjenestene når man utarbeider forslag til vedtak.

### 4.3 Informasjonsutveksling med sykehus

A-hus er kommunens hovedsamarbeidspartner når det gjelder samhandling med spesialisthelsetjenesten bl.a. om enkeltpasienter som kommer fra, eller skal tilbake til, kommunen. Det elektroniske PLO-meldingssystemet har blitt den grunnleggende kommunikasjonskanalen mellom kommunen og A-hus (Tjenestekontoret 26.6.18).

Revisjonen har blitt vist systemet for PLO-meldingssystemet hos tjenestekontoret og fikk i den anledning også se hvordan saksbehandlere via funksjonen «eLink» i Gericca får tilgang til PLO-meldingsutvekslingssystemet med A-hus, og andre henvisende instanser som blant annet fastlegene for den aktuelle pasienten/brukeren. I tillegg gir plattformen også oversikt over all kommunikasjonstrafikk som utøves på denne plattformen mellom disse aktørene og de ulike tjenesteutøvere, i gjennomsnitt rundt 200 meldinger i løpet av en arbeidsdag.

Det oppgis i intervju at tjenestekontoret har to merkantile ansatte som blant annet har ansvar for å overvåke denne trafikken og ta ut de meldingene, overføring av helseopplysninger, søknader og andre henvendelser, som er rettet til tjenestekontoret. Henvendelsene skrives ut og legges i hylle til saksbehandler eller i en felles hylle om ingen har saken enda.

Det pekes videre på at det økende kravet om effektivisering fører til at langt større mengder informasjon enn før overføres mellom tjenester i kommunen og mellom kommune og sykehus. Prosessen går også langt fortere enn tidligere da man overførte informasjon via fax eller telefon. Dagens system er samtidig sårbart da tjenestene kun har lesetilgang på sine koder. Benyttes feil kode fra avsenders side kan meldinger dermed ligge uåpnet. I verste fall kan dette resultere i at brukere ikke blir tatt imot og gitt nødvendige helse- og omsorgstjenester i kommunen slik de skal.

For å sikre seg mot dette er det laget en fordelt ansvarsliste hos saksbehandlerne som sjekker ut «ikke besvarte meldinger» og iverksetter vanlig saksbehandling der hvor det er behov. Dette er et sikkerhetssystem som innebærer at saksbehandlerne etter tur sjekker 14 dager bakover i den elektroniske PLO-meldingslista. Det hender meldinger feilsendes og det er viktig å sikre at heller ikke slike meldinger blir liggende uåpnet. Videre sikres det at nye saker fordeles gjennom et dobbeltsystem der meldinger håndteres både elektronisk og på papir. Hver saksbehandler følger med på sine saker som er innlagt på A-hus via PLO-meldinger. Ved fravær blir det på det daglige fagmøtet avtalt hvem som går inn på kontoret til den som er borte og henter bunken med rødt omslag som er brukere som for tiden er inne på sykehus. Når meldinger sendes ut legges det på en kode som skal sikre at saken havner hos riktig mottaker. Det gjennomføres for øvrig opplæring i kodebruk. Det er alltid noen på kontoret som overvåker PLO-meldingene, også når merkantil ikke er på jobb. Denne kontrollrutinen er oversendt revisjonen den 26.6.18.

Tjenestekontoret har flere andre skriftlige rutiner for meldingsutveksling:

- Prosedyre for elektronisk meldingsutveksling

- Rutine i Gerica for elektronisk meldingsutveksling
- Rutine for saksbehandling ved elektronisk meldingsutveksling fra sykehus

*Prosedyre for elektronisk meldingsutveksling* er en overordnet prosedyre, som blant annet pålegger alle tjenester som har meldingsutveksling å ha på plass rutiner som skal sikre at meldinger behandles. *Rutine i Gerica for elektronisk meldingsutveksling* fungerer som en slags brukermanual for hele helse- og sosialsektoren. Her finner man blant annet en oversikt over og beskrivelser av de ulike meldingstypene. *Rutine for saksbehandling ved elektronisk meldingsutveksling fra sykehus* er en rutine som gjelder de ansatte på tjenestekontoret i tråd med førstnevnte prosedyres krav.

#### **4.4 Revisjonens vurdering**

Etter revisjonens vurdering er det etablert en internkontroll ved tjenestekontoret som bidrar til å sikre forsvarlig saksbehandling. Undersøkelsen viser at det er utarbeidet kriterier for tildeling av tjenester, som bidrar til å sikre rett nivå på tjenestene og likebehandling av søkere. Videre viser undersøkelsen at det er etablert en møtестruktur og arenaer internt for kvalitetssikring av vurderinger og vedtak.

Forsvarlig informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune er viktig for å sikre at pasienter ivaretas på en god måte. Undersøkelsen viser at tjenestekontoret har tatt flere grep, blant annet gjennom å innføre nye rutiner, for å sikre forsvarlig informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune. Revisjonen ser positivt på at det over tid har skjedd en styrking av tjenestekontorets internkontroll for elektronisk meldingsutveksling med sykehus.



## 5 RISKMANAGER

RiskManager, Skedsmo kommunes kvalitets- og internkontrollsystem, skal sikre en ensartet praksis på tvers av kommunens sektorer, både når det gjelder formalisering av rutiner og prosedyrer, risikovurderinger og melding og oppfølging av avvik. I det følgende skal vi se på hvor langt tjenestekontoret har kommet i å implementere sin internkontroll i RiskManager.

Følgende problemstilling, med tilhørende revisjonskriterier, legges til grunn i kapitlet:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
<p>I hvilken grad har tjenestekontoret implementert og tatt i bruk kommunens nye internkontrollsystem (RiskManager)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Tjenestekontorets internkontrollrutiner- og prosedyrer bør:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- beskrive oppgave- og ansvarsfordeling</li> <li>- være samlet, tilgjengelig og oppdatert i RiskManager</li> </ul> </li> <li>➔ Tjenestekontoret bør ha etablert rutiner for, samt dokumentert gjennomføring av, risikovurderinger i RiskManager.</li> <li>➔ Tjenestekontoret bør ha etablert rutiner for melding og oppfølging av avvik i RiskManager.</li> </ul>

### 5.1 RiskManager

#### 5.1.1 Valg av kvalitet- og internkontrollsystem

Det ble i januar 2015 opprettet en tverrfaglig arbeidsgruppe ledet av seniorrådgiver i organisasjons- og personalavdelingen i Skedsmo kommune. Formålet var å foreta nødvendige undersøkelser i forkant av anskaffelsen av et nytt kvalitet- og internkontrollsystem. Det nye kvalitets- og internkontrollsystemet skulle sikre «kommunens praktisering av § 23.2 ledd i kommuneloven i forhold til styring, kontroll og kvalitetssikring samt internkontrollens plass i utviklingen av kommunens organisasjon» (Skedsmo kommune 2016, 9).

Arbeidsgruppen la i sine vurderinger av nytt system hovedsakelig vekt på at det nye systemet skulle:

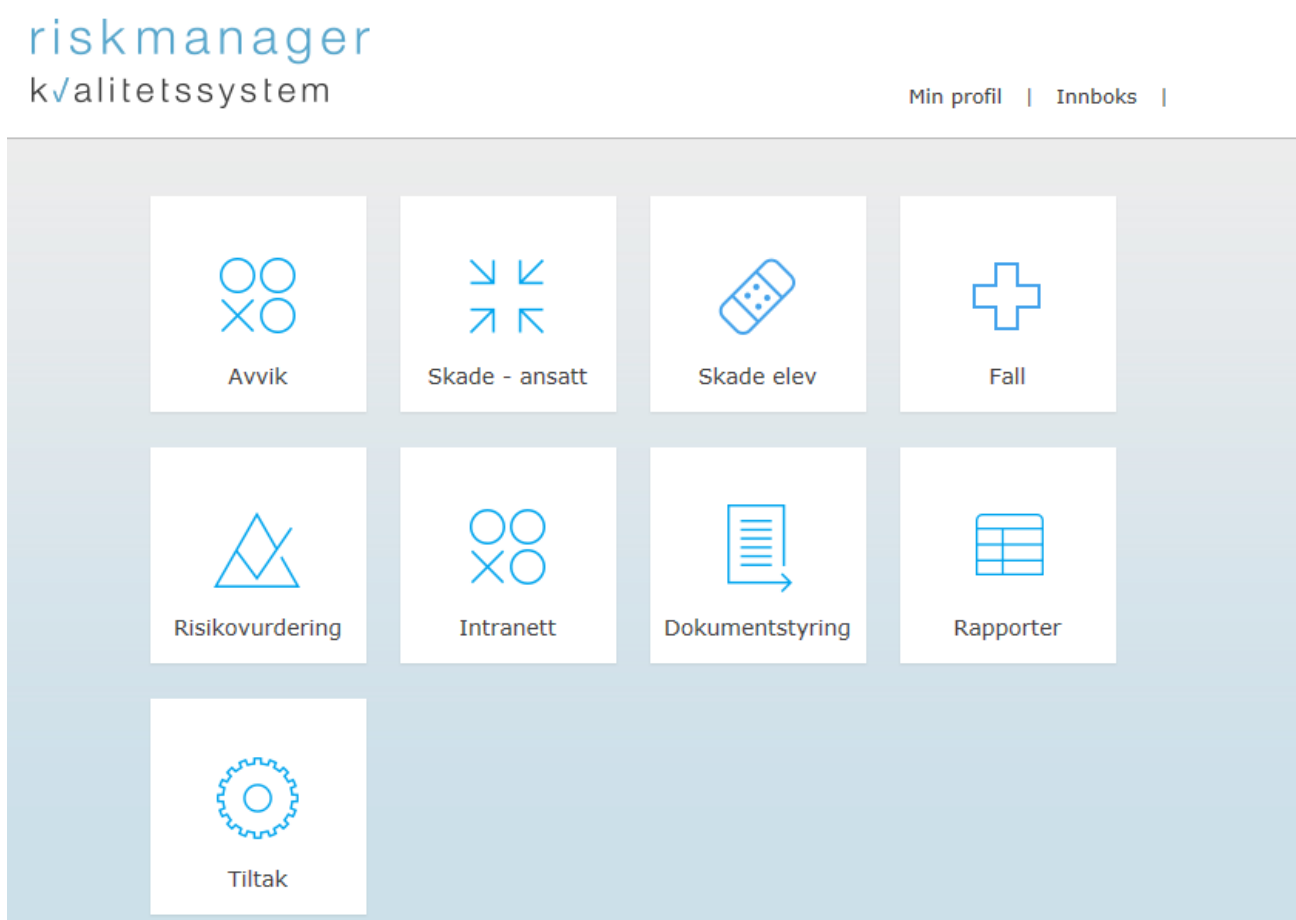
- passe godt inn i Skedsmo kommunes tekniske infrastruktur
- åpne grensesnitt for mest mulig gjenbruk av data
- mulighet for god integrasjon med ePhorte
- enkel tilgjengeliggjøring av dokumenter i andre systemer
- god funksjonalitet (varsling, revisjons- og versjonshåndtering, tilgang til lovverk ol.)
- brukervennlighet
- støtte for arbeidsprosesser (særlig avviksmeldinger og risikovurderinger)
- restrisiko (gjenværende risiko etter tiltak) må kunne beregnes og vises

Oppdragsbeskrivelsen sa blant annet at kommunen «ønsker et system som støtter hele organisasjonen i kvalitets- og styringsprosesser, samt avviksoppfølging og risikovurderinger. Systemet skal muliggjøre at alle elementer i kvalitetsarbeidet samles, eller gjøres tilgjengelig, fra en og samme arbeidsflate» (Skedsmo kommune 2016, 11). Det ble også nevnt et behov for enkel kommunikasjon mellom kvalitets- og internkontrollsystem og andre fagsystemer, samt ePhorte, som er i bruk i kommunen.

### 5.1.2 Modulene i RiskManager

Revisjonen fikk tilgang til og har selv foretatt en gjennomgang av RiskManager (RM) for å få et inntrykk av RM som kvalitets- og internkontrollsystem og hvor langt tjenestekontoret har kommet i implementeringen av dette, herunder å samle internkontrollrutinene i RM, samt ta i bruk risikovurderingsmodulen og avviksmodule. Inntrykket er at RM er lett å manøvrere rundt i, og forholdsvis enkelt å gjøre seg kjent med. Når man klikker seg inn på RM via en link på kommunens intranettside får man opp følgende bilde:

Figur 2 RiskManager oversikt



Kilde: Romerike revisjon 16.10.18

Som vi ser kan man herfra klikke seg videre til dokumentstyringsmodulen, risikovurderingsmodulen og avviksmodule. Vi vil se nærmere på hver enkelt modul i de tre delkapitlene under.

### 5.1.3 Fremdrift i implementering av RiskManager

Revisjonen gjennomførte en forvaltningsrevisjon våren 2017 som undersøkte den overordnede internkontrollen i Skedsmo kommune og hvor langt kommunen hadde kommet i sin implementering av RiskManager på overordnet nivå. Undersøkelsen viste blant annet at mye gjensto i arbeidet med å implementere det nye kvalitets- og internkontrollsystemet. I rådmannens hørings svar til rapporten ble ulike tiltak beskrevet for hvordan manglene i implementeringen skulle imøtekommes og fristen for dette arbeidet ble satt til innen utgangen av første kvartal 2018. I notat fra administrasjonen oversendt kontrollutvalget den 21.5.2018 går det frem at noe av arbeidet har tatt lenger tid enn forventet.

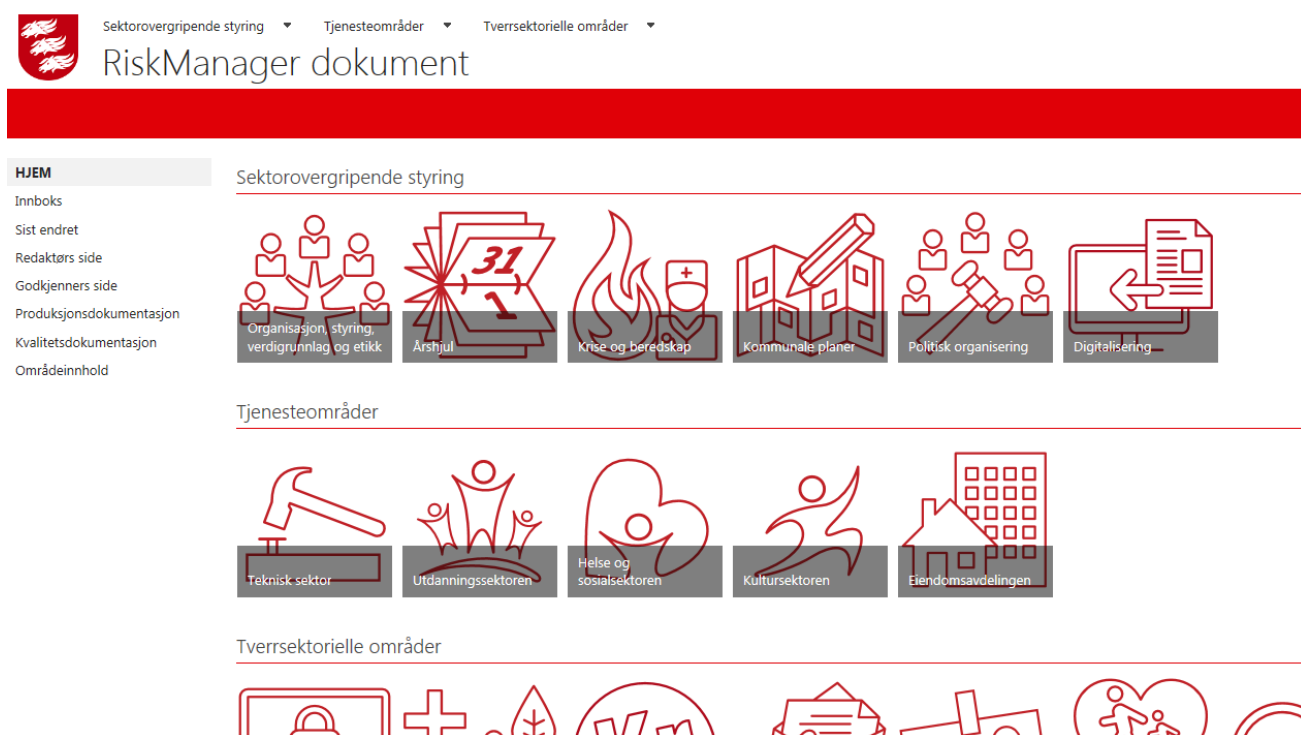
Revisjonen ba i sin dokumentbestilling til Tjenestekontoret om kontorets plan/rutiner for fremdrift og implementering av RiskManager. Av dokumentasjonen som ble oversendt kan ikke revisjonen se at kontoret har noen slik plan. Imidlertid ble det i oversendelsesbrevet informert om at tjenestekontoret tar sikte på full implementering av RiskManager innen den 1.10.18. Det ble også nevnt i oversendelsesbrevet at det ville bli utarbeidet en plan for implementering.

## 5.2 Formalisering av internkontrollrutiner

### 5.2.1 Samlet, tilgjengelig og oppdatert

Revisjonen har som nevnt foretatt en gjennomgang i RiskManager (RM) for å observere hvor langt tjenestekontoret har kommet i arbeidet med å implementere sin internkontroll i RM. Når man klikker seg inn på dokumentstyringsmodulen i RM (fra siden avbildet i figur 2) kommer følgende skjermbilde opp:

**Figur 3 RiskManager dokumentmodul**



Kilde: Romerike revisjon 16.10.18

Her ser vi at RM sorterer dokumenter etter sektorovergripende styring, tjenesteområder og tverrsektorielle områder. Lengst bort til høyre (utenfor bilde) finner man et søkefelt som kan benyttes for raskt å finne frem til det/de dokumentene man leter etter.

Det bekreftes i intervju at mange av tjenestekontorets overordnede rutiner og prosedyrer fortsatt lagres i kommunens ansattportal Innsiden og på m-området (lukket sone), men det arbeides med å legge disse inn i RM. I dette arbeidet har boligavdelingen kommet lenger (de har blant annet lagt inn avtaler med virksomheter ol.) enn det «gamle» tjenestekontoret.

Ved revisjonens gjennomgang i RM den 16.10.18 så vi at de fleste dokumentene revisjonen har fått oversendt nå ligger i RM, i tillegg til flere andre internkontrollrutiner- og prosedyrer. Mange av rutine og prosedyrene er lagt inn nylig, fra slutten av juni 2018 til slutten av september 2018.

Det opplyses i intervju 23.8.18 at tildelingskriteriene, siste versjon fra juni 2017, fortsatt ikke er lagt inn i RiskManager (RM), men at de skal legges inn snarlig. Revisjonen kan se at dette ble gjort 24.8.18. Målet er, i følge avdelingssjef, at alle relevante styringsdokumenter skal legges inn i RM, og at ansatte der kan få nødvendig informasjon.

Revisjonen undersøkte også hva som var å finne av rutiner og prosedyrer på Innsiden, og fant her flere overordnede prosedyrer under helse- og sosialsektoren (se figur 4 under). Blant annet finner vi her:

- Prosedyre for behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester (fra november 2015)
- Prosedyre for klagebehandling på tjenestekontoret (fra januar 2013)
- Prosedyre for internkontroll Nivå 1 (fra mai 2015).
  - o Herunder: rutine for ROS-analyse på virksomhetsnivå

Figur 4 Prosedyrer på Innsiden

**Prosedyrer for helse- og sosialsektoren**

Er det noen prosedyrer du savner? sjekk Risk om de ligger der:  
<http://spportal.skedsmo.kommune.no//sites/rm/tjenesteomrader/helse-og-sosialsektoren>

**Nye prosedyrer og maler:**

[Prosedyre for internkontroll](#)

Vedlegg:  
[Beskrivelse av avdelingens organisering](#)  
[Egenkontroll ved leder](#)  
[Intervjuguide ved stikkprøver](#)

**Personal og HMS**

[Prosedyre ansettelser, inntak til praksis, omplassering, endring i stillingsforhold, innhenting og lagring av relevante dokumenter](#)  
[Vedlegg til prosedyre for ansettelser m.m.](#)  
[Prosedyre HMS](#)  
[Rutiner ved omplassering grunnet sykdom](#)

**Håndtere klager fra tjenestemottakere og pårørende:**

[Prosedyre for klagesaksbehandling \(vedtak\)](#)

**Behandle søknader om helse- og omsorgstjenester:**

[Prosedyre for behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester](#)

Kilde: Romerike revisjon 16.10.18

Avdelingssjef peker i intervju på at det er en utfordring både for ledere og ansatte til en hver tid å vite hvor de viktigste dokumentene er å finne i oppdatert versjon. Originaldokumentene må i følge avdelingssjef ligge i ePhorte (som kun ledere har tilgang til), noe som har ført til at viktige dokumenter har blitt lagret på ulike steder, som innsiden og m-området. Kommunen har også innført Office 365 (skyteneste), der viktige dokumenter legges.

For å sikre at rutinene er kjent blant de ansatte får de derfor viktige dokumenter i papirversjon og på e-post. Det påpekes i intervju at det viktigste er at alle vet hvilke dokumenter som er viktige å følge med på. I fagmøtene kan det gjerne også informeres om hvor viktige dokumenter ligger dersom det synes å være usikkerhet rundt dette.

### Samhandling mellom RiskManager og ePhorte

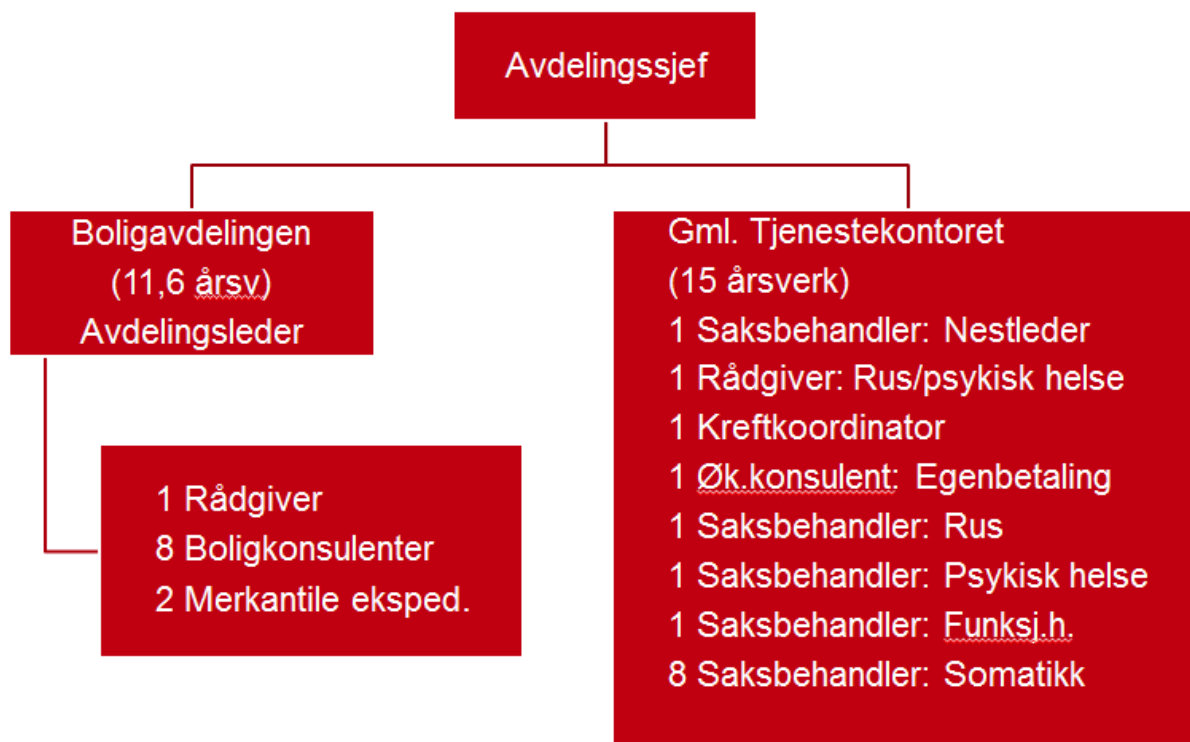
I intervju med avdelingssjef og seniorrådgiver får revisjonen opplyst at ePhorte og RiskManager (RM) enda ikke samhandler. Dette innebærer blant annet merarbeid da lederne for eksempel må ta ut avvikrappporter i RM, lagre disse lokalt, for så å laste disse opp manuelt i ePhorte. Det gir også utfordringer når det gjelder lagring av viktige rutiner og prosedyrer der originalene må lagres i ePhorte mens de samtidig til enhver tid skal ligge oppdaterte i RM. Det bidrar til dobbeltarbeid og usikkerhet rundt hvor det siste oppdaterte dokumentet til enhver tid ligger.

### 5.2.2 Oppgave- og ansvarsfordeling

Avdelingssjefen oppgir videre at han har brukt en del tid på å beskrive oppgave- og ansvarsfordeling på kontoret, men har gjort seg noen refleksjoner rundt om dette egentlig har noe

for seg. Tjenestekontoret har hatt en flat struktur under avdelingssjef, og har det også nå under avdelingsledere (etter at ansvar er delegert nedover til sistnevnte, se organisasjonskart under)<sup>8</sup>. Hovedarbeidsområde framgår av utlysningstekst, det vil si om stillingen er særlig rettet mot rus, psykisk helse, funksjonshemmede eller barn. Hva oppgavene innebærer framgår av rutiner og prosedyrer. I forbindelse med innlegging av diverse dokumenter i RM vil avdelingssjef imidlertid legge inn en kort beskrivelse av tjenestekontorets oppdrag samt oppgavefordelingen ved kontoret. I kommunens budsjett- og årsmelding finner man noe informasjon om oppgavene til tjenestekontoret.

**Figur 5 Organisasjonskart tjenestekontoret**



Kilde: Tjenestekontoret 2018

Det pekes i intervju også på at tjenestekontoret har jobbet med å finne ut om man skal organisere seg etter en generalist- eller spesialistmodell. I dette spørsmålet har man landet på sistnevnte modell. En av årsakene til dette er et effektivitetshensyn om å få maksimalt ut av de tilgjengelige ressurser på kontoret. Kompetanse vurderes nøye og spisskompetanse etterspørres derfor ved ansettelser. Avdelingssjef påpeker samtidig at han ønsker at saksbehandlerne skal kunne gjøre mange forskjellige ting, og at han derfor i minst mulig grad ønsker å benytte seg av stillingsbeskrivelser.

### 5.3 Risikovurderinger

Revisjonen ba tjenestekontoret om å oversende rutiner for risikovurdering og dokumentasjon på gjennomførte risikovurderinger. Tjenestekontoret oversendte én gjennomført risikovurdering fra

<sup>8</sup> Kommunen opplyser i epost til revisjonen den 2.11.18 at «gamle tjenestekontoret» i løpet av revisjonsperioden nå ledes av en avdelingsleder.

august 2017 som ble gjennomført ved det «gamle» tjenestekontoret. Det oppgis i intervju med avdelingssjef og seniorrådgiver at dette foreløpig er den første og eneste analysen, og at det tidligere ikke har blitt gjennomført noen systematiske risikovurderinger. Avdelingssjef og seniorrådgiver peker i intervjuet på at det var noen overraskende funn i risikoanalysen, særlig på hms-siden. Det kan ifølge risikoanalysen for eksempel oppleves som en belastning at tjenestene uttrykker seg i negative ordelag om saksbehandlerne på tjenestekontoret. Det kom også frem at det er en risiko for feiltolkninger av vurderingene til tjenestekontoret ute i tjenestene.

Det oppgis videre i følgebrevet til dokumentasjonen oversendt den 26.6.18 at boligkontoret så langt ikke har gjennomført en ROS-analyse og en risikovurdering. Det pekes på at dette vil bli gjort også for boligkontoret i løpet av september 2018.

Når det gjelder arbeidet med risikovurderinger oppgis det i intervju med avdelingssjef og seniorrådgiver at det har vært litt uklart hvordan dette skal gjennomføres i praksis. Tjenestekontoret har ennå ikke tatt i bruk RMs modul for risikovurderinger. Kontoret har gjort analyser for å identifisere aktuelle risikoområder, men disse er ennå ikke lagt inn i RM.

I revisjonens gjennomgang i RM den 16.10.18 så vi på risikovurderingsmodulen og gjennomgangen bekrefter det som ble oppgitt i intervju. Gjennomgangen viste videre at det i etterkant av intervjuet er påbegynt én risikoanalyse, men at denne ikke er slutført. Risikoanalysen gjelder HMS, herunder saksmengde og arbeidsbelastning ved kontoret.

### **5.4 Melding og oppfølging av avvik**

Revisjonen ba tjenestekontoret om å dokumentere system/rutiner for å melde inn og håndtere avvik. Det ble henvist til RiskManager (RM) i oversendelsesbrevet som system for å melde inn og håndtere avvik og at tilgang til RM ville vise og dokumentere systemet for dette. Når det gjelder boligkontoret brukes Facilit (forvaltningssystem for eiendommer med utleie), i tillegg til RM, for å melde avvik.

Revisjonen har ikke mottatt en egen rutine eller prosedyre som sier noe om hva slags avvik som skal meldes i RM eller hvordan avvik skal følges opp ved tjenestekontoret, og kan i sin gjennomgang i RM heller ikke finne en slik rutine der. Det står noe om avviksmelding i tjenestekontorets rutine for saksbehandling ved elektronisk meldingsutveksling fra sykehus, men denne er sist revidert i september 2015, det vil si før bruk av avviksmodulen i RM ble innført.

I revisjonens gjennomgang av RM tok vi ut en avviksrapport for å se hvor mange avvik som har blitt meldt av tjenestekontoret mellom januar 2016 og oktober 2018. I figur 6 under ser vi at det er meldt 14 avvik ved tjenestekontoret i perioden og at de fleste avvikene er meldt i 2018.

Figur 6 Avvik meldt ved tjenestekontoret

Skedsmo kommune\3 - Helse- og sosialsektoren\368 - Tjenestekontoret\36800 - Tjenestekontoret - ansatte (9)

ID	Registrert	Frist	Overskrift	Område	Konsekvens	Ansvarlig	Status
6745	28.09.2018	28.10.2018	<a href="#">Truende adferd</a>	HMS	Alvorlig		Lukket
313	27.09.2016	12.10.2016	<a href="#">Avvik på ikke meldt bruker</a>	Tjenestekvalitet Helse og omsorg	Mindre alvorlig		Lukket
2388	13.06.2017	28.07.2017	<a href="#">Ikke meldt ny pasient</a>	Tjenestekvalitet Helse og omsorg	Mindre alvorlig		Lukket
2553	28.06.2017	28.07.2017	<a href="#">Ikke meldt ny pasient</a>	Tjenestekvalitet Helse og omsorg	Mindre alvorlig		Lukket
4000	23.01.2018	22.02.2018	<a href="#">Informasjonssvikt ifm innleggelse på sykeheim</a>	Tjenestekvalitet Helse og omsorg	Mindre alvorlig		Lukket
4943	26.03.2018	12.05.2018	<a href="#">Mangelfull oppfølging av elektronisk melding</a>	Tjenestekvalitet Helse og omsorg	Mindre alvorlig		Lukket
5799	08.06.2018	31.08.2018	<a href="#">Ikke igangsatt tjeneste, hjemmehjelp</a>	Tjenestekvalitet Helse og omsorg	Mindre alvorlig		Lukket
6335	13.08.2018	13.09.2018	<a href="#">Trygghetsalarm</a>	Tjenestekvalitet Helse og omsorg	Svært alvorlig/Kritisk		Lukket
6829	05.10.2018	04.11.2018	<a href="#">Klage på service fra misfornøyd pårørende</a>	Tjenestekvalitet Helse og omsorg			Til behandling

Skedsmo kommune\3 - Helse- og sosialsektoren\368 - Tjenestekontoret\36802 - Boligavdelingen (5)

ID	Registrert	Frist	Overskrift	Område	Konsekvens	Status
6587	10.09.2018	13.10.2018	<a href="#">Trusler fra Beboer</a>	HMS	Alvorlig	Lukket
5653	28.05.2018	29.06.2018	<a href="#">Scannet på feil person i Geric</a>	Informasjonssikkerhet og personvern	Mindre alvorlig	Lukket
5664	30.05.2018	29.06.2018	<a href="#">Feilregistrert dokument</a>	Informasjonssikkerhet og personvern	Mindre alvorlig	Lukket
4919	23.03.2018	04.05.2018	<a href="#">Manglende kurstilbud</a>	Kurs-RM	Mindre alvorlig	Lukket
5234	24.04.2018	31.08.2018	<a href="#">Veggedyr i omsorgsbolig</a>	Tjenestekvalitet Helse og omsorg	Alvorlig	Lukket

Kilde: Romerike revisjon 16.10.18

Det oppgis i intervju med avdelingssjef og seniorrådgiver at tjenestekontoret har jobbet mye med spørsmålet om hvordan man skal håndtere avvik med A-hus. Foreløpig oppleves det som hensiktsmessig å prøve å «se litt stort på det» og ikke ta opp alle småavvik med A-hus. Det er en mulighet å sende avvik via PLO-systemet tjenestekontoret har tilgang til via Geric, men erfaringen er at disse avviksmeldingene kun blir registrert, men ikke gjort noe med i praksis. Best erfaring har tjenestekontoret med å ta opp alvorlige eller gjentakende avvik i aktuelle samarbeidsfora kommunen har med A-hus.

Når det gjelder avviksmelding internt i kommunen, pekes det på at tjenestekontoret kun melder avvik i RiskManager. På kontoret har man i følge avdelingssjef over tid jobbet med å få de ansatte til å se viktigheten av å melde avvik, noe man også opplever at man er på god vei til å lykkes med. De ansatte skjønner at dette er viktig og nødvendig. De ansatte ved kontoret skal melde avvik både på seg selv og på andre dersom det oppleves som nødvendig. Når ting går galt er det viktig med tiltak i etterkant for å sikre at det ikke skjer igjen, og et viktig tiltak er at partene kommer sammen slik at alle får innblikk i hva som egentlig skjedde. Det pekes videre på at det er viktig med et godt tillitsforhold mellom tjenestekontoret og tjenestene, og gjennom gode tiltak i etterkant av uheldige situasjoner kan man unngå at det bygges opp en kultur der tjenestene tror at tjenestekontoret gjør feilvurderinger. Samhandling står sentralt.

Det oppgis videre at det er viktig at de ansatte vet hva slags avvik som skal meldes. Terskelen skal verken være lav eller høy, men riktig. Som eksempler trekkes det frem at der det er hms-fare, eller pasientfare skal avvik meldes. Avvikene må også være av en viss alvorlighet. Feil i saksbehandling bør også meldes, for eksempel om noen glemmer å sende forvaltningsmelding (foreløpig svar til søker ved lang saksbehandlingstid). Først må de ansatte «komme inn i» det å melde avvik og melde de mest alvorlige sakene, så «jobber man seg nedover». I denne prosessen opplever avdelingssjef og seniorrådgiver at tjenestekontoret har kommet et godt stykke på vei. Det viktigste



er likevel at det skjer noe i etterkant av meldt avvik. Dette skaper en kultur av åpenhet og trygghet om at informasjon ikke holdes skjult når ting går galt.

Avviksmodulen i RM oppleves som selvforklarende og enkel å bruke. Avviket går fra ansatt til avdelingssjef. Foreløpig opplever avdelingssjef det som noe utfordrende å få lukket avvikene i RM, men mener han kommer inn i dette etterhvert.

Revisjonen ble i en gjennomgang ved tjenestekontoret vist hvordan kontoret anvender avviksmodulen i RM. Selv om avviksmodulen i RM nå skal brukes, ble det pekt på at kontoret fortsatt må arbeide med å bygge en god kultur for å melde avvik. Det er viktig å sikre at det faktisk blir skrevet avvik. Ifølge avdelingssjef er det da viktig med gode holdninger og kjennskap til rutiner for avviksmelding.

### 5.5 Revisjonens vurdering

Det er i undersøkelsen lagt til grunn at tjenestekontoret skal ha implementert RiskManager, herunder tatt i bruk dokumentstyrings-, risiko- og avviksmodulen. Etter revisjonens vurdering har tjenestekontoret bare i begrenset grad tatt i bruk kommunens nye internkontrollsystem RiskManager (RM).

Når det gjelder dokumentstyringsmodulen legger revisjonen til grunn at tjenestekontorets internkontrollrutiner- og prosedyrer bør beskrive oppgave- og ansvarsfordeling, samt være samlet, tilgjengelig og oppdatert i RM. Undersøkelsen viser at en rekke av kontorets rutiner er samlet og gjort tilgjengelig i RM. Undersøkelsen viser også at rutiner og prosedyrer i tillegg lagres på flere andre ulike plattformer, herunder at dokumentene også må oppdateres og lagres i ePhorte. Revisjonen viser til at god integrasjon med ePhorte var en del av forutsetningen for at RM ble valgt som kommunens kvalitets- og internkontrollsystem. Undersøkelsen viser at dette enda ikke synes å være på plass ved tjenestekontoret.

Undersøkelsen viser ellers at avdelingssjef, i forbindelse med innlegging av dokumenter i RM, vil legge inn en kort beskrivelse av tjenestekontoret oppdrag samt oppgavefordeling ved kontoret.

Det legges videre til grunn i undersøkelsen at tjenestekontoret skal ha etablert rutiner for, samt dokumentert gjennomføring av risikovurderinger i RM. Undersøkelsen viser at kontoret kun kan dokumentere å ha gjennomført én risikovurdering, og heller ikke har kommet ordentlig i gang med å ta i bruk modulen for dette i RM. Revisjonen mener det er avgjørende for en god internkontroll at rutiner for jevnlig risikovurdering kommer på plass ved tjenestekontoret.

Et godt system for melding og oppfølging av avvik er viktig for å kunne lære av feil og redusere risiko. Undersøkelsen viser at det er lagt opp til at alle avvik ved tjenestekontoret skal meldes i RM. Revisjonen kan imidlertid ikke se at det er laget noen egen skriftlig rutine for dette. Undersøkelsen viser at det arbeides med å skape en god praksis og kultur for avviksmelding ved kontoret. Undersøkelsen viser i tillegg at enkeltavvik i samhandlingen med sykehus som meldes i PLO-meldingssystemet i liten grad blir gjort noe med, men at disse tas opp mer generelt i aktuelle samarbeidsfora. Det er etter revisjonens vurdering viktig at arbeidet med systematisk å melde og håndtere avvik, følges videre opp.

Revisjonen vil peke på at fremdriften i de ulike tjenesteområdene og virksomhetenes implementering av RM også er avhengig av god oppfølging fra overordnet nivå i kommunen. Overordnet nivå i kommunen har også ansvar for å påse at RM fungerer godt, og som forutsatt

## LITTERATUR- OG KILDELISTE

Helsedirektoratet 2017. *Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.* Oslo: Helsedirektoratet.

Romerike revisjon 16.10.18. Systemgjennomgang på Innsiden og i RiskManager.

Skedsmo kommune 2016. *Anskaffelse av Kvalitets- og internkontrollsystem.*

Skedsmo kommune 2017. *Tildelingskriterier for helse- og omsorgssektoren.*

Tjenestekontoret 2018. Organisasjonskart hentet fra tjenestekontorets presentasjon for kontrollutvalget 12.3.18.

Tjenestekontoret 26.6.18. Oversendelsesbrev i forbindelse med etterspurt dokumentasjon.

Tjenestekontoret 23.8.18. Referat fra intervju med avdelingssjef og seniorrådgiver ved tjenestekontoret.

Tjenestekontoret 13.9.18. Referat fra deltagende observasjon i forbindelse med inntaksmøte ved tjenestekontoret, samt systemgjennomgang med avdelingssjef og seniorrådgiver.

## VEDLEGG – RÅDMANNENS HØRINGSSVAR

**SKEDSMO KOMMUNE**  
Rådmann  
Helse- og sosialsektoren

**POSTADRESSE**  
Postboks 313 2001 Lillestrøm

**SENTRALBORD**  
66 93 80 00

**BESØKSADRESSE**  
Jonas Liesgt. 18 Lillestrøm

**TELEFAX**



SKEDSMO  
KOMMUNE

ROMERIKE REVISJON IKS  
Ringvegen 4  
2050 JESSHEIM

Unntatt offentlighet Offl. § 5

**DERES REF:**      **VÅR REF:**  
2018/19135

**SAKSBEHANDLER:**  
Cathrine GH Gundersen

**DATO:**  
02.11.2018

### Tilbakemelding på foreløpig revisjonsrapport - Forvaltningsrevisjon internkontroll ved Tjenestekontoret

Jeg viser til deres oversendelse av høringsutkast til rapport fra forvaltningsrevisjon om internkontroll ved Tjenestekontoret i Skedsmo kommune.

Vi har ingen særskilte bemerkninger til høringsutkastet, og mener at de beskrivelser som gis er gjenkjennbare. Vi vil arbeide med oppfølging av revisjonens funn og anbefalinger, slik at internkontrollen blir oppdatert og i tråd med god praksis.

Vi takker for godt samarbeid!

Med hilsen

Arild Hammerhaug  
Kommunaldirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent

**EPOSTADRESSE**  
skedsmo.kommune@skedsmo.kommune.no  
**HJEMMESIDE**  
www.skedsmo.kommune.no

**ORGANISASJONSNR**

**BANKGIRO**  
7101.05.02572

Løpenr.:124118/2018 Side 1 av 1



