



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

**KORTTIDSOPPHOLD I INSTITUSJON
TILDELINGSPRAKSIS OG INTERNKONTROLL**

FET KOMMUNE

MAI 2015

INNHold

SAMMENDRAG	I
Formål med prosjektet	i
Revisjonens oppsummering	i
Revisjonens samlede vurdering og konklusjon	iii
Anbefalinger	iii
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Formål for prosjektet	1
1.3 Avgrensninger og problemstillinger	2
1.4 Kilder til revisjonskriterier	2
1.5 Oppbygging av rapporten	3
2 Gjennomføring og metoder	4
2.1 Datainnsamling og datagrunnlag	4
2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet	4
3 Organisering og bemanning	6
3.1 Kommunens administrasjon	6
3.2 Tildelingskontoret	7
3.2.1 Bemanning	7
3.2.2 Oppgaver	7
3.3 Pålsetunet sykehjem	8
3.3.1 Administrasjon	8
3.3.2 Bemanning	9
3.3.3 Oppgaver	9
4 Revisjonskriterier	11
4.1 Tildeling av institusjonsplasser	11
4.1.1 Nødvendig helsehjelp – en rettslig minstandard	11
4.1.2 Kommunens skjønnsutøvelse ved tildeling av omsorgstjenester	12
4.1.3 Retningslinjer og kriterier for tildeling av institusjonsplasser	13
4.1.4 Funksjonsvurdering	14
4.1.5 Samhandling med sykehus	14
4.1.6 Vedtak og klage etter forvaltningsloven	15

4.1.7	Sammenfatning av revisjonskriterier	15
4.2	Internkontroll – tildeling av institusjonsplasser	15
4.2.1	Krav til å etablere internkontroll og til å dokumentere den	15
4.2.2	Sammenfatning av revisjonskriteriene	17
4.3	Styringsdata og rapportering	17
4.3.1	KOSTRA	17
4.3.2	IPLOS18	
4.3.3	Tidsbegrenset opphold og langtidsopphold	18
4.3.4	Sammenfatning av revisjonskriteriene	19
5	Tildeling Av institusjonsplasser	20
5.1	Innledning	20
5.2	Revisjonskriterier	20
5.3	Kriterier for tildeling av institusjonsplasser i Fet kommune	20
5.3.1	Helse- og omsorg- strategisk plan for Fet kommune 2015-2025	20
5.3.2	Fet kommunes kriterier for tildeling av institusjonsplass	22
5.3.3	Er tildelingskriteriene gjort kjent for innbyggerne?	23
5.4	Samhandlingsreformen	23
5.4.1	Avtaler mellom Fet kommune og Ahus	24
5.5	Saksbehandlingen ved tildeling av institusjonsplasser	25
5.5.1	Saksbehandlingsprosessen	28
5.5.2	Mottak av søknader fram hjemmeboende	29
5.5.3	Bruken av kriterier i saksbehandlingen	29
5.6	Samhandlingen om utskrivningsklare pasienter fra Ahus	30
5.6.1	PLO-meldingssystemet	30
5.6.2	Samhandlingen med Ahus via PLO-meldingssystemet	32
5.6.3	Utfordringer i samhandlingen med Ahus	34
5.7	Gjennomgang av enkeltsaker 2014	35
5.7.1	Fastsettelse av mål for oppholdet	36
5.7.2	Avslag på søknad om korttids plass	37
5.8	Bruken av IPLOS	38
5.9	Revisjonens vurdering	43
6	Internkontroll	46
6.1	Revisjonskriterier	46
6.2	Internkontrollen i Fet ved tildeling av institusjonsplasser	46

6.2.1 Bruken av kriterier og rutiner	49
6.3 Internkontroll IPLOS	50
6.4 Revisjonens vurdering	55
7 Rapportering og Styringsdata	56
7.1 Revisjonskriterier	56
7.2 Grunnlag for rapportering	56
7.3 Bruk av IPLOS som styringsdata	56
7.4 Reell bruk av plass i sykehjem	58
7.5 Revisjonens vurdering	58
LITTERATUR OG KILDEHENVISNINGER	59
FIGURER OG TABELLER	61
VEDLEGG: HØRINGSUTTALELSE FRA RÅDMANNEN	62

SAMMENDRAG

Formål med prosjektet

Formålet med prosjektet har vært å undersøke i hvilken grad kommunens praksis ved tildeling av korttidsopphold i institusjon bygger på faglige standarder og er i samsvar med krav til god saksbehandling.

Revisjonen ser i denne rapporten på følgende problemstillinger:

1. Er kommunens praksis for tildeling av institusjonsplasser forankret i faglige kriterier og er saksbehandlingen i samsvar med krav i forvaltningsloven?
2. Er det etablert en internkontroll som bidrar til å sikre god praksis ved tildeling av institusjonsplasser?
3. Følger kommunen retningslinjene og har den en tilfredsstillende praksis for regnskapsføring og rapportering av styringsindikatorer for tildeling av institusjonsplasser?

Revisjonens oppsummering

Praksis for tildeling av institusjonsplasser skal bidra til å sikre at kommunen holder seg innenfor lovens minstestandard for hjelp og for likebehandling ved vurdering av behov for hjelp. Dette krever at det er utarbeidet kriterier for tildeling av institusjonsplass, samt rutiner og prosedyrer for behandlingen av søknader om institusjonsplass. Det er i tillegg viktig at kommunen har etablert systemer som sikrer tilstrekkelig kunnskap om den enkeltes bistandsbehov.

Ansvar for tildeling av korttidsplass i institusjon i Fet kommune ligger hos Tildelingskontoret, som ble opprettet med virkning fra 1.9.2010. Administrativt er kontoret underlagt enhetsleder ved Pålsetunet. Vedtaksmyndighet for tildeling av institusjonsplasser er delegert fra enhetsleder på Pålsetunet til fagleder på Tildelingskontoret. Tildelingskontoret har også vedtaksmyndighet for hjemmetjenester, tjenester for funksjonshemmede og helsetjenester (psykisk helse).

Fet kommune har lagt til grunn LEON-prinsippet for tildeling av helse- og omsorgstjenester (Laveste effektive omsorgsnivå) i kommunen. Revisjonen har fått oversendt «Rutine: Kriterier for tildeling av korttidsopphold i institusjon». Kriteriene er utformet administrativt og beskriver hva formålet med et korttidsopphold i institusjon kan være og hvilke bistandsbehov hos søker som gjør et korttidsopphold aktuelt.

Kriteriene ligger i «kvalitetslosen»¹ i Fet kommune, men er ikke påtegnet dato eller formell godkjenning. Revisjonen har i tillegg fått opplyst at rutinen ikke lenger brukes. Det vises til at det er brukers behov og funksjonsevne og lovverket som ligger til grunn i vurderingene som gjøres. Det

¹ Fet kommunes kvalitetssystem.

pekes i tillegg på at det er vanskelig å lage kriterier for tildeling av ulike tjenester, fordi alle søknadene skal behandles individuelt og ingen saker er like.

Revisjonen har lagt til grunn at kriterier for tildeling av institusjonsplass vil bidra til at skjønnsutøvelsen skjer innenfor lovens rammer. Etter revisjonens vurdering vil tildelingskriterier også bidra til å sikre en ensartet forvaltningspraksis og dermed likebehandling i vurderingen av søknadene og søkeres tjenestebehov, selv om resultatet av vurderingen kan bli ulik fra sak til sak.

Revisjonen har videre lagt til grunn at tildelingskriteriene skal være åpent tilgjengelig for de som vil søke om plass på institusjon. Dette er viktig for at søkerne skal kunne forutberegne sin rettsstilling og vurdere grunnlaget for en eventuell klage. På kommunens hjemmeside vises det til at det skal være satt mål for korttidsoppholdet og at korttidsopphold i hovedsak er beregnet på hjemmeboende som av medisinske årsaker har behov for opptrening eller utredning av funksjonsevne. Revisjonen får opplyst at Fet kommune skal lansere nye hjemmesider 2015, med mer informasjon også om kommunens helse- og omsorgstjenester.

Revisjonens gjennomgang av søknader og enkeltvedtak om tildeling av korttidsopphold, eller avslag på søknad, viser at saksbehandlingen i all hovedsak er i samsvar med formkrav i forvaltningsloven. Det fremgår av vedtakene hva som er hensikten og målet for oppholdet. Vedtakene om avslag beskriver tydelig hvilke hensyn tildelingskontoret har lagt vekt på ved vurderingen av søknadene og begrunnelsen for avslaget er gjennomgående formulert på en forståelig måte.

Samhandlingsreformen som ble innført 1.1.2012 gir kommunene et større ansvar for å etablere et tilbud for utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Viktig for å sikre en forsvarlig tildelingspraksis for utskrivningsklare pasienter fra Ahus er god informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune. Undersøkelsen viser at det elektroniske meldingssystemet PLO stort sett oppleves å fungere bra. Samtidig viser den at det også er noen utfordringer i samhandlingen med sykehuset mer generelt, blant annet når det gjelder informasjon om pasientenes funksjonsnivå.

Gjennomgangen av enkeltvedtak viser at gjennomsnittlig saksbehandlingstid er kortere for utskrivningsklare pasienter fra Ahus enn for hjemmeboende søkere. Den viser også at utskrivningsklare pasienter fra Ahus får plass på institusjon samme dag som de blir utskrevet, mens hjemmeboende søkere i gjennomsnitt starter oppholdet 8 dager etter at søknad er mottatt. Dette er naturlig i og med at utskrivningsklare pasienter i mange tilfeller er dårligere enn hjemmeboende søkere. Revisjonen vil likevel peke på at risikoen for ikke å få et forsvarlig helse- og omsorgstilbud dermed synes å være mindre for søkere som skrives ut fra sykehus enn for hjemmeboende søkere.

Alle kommuner er pålagt å registrere i IPLOS, som er et elektronisk registreringssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester med standardiserte variabler. IPLOS-data skal bidra til å gi bedre kunnskap om ressurs- og bistandsbehovet til den enkelte bruker og gi styringsinformasjon for tjenesten og kommuneledelsen. Undersøkelsen viser at lederne i helse- og omsorgstjenesten i begrenset grad oppfatter IPLOS-data som et godt grunnlag for beslutninger på strategisk nivå. Den viser også varierende praksis når det gjelder registrering i IPLOS og at IPLOS i begrenset grad

oppleves som et nyttig verktøy for å kartlegge og vurdere den enkeltes bistandsbehov. Revisjonen har fått opplyst at IPLOS-data ikke brukes i vurderingen av behov for tildeling av korttidsopphold. Undersøkelsen viser i tillegg at det er et potensiale for å styrke opplæringen og veiledningen av ansatte i kommunens helse- og rehabiliteringstjeneste som registrerer i IPLOS.

En god og velfungerende internkontroll er viktig for å sikre at praksis for tildeling av institusjonsplasser holder seg innenfor lovens minstestandarder for bistand og for likebehandling av søkere. Revisjonens vurdering er at det i Fet kommune i all hovedsak er etablert en internkontroll for tildeling av institusjonsplass som kan sies å oppfylle sentrale kriterier til god internkontroll.

Samtidig er det etter revisjonens vurdering også en del svakheter ved denne. Blant annet er enkelte rutiner ikke blitt oppdatert i samsvar med fastsatt dato, flere rutiner mangler informasjon om oppdatering, eller har ingen formell godkjenning. Enkelte rutiner fastsetter ikke ansvar for funksjonen rutinen beskriver og mange rutiner beskriver ikke praksis for håndtering av avvik.

Kommunen synes å sikre grunnlag for korrekt rapportering av regnskap og tjenestedata.

Revisjonens samlede vurdering og konklusjon

Fet kommune har etablert en forvaltningspraksis for tildeling av korttidsopphold i institusjon som bygger på et anerkjent prinsipp for tildeling av helse- og omsorgstjenester (LEON-prinsippet). Saksbehandlingen er i hovedsak i samsvar med sentrale krav i forvaltningsloven og legger til rette for likebehandling i vurderingen av søknader.

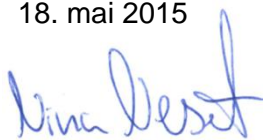
Etter revisjonens vurdering kan det imidlertid stilles spørsmål ved i hvilken grad forvaltningspraksis bygger på tildelingskriterier som er dokumenterte og gjort tilgjengelig for kommunens innbyggere. Det er etter revisjonens oppfatning også svakheter ved internkontrollen på området.

Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen blir revisjonens anbefalinger:

1. Det bør avklares hvilke kriterier som faktisk legges til grunn for tildeling av korttidsopphold i institusjon og disse bør på egnet måte gjøres tilgjengelig for kommunens innbyggere.
2. Internkontrollen for tildeling av korttidsopphold bør oppdateres.
3. Det bør vurderes tiltak for å styrke bruken av IPLOS-data både i funksjonsvurderingen av søkere og som kilde til styringsinformasjon om helse- og omsorgstjenesten. Det bør i tillegg vurderes tiltak for å styrke opplæringen av ansatte som registrerer i IPLOS.

18. mai 2015



Nina Neset
Revisjonssjef



Oddny Ruud Nordvik
avdelingsleder forvaltningsrevisjon
og selskapskontroll

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Med utgangspunkt i plan for forvaltningsrevisjon 2013-2015, vedtatt av kommunestyret i Fet 10.12.2012, ble det i 2013/2014 gjennomført en forvaltningsrevisjon av institusjonstjenesten (Pålsetunet) i Fet. I møte i kontrollutvalget 29.4.2014 (sak 21/2014) ble det stilt spørsmål om en del II i forvaltningsrevisjonen av Pålsetunet, som skulle omfatte kriterier for tildeling av institusjonsplass.

I møtet orienterte revisjonen om at også kontrollutvalgene i Aurskog-Høland og Nes kommuner har vedtatt å gjennomføre forvaltningsrevisjoner innenfor temaet samhandlingsreformen og institusjonstjenesten. De tre kontrollutvalgene har vært positive til å samordne revisjonene. Det ble derfor lagt opp til vedtak av en likelydende prosjektplan for alle de tre kommunene, med utarbeidelse av en egen rapport for hver kommune.

Forvaltningsrevisjonsrapporten «Samhandlingsreformen og korttid/deltid» ble lagt fram for kontrollutvalget 30.09.2014. Kontrollutvalget vedtok i samme møte prosjektplan for del II av en undersøkelse innenfor temaet institusjonstjenesten i Fet.

Undersøkelsen er gjennomført i perioden oktober 2014 til april 2015 av Lars-Ivar Nysterud, Inger Berit Faller, Ragnhild Grøndahl Faller og Øyvind Nordbrønd Grøndahl.

1.2 Formål for prosjektet

Formålet med prosjektet har vært å undersøke i hvilken grad kommunens praksis ved tildeling av korttidsopphold i institusjon bygger på faglige standarder og er i samsvar med krav til god saksbehandling.

Kommunene plikter å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere. Dette kan omfatte ulike hjelpetiltak som helsetjenester i hjemmet, ulike former for praktisk bistand og plass for kortere eller lengre tid i institusjon. Hvilke tiltak 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.

Praksis for tildeling av institusjonsplasser skal bidra til å sikre at kommunen holder seg innenfor lovens minstestandard for hjelp og for likebehandling ved vurdering av behov for hjelp. Dette krever at det er utarbeidet kriterier for tildeling av institusjonsplass, samt rutiner og prosedyrer for behandlingen av søknader om institusjonsplass. Det er i tillegg viktig at kommunen har etablert systemer som sikrer tilstrekkelig kunnskap om den enkeltes bistandsbehov og eventuelle endringer i behovet. Slik kunnskap er viktig også for kommunens interne styring og planlegging på området og for muligheten til å sammenligne tjenestetilbud og tildelingspraksis i ulike kommuner.

Tildelingen av institusjonsplasser påvirkes i stor grad av Samhandlingsreformen som ble innført 1.1.2012. Reformen gir kommunene et større ansvar for å etablere et tilbud for utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Viktig i den sammenheng er at det etableres gode systemer og rutiner for utveksling av informasjon om pasienter mellom kommune og sykehus. Kravene til god praksis for tildeling av institusjonsplass er ellers de samme for utskrivningsklare pasienter fra sykehus og hjemmeboende søkere.

1.3 Avgrensninger og problemstillinger

Undersøkelsen er avgrenset til praksis for tildeling av korttidsplasser. Langtidsplass i sykehjem tildeles sjeldent direkte og vanligvis etter ett eller flere korttidsopphold. Samhandlingsreformen og tidligere utskrivning av pasienter fra sykehus, forsterker behovet for å ha ledige korttidsplasser.

Følgende problemstillinger er lagt til grunn i undersøkelsen:

1. Er kommunens praksis for tildeling av institusjonsplasser forankret i faglige kriterier og er saksbehandlingen i samsvar med krav i forvaltningsloven?
2. Er det etablert en internkontroll som bidrar til å sikre god praksis ved tildeling av institusjonsplasser?
3. Følger kommunen retningslinjene og har den en tilfredsstillende praksis for regnskapsføring og rapportering av styringsindikatorer for tildeling av institusjonsplasser?

Problemstilling 1 fokuserer på kommunens praksis ved tildeling av institusjonsplasser. Revisjonen legger ikke opp til å gi noen vurdering av enkeltsaker, men vil analysere kommunens praksis på overordnet nivå, og vurdere denne opp mot kommunens egne tildelingskriterier og generelle krav til saksbehandling nedfelt i forvaltningsloven. Problemstillingen omfatter også kommunens tildelingspraksis når det gjelder utskrivningsklare pasienter fra Ahus.

Problemstilling 2 undersøker om kommunen har god internkontroll på området, dvs. om de rutiner og prosedyrer som er etablert for saksbehandlingen tilfredsstillende generelle krav til god internkontroll. Problemstilling 3 ser nærmere på grunnlaget for regnskapsføring og rapportering av styringsinformasjon, herunder om registeret for kommunale helse- og omsorgstjenester (IPLOS) brukes som styringsinformasjon av kommuneledelsen og helse- og omsorgstjenesten.

1.4 Kilder til revisjonskriterier

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de krav, normer og /eller standarder som benyttes som grunnlag for revisjonens vurderinger. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i og utledet fra autoritative kilder innenfor det reviderte området.

Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er utledet fra følgende kilder:

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

- Forskrift om verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om rapportering fra kommuner og fylkeskommuner
- Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk
- Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester

- Samarbeidsavtaler mellom Ahus og opptakskommunene
- Styringsdokumenter, planer og retningslinjer for helse- og omsorgstjenesten i Fet kommune
- Statlige retningslinjer og veiledere for registrering i KOSTRA og IPLOS
- Prp. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Juridisk faglitteratur

1.5 Oppbygging av rapporten

Kapittel 2 beskriver hva slags metoder som er benyttet i undersøkelsen. I kapittel 3 gis en samlet fremstilling av revisjonskriteriene som ligger til grunn for undersøkelsen.

Kapittel 4 gir en oversikt over organisering og bemanning av enhetene som har ansvar for tildeling av institusjonsplasser. I kapittel 5 undersøkes nærmere kommunens praksis for deling av institusjonsplasser, mens kapittel 6 beskriver internkontrollen på området. Kapittel 7 omhandler grunnlaget for rapportering og kommunes bruk av styringsinformasjon.

Etter hvert av kapitlene følger revisjonens vurdering. Revisjonens samlede vurdering og anbefalinger er plassert i sammendraget først i rapporten.

2 GJENNOMFØRING OG METODER

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til RSK 001 *Standard for forvaltningsrevisjon* fastsatt av Norges kommunerevisorforbund. Undersøkelsen bygger på tilgjengelig statistikk, dokumentanalyse, intervjuer/epost-kommunikasjon og spørreundersøkelser.

2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

For å besvare problemstillingen i rapportens kapittel 5 om praksis ved tildeling av institusjonsplasser, er det innhentet dokumentasjon på tildelingskriterier og saksbehandlingspraksis fra tildelingskontoret i Fet. Revisjonen har også gjennomgått kommunens helse- og omsorgsplan 2015-2025, virksomhetsplan for Pålsetunet 2015, samt dokumentasjon om Samhandlingsreformen.

Aktuell statistikk er innhentet fra Ahus og tildelingskontoret i Fet. Det er i gjennomført to intervjuer, ett med fagleder ved tildelingskontoret og systemrådgiver helse- og omsorg, og ett intervju med leder for Samhandlingsavdelingen på Ahus. Videre har revisjonen innhentet og analysert totalt 26 søknader/vedtak om korttidsplass på Pålsetunet med tilhørende dokumentasjon. Det er gjennomført to spørreundersøkelser om helse- og omsorgstjenestene i Fet sin bruk av helse- og omsorgsregisteret IPLOS. Én undersøkelse ble rettet mot ansatte som registrerer i IPLOS, mens den andre undersøkelsen ble rettet mot ledere innenfor helse- og omsorgstjenesten.

For å besvare problemstillingen i rapportens kapittel 6 om internkontroll er interne retningslinjer og rutiner fra tildelingskontoret i Fet kommune analysert. Kapitlet bygger ellers på intervjudataene og spørreundersøkelsene om IPLOS. Svarene fra spørreundersøkelsene er også brukt i kapittel 7 om bruken av IPLOS som styringsinformasjon i helse- og omsorgstjenesten.

2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet

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

All relevant dokumentasjon stammer fra og er oversendt fra tildelingskontoret i Fet, som har ansvaret for tildeling av institusjonsplasser i kommunen. Intervjuene er gjennomført med ansatte ved kontoret og avdelingen ved Ahus som har ansvaret for samhandlingen med kommunen om utskrivningsklare pasienter. Intervjuene blitt gjennomført etter en intervjuguide utarbeidet på forhånd. Samtlige referater fra intervjuene er verifisert/godkjent i etterkant.

De 26 søknadene/vedtakene om korttidsplasser på Pålsetunet ble oversendt revisjonen fra tildelingskontoret i Fet kommune og er fra perioden 1.1.2014 – 17.11.2014. Hovedvekten av de positive vedtakene kommer fra første halvår 2014. Tildelingskontoret ble bedt om å velge ut totalt 20 positive vedtak, og da de to første positive vedtakene i hver måned for både hjemmeboende søkere og utskrivningsklare pasienter fra Ahus. I tillegg fikk revisjonen oversendt seks av i alt 13 avslag på

søknad om institusjonsplass i perioden, herunder avslag på søknad om avlastningsopphold. Revisjonen har således undersøkt ca. 11 prosent av vedtakene om korttidsopphold for hele 2014, og 46 prosent av avslagene på korttidsopphold i 2014.

Revisjonen mener at gjennomgangen av de 26 søknadene og vedtakene om tildeling av korttidsplass gir et rimelig representativt bilde av saksbehandlingsprosessen. Saksbehandlingsprosessen i Fet er dessuten i stor grad standardisert i form av skjemaer og arbeidsrutiner knyttet til mottak av søknader til institusjonsplass/korttidsplass.

Spørreundersøkelsen om IPLOS-registrering ble gjennomført med bruk av programmet Questback. Svarandelen på undersøkelsen rettet mot ansatte som registrerer i IPLOS var 14 av 31, og undersøkelsen rettet mot ledere i helse- og omsorgstjenesten fikk svar fra 7 av 10.

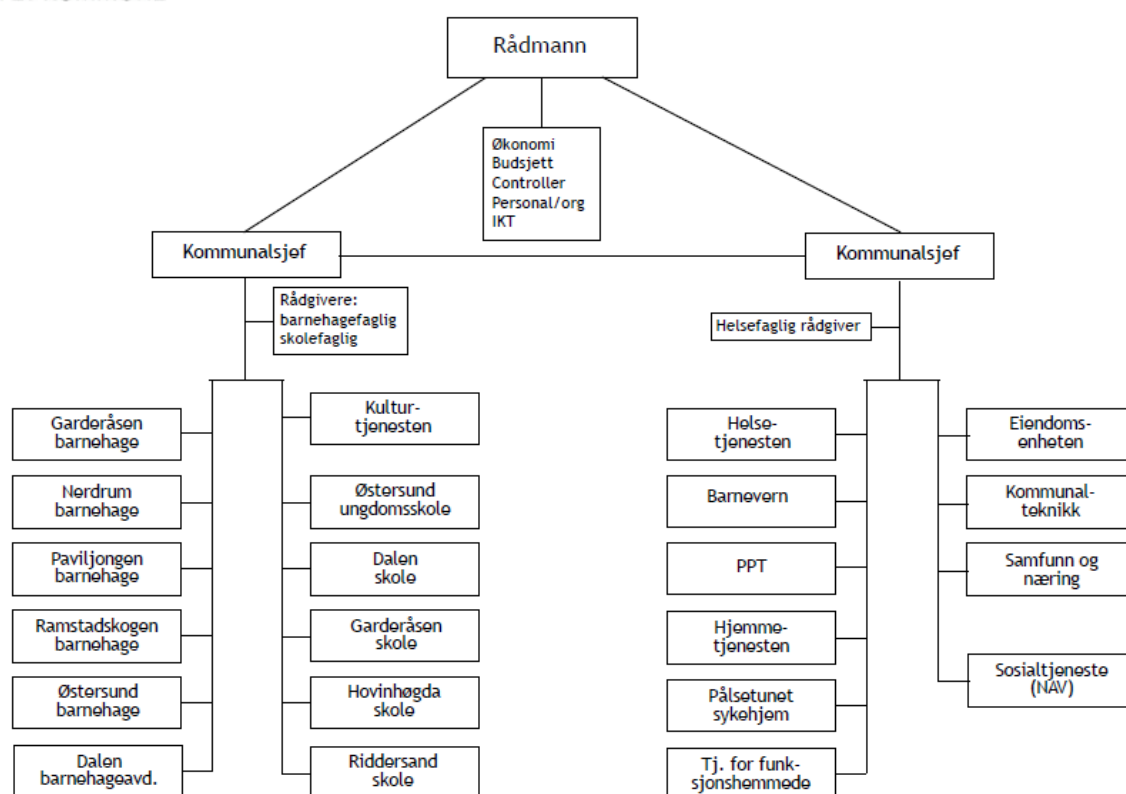
En svarandel på litt under halvparten av ansatte som registrerer i IPLOS kan synes noe lavt. Det er imidlertid ikke systematiske skjevheter i frafallet. Frafalloversikten på avdelingsnivå viser at det kun er innenfor hjemmetjenesten at svarandelen er svært lav. For de andre avdelingene er svarandelen relativt lik. Revisjonen mener derfor at spørreundersøkelsene gir et godt grunnlag for å beskrive bruken av IPLOS i Fet kommune.

3 ORGANISERING OG BEMANNING

3.1 Kommunens administrasjon

Rådmannen har det overordnede ansvaret for organisering og administrasjon av helse- og omsorgsfeltet og tilhørende tildeling av institusjonsplasser i Fet. Kommunen har to kommunalsjefer under rådmannen hvorav den ene har ansvar for sektor helse- og omsorg, samt kommunens eiendomsenhet, tekniske avdelinger, samfunn og næringsenhet og NAV. Under kommunalsjefen er helsefaglig rådgiver og de ulike enhetene, innenfor både helse- og omsorgssektoren og teknisk sektor. Oppgave- og ansvarsfordelingen i Fet kommune framgår av organisasjonskartet under.

Figur 1 Organisasjonskart Fet kommune



Fetsund 02.04.13

Kilde: Fet.kommune.no

Rådgiver helse og omsorg skal sørge for oppdatert styringsinformasjon til administrativ og politisk ledelse slik at de har den informasjonen de trenger for å utvikle god kvalitet i kommunens helse- og omsorgstjenester i henhold til gjeldende lov, regelverk og sentrale styringssignaler. Rådgiveren skal samarbeide tett med kommunalsjefen for å ivareta utviklingen i helse og sosialtjenesten slik at den er i samsvar med brukernes behov og gjeldende regelverk. Rådgiveren har også en koordinerende rolle ved enhetsovergrepene saker innenfor helse og omsorgsfeltet. For enhetsovergrepene saker i

Fet kommune ligger ansvaret hos Tildelingskontoret. Det vises ikke på kommunens egne organisasjonskart (vedlegg I) eller i Pålsetunets organisasjonskart (vedlegg II), men det er ved kontoret tildeling av institusjonsplasser og omsorgstjenester i Fet kommune finner sted.

3.2 Tildelingskontoret

Tildelingskontoret ble opprettet med virkning fra 1. september 2010. Administrativt er kontoret underlagt enhetsleder Pålsetunet, med egen avdelingsleder. Enhetsleder på Pålsetunet har oppfølgingsansvar for kontoret. Tildelingskontoret ligger også fysisk på Pålsetunet. Vedtaksmyndighet for tildeling av institusjonsplasser på sykehjem er delegert fra enhetsleder på Pålsetunet til fagleder på Tildelingskontoret. Tildelingskontoret har også vedtaksmyndighet for hjemmetjenester, tjenester for funksjonshemmede og helsetjenester (psykisk helse).

3.2.1 Bemanning

Kontoret hadde i 2014 4,55 årsverk, noe som inkluderer fagleder, økonomikonsulent og saksbehandlere med helsefaglig kompetanse (Budsjett 2014 side 80).

Tabell 1 Årsverk ved Tildelingskontoret

Årsverk ved Tildelingskontoret				
	2011	2012	2013	
Fagleder	1,00	1,00	1,00	
Økonomikonsulent	0,50	0,63	0,63	
Saksbehandlere	2,85	2,85	2,99	
Sum årsverk	4,35	4,47	4,62	

Årsverk på tildelingskontoret (Budsjett 2014, side 80). Tilsvarende budsjetterte stillinger i opprinnelig budsjett for 2011, 2012 og 2013.

3.2.2 Oppgaver

Tildelingskontoret mottar søknad om helse- og omsorgstjenester fra brukere og pårørende, kartlegger behov og bestiller de tjenester bruker har behov for. Tildelingskontoret fattet vedtak om tjenester for Hjemmetjenesten, Pålsetunet institusjon, Tjenesten for funksjonshemmede, og Helsetjenesten (rus og psykisk helse). I tillegg bestemmer også Tildelingskontoret tjenestenes hyppighet og omfang. Dersom bruker har behov for å klage, er Tildelingskontoret behjelpelig med å fremføre klagen (Strategisk helse- og omsorgsplan 2015-2025, side 11).

Tildelingskontoret har blant annet ansvar for å (Budsjett 2014, side 79):

- Sikre god kvalitet på enkeltvedtak gjennom helsefaglige og juridiske vurderinger på individnivå;
- Sikre likebehandling av søkere på kommunale tjenester;
- Ha ansvar for at fagsystemet Profil er oppdatert;
- Ha ansvar for avviksmeldinger i forhold til spesialisthelsetjenesten;

- Ha koordineringsansvar for pasienter innlagt i sykehus (PLO-meldinger).

Samhandlingsreformen har ført til flere nye arbeidsoppgaver for kontoret, som har blitt koordinerende enhet for Fet kommune mot Ahus. Dette omfatter utskrivningsklare pasienter og pasienter innlagt til medisinsk behandling (Regnskap, årsberetning og årsrapport 2013). Fra 01.01.12 fikk Tildelingskontoret ansvaret for å følge opp utskrivningsklare pasienter fra Ahus.

3.3 Pålsetunet sykehjem

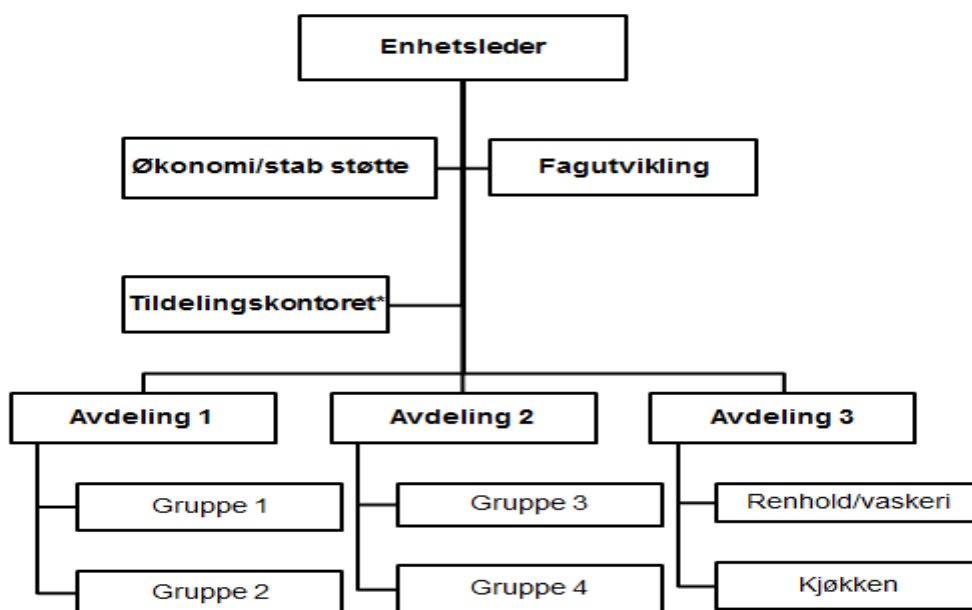
Ifølge Strategisk helse- og omsorgsplan 2015-2025 (side 18) bør kommunen ha et differensiert tilbud med kapasitet til å ta i mot nye brukere. I Fet kommune er administrasjonen av de forskjellige helse- og omsorgstjenestene i stor grad samlokalisert på Pålsetunet bo- og servicesenter. Pålsetunet bo- og servicesenter består av et sykehjem med 53 plasser, 35 omsorgsboliger og et dagsenter for eldre. Omsorgsboligene og dagsenteret er organisert under hjemmetjenesten. I denne omgang er det naturlig at revisjonen fokuserer på sykehjemmet Pålsetunet. Pålsetunet er kommunens eneste sykehjem.

3.3.1 Administrasjon

Sykehjemstjenesten i Fet er organisert i én enhet, Pålsetunet, som ledes av en enhetsleder. Sykehjemmet består av:

- en korttidsenhet med 14 plasser. Korttidsavdelingen tar imot pasienter til korttidsopphold, avlastnings- og opptreningsopphold, og for utredning av pasientens videre omsorgsbehov;
- kommunen har planlagt at 4 av de 14 plassene på korttidsavdelingen brukes til avlastningsopphold.
- langtidsavdeling for demente med 24 plasser;
- somatisk langtidsavdeling med 15 plasser.

Figur 2 Organisasjonskart Pålsetunet



Organisasjonskart over Pålsetunet. *Tildelingskontoret ligger under enhetsleder Pålsetunet, men har også delegert vedtaksmyndighet fra de for øvrige helse- og omsorgstjenestene i Fet.

3.3.2 Bemanning

Det var 51,8 årsverk på Pålsetunet i 2012. Fra 2013 ble bemanningen økt til 53,8 årsverk. Av disse er 41,53 årsverk i pleien. I 2014 ble bemanningen ytterligere økt til 57,1 årsverk. Som det kommer fram i figuren under er alle årsverk på nattarbeid organisert under hjemmetjenesten. Natttjenesten for hjemmetjeneste og institusjon bestod i 2014 av 11,2 årsverk (Budsjett 2015, side 100).

Tabell 2 Årsverk Pålsetunet

Årsverk på Pålsetunet sykehjem					
	2011	2012	2013	2014	Kommentarer
Sykepleier	10,40	11,23	12,23	12,49	Alle årsverk i natt er organisert i hjemmetjenesten, og framkommer i årsoversikt der.
Hjelpepleier/pleiemedarb.	29,82	28,30	29,30	32,01	
Sum pleieårsverk	40,22	39,53	41,53	44,5	
Årsverk kjøkken	4,30	4,30	4,30	4,30	
Årsverk renhold/drift	4,17	4,40	4,40	4,40	
Lege	0,50	0,50	0,50	0,50	
Administrasjon og ledelse	1,70	3,07	3,07	3,07	
Sum årsverk i alt	50,9	51,8	53,8	57,1	

Kilde: Budsjett 2015, side 95.

3.3.3 Oppgaver

Formålet til Pålsetunet «er å gi brukere i institusjon individuell og kontinuerlig pleie og omsorg ut fra den enkeltes ressurser og behov, slik at den enkelte bruker har en opplevelse av best mulig livskvalitet» (Budsjett 2014, side 83). Pålsetunet har som nevnt en korttidsavdeling og tre langtidsavdelinger hvorav to er skjermede avdelinger for demente og en er for somatiske pasienter.

Tabell 3 Antall institusjonsplasser Påsetunet

Institusjonsplasser på Påsetunet sykehjem					
	2011	2012	2013	2014	Kommentarer
Langtidsplasser, somatikk	12	12	15	15	
Langtidsplasser, skjermet demens	12	12	12	12	
Langtidsplasser demens	12	12	12	12	
Korttidsplasser	14	14	14	14	
Sum plasser	50	50	53	53	Vedtatt antall plasser fra 2014: 53
Antall enkeltrom	46	46	43	43	
Antall dobbeltrom	2	2	5	5	

Kilde: Budsjett 2015, side 95.

Korttidsoppholdene varierer i tid, og er i hovedsak beregnet på pasienter som av medisinske årsaker har behov for opptrening, vurdering og utredning. Fire av de fjorten plassene er satt av til avlastningstilbud. Ved tildeling av korttidsopphold skal det være satt mål for oppholdet. Korttidsavdelingen på Påsetunet har også et tilbud om palliativ behandling ved livets slutt.

Pasientene på demensavdelingen skal være utredet og ha en diagnose. På den ene avdelingen er det fire forsterkede plasser, et tilbud til pasienter med behov for lite miljø og mulighet til skjerming fra andre pasienter. På somatisk langtidssavdeling kan pasientene ha ulike diagnoser, men de skal i utgangspunktet ikke ha atferdsmessige utfordringer eller behov for miljøtiltak (Strategisk helse- og omsorgsplan 2015-2025 side 19).

4 REVISJONSKRITERIER

4.1 Tildeling av institusjonsplasser

Kommunen plikter å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere. Helsetjenester kan være alt fra fastlegeordning til hjemmesykepleie, mens omsorgstjenester ofte består av hjemmehjelp eller annen praktisk bistand.

Det viktigste regelverket som skal sikre innbyggerne de omsorgs- og helsetjenester de trenger er helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. I tillegg er saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven sentrale.

Noen av helse- og omsorgstjenestene er knapphetsgoder i den forstand at det er flere som ønsker en konkret tjeneste enn det kommunen kan tilby. Regelverket er innrettet slik at søkerne kan ha krav på hjelp, men det er en konkret og faglig skjønnsmessig vurdering som ligger til grunn for hvilken type hjelp man får tilbud om. Tilbudet om hjelp skal fattes som et vedtak som søkeren har klagerett på etter forvaltningsloven.

4.1.1 Nødvendig helsehjelp – en rettslig minstestandard

I lov om lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter § 2-1 (pasient- og brukerrettighetsloven) slås det fast at alle som har behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester har krav på dette. Det betyr at dersom det er behov for hjelp, har kommunen plikt til å yte den hjelp som blir ansett som nødvendig.

Hjelpetrengende mennesker vil kunne ha behov for ulike hjelpetiltak. Kommunene må derfor ha ulike tjenestetilbud. Lov 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2 første ledd nr. 6 lister opp de ulike tjenester kommunen skal kunne tilby. De viktigste i denne sammenheng er:

- helsetjenester i hjemmet
- personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- plass i institusjon, herunder sykehjem og
- avlastningstiltak.

Eksempler på helsetjenester i hjemmet kan i denne sammenheng typisk dreie seg om hjemmesykepleie, mens personlig assistanse herunder praktisk bistand og opplæring typisk kan være hjemmehjelp for eldre. Avlastningstiltak kan gis på flere måter for å avlaste den pårørende og kan det i denne sammenheng gis slik at den som trenger omsorgen får tilbud om et korttidsopphold på sykehjem.

Det vil være vilkårene i pasient- og brukerrettighet loven § 2-1 om at det skal være behov for hjelpen som er avgjørende for om en søker har rettslig krav på hjelp. Det stilles ikke noen vilkår i loven om en særlig diagnose, form på funksjonsnedsettelsen, eller en særlig årsak til dette ut over at bistand

og hjelp skal være *nødvendig*. Kommunen står selvsagt fritt til å yte hjelp selv om en person ikke skulle ha rettslig krav på dette etter reglene.

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». Det er med andre ord opp til kommunens skjønn, men det er et krav om at hjelpen skal være forsvarlig. Med andre ord er det en *minstestandard* for hva kommunen kan tilby. Beveger man seg under denne grensen bryter kommune søkerens *rettslige krav* på *nødvendig* hjelp. Dette står sentralt når fagfolk skal vurdere tjenestetilbudet som skal gis den enkelte og det er derfor behov for å utdype dette nærmere i et eget punkt nedenfor.

4.1.2 Kommunens skjønnsetelse ved tildeling av omsorgstjenester

Forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven er en viktig kilde for å utdype hva som er kommunens plikt når det gjelder å tilby innbyggerne nødvendig helsehjelp. I prp. 91 L (2010-2011) på side 345 heter det:

Det innebærer at ny rettighetsbestemmelse etter pasientrettighetsloven § 2-1 a gir rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette skal tolkes slik at pasient og bruker har krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp på et overordnet nivå, og omfang og nivå på hjelpen må derfor foretas etter en konkret vurdering. Det avgjørende må være den hjelpetrequendes behov ut i fra en helse- og sosialfaglig vurdering. I vurderingen må behovet til den enkelte veies opp mot fellesskapets behov, og det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Det er imidlertid en minstestandard som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. Det vises i den forbindelse til «Fusa-dommen» Rt.1990 s.874.

Dette innebærer at tildelingskontoret som treffer vedtak om institusjonsplass i en kommune 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 med andre ord ikke rettslig krav på en spesifikk tjeneste, men en tjeneste som er forsvarlig og nødvendig.* I tillegg skal tas hensyn til den enkelte pasients ønsker og synspunkter.

I Prop. 91 L s. 345, står det følgende om forvaltningsskjønnet og pasientens rettigheter:

Selv om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp har vedkommende i utgangspunktet ikke krav på en bestemt type hjelp fra kommunen. Det er med andre ord ikke slik at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp kan kreve en tjeneste som kommunen etter kommunehelsetjenesteloven er forpliktet til å ha et tilbud om for eksempel sykehjemsplass. Det er i utgangspunktet opp til kommunen eller det enkelte helsepersonell å bestemme hva slags hjelp som skal tilbys, ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har. Slik sett kan en kommune fatte vedtak om tilbud om hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester, fremfor vedtak om tildeling av sykehjemsplass under forutsetning at dette er forsvarlig.

Kommunen står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsene i lovene er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til pasientens ønsker og synspunkter. I tillegg må formen for tjenesteyting være

forsvarlig. Det vil si at dersom for eksempel en sykehjemsplass er eneste alternativ for at hjelpen er å anse som forsvarlig, vil vedkommende pasient ha et rettskrav på sykehjemsplass. Hva som er å anse som forsvarlig vil være en helsefaglig vurdering i det konkrete tilfellet.

I tillegg til at det er satt en absolutt skranke for skjønnsutøvelsen ved at man ikke kan gå under en minstestandard, er det gitt noen føringer gjennom loven selv og forskrifter. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd litra b) at pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud.

Begrepet verdig tjenestetilbud er utdypet i § 2 i forskrift om verdig eldreomsorg av 12. november 2010 nr. 1426 (verdighetsforskriften):

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov.

4.1.3 Retningslinjer og kriterier for tildeling av institusjonsplasser

Som vi har vært inne på i punktene over er dette et område der kommunen er tildelt en viss grad av skjønn med hensyn til hva et vedtak skal gå ut på. Skjønnen er ikke helt fritt, og hva som er ansett som faglig forsvarlig vil veie tungt. Hva som vil være faglig forsvarlig vil være det som til en hver tid er gjeldende og allment faglig akseptert på et område.

At skjønnsutøvelsen 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 også at det er etablert rutiner på flere nivå.

I tillegg kommer de politiske prioriteringene som blir gjort og som administrasjonen skal følge. Disse kan være nedfelt i planverk for sektoren og det er vanlig i kommunesektoren i dag å ha utarbeidet f.eks. en omsorgsplan for en gitt periode². Det er også vanlig å ha etablert prinsipper for tildeling av helse- og omsorgstjenester og faglige kriterier for tildeling av plass i institusjon. Mye brukte prinsipper for tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunene er såkalte «omsorgstrapper», bygget på LEON (laveste effektive omsorgsnivå) eller BEON (beste effektive omsorgsnivå).

Det er i denne sammenheng verdt å merke seg at forvaltningens skjønnsutøvelse også er styrt av generelle ulovfestede regler. Likhetsprinsippet er særlig viktig i denne sammenheng. Eckhoff og Smith (1997:62 jfr.69-70) og Bernt og Rasmussen (2003:87-88) viser til at det er vanskelig å avgjøre entydig hvordan likhet skal vurderes, og i forhold til hvem. Det trekkes imidlertid en linje til rettssikkerhetsbegrepet og prinsippet om at den enkelte skal være beskyttet mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side, og at han/hun skal ha muligheter for å forutberegne sin rettsstilling og forsvare sine rettslige interesser. I dette perspektivet knyttes forståelsen av

² Kan inngå i kommunens samlede planbehov, jf. lov 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling § 10-1 kommunal planstrategi.

likhetsbegrepet til forvaltningens anvendelse av rettsregler, som et krav om at slike regler i utgangspunktet skal anvendes likt, og at reglene skal danne grunnlaget for hva som kan og ikke kan behandles forskjellig.

Det er med andre ord også viktig at kommunene tilkjenner hva de legger vekt på og hvordan kommunene prioriterer når de tildeler institusjonsplasser. For at søkerne skal kunne forutberegne sin rettsstilling er det viktig at disse prinsippene er nedfelte og tilgjengelige for søkerne. Kriteriene bør på samme måte være tilgjengelig for pårørende og innbyggerne i kommunen for øvrig. Dette vil kunne ivareta hensynet til tilgjengelig tjenester og rettferdig fordeling. Brukere med like behov skal få et tilbud med samme innhold og kvalitet. Det er likevel viktig å være klar over at likt tilbud ikke nødvendigvis gir likt resultat. Rettferdig fordeling forutsetter en åpen prioritering av tjenestene ved at man tilkjenner sine kriterier. Dessuten er det viktig at saksbehandlere i kommunen har gode kriterier for utøvelse av sitt skjønn. Dette vil bidra til å sikre likebehandling av søkere og til at søkere som får avslag lettere vil kunne vurdere om det er grunnlag for å klage på avslaget.

Det legges i undersøkelsen til grunn at kommunen legger faglige standarder og kriterier til grunn for tildelingen av institusjonsplass.

4.1.4 Funksjonsvurdering

Kriteriene for å få tildelt ulike helse- og omsorgstjenester knyttes ofte til overgangen mellom de ulike trinnene i en omsorgstrapp. I den enkelte sak vil den konkrete vurderingen av hvor søker befinner seg i omsorgstrappen blant annet bygge på en forsvarlig ressurs- og funksjonsvurdering av søker.

For å få bedre kunnskap om brukerens ressurs- og bistandsbehov er det etablert et eget elektronisk registreringssystem på nasjonalt nivå (IPLOS). Registreringen utføres etter standardiserte variabler i systemet. Hvordan den enkelte IPLOS-registrerer bruker de ulike IPLOS-variablene blir dermed viktig for å sikre likebehandling av søkerne.

Det legges i undersøkelsen til grunn at også IPLOS-data bør brukes som grunnlag for funksjonsvurdering av søkere.

4.1.5 Samhandling med sykehus

God funksjonsvurdering av søker til institusjonsplass er også avhengig av god informasjonsutveksling med sykehus. Samhandlingsreformen som ble innført 1.1.2012 innebærer at kommunene får et større ansvar for å etablere et tilbud for utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Dette krever at det er etablert gode og velfungerende systemer og rutiner for samhandling og informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune.

En egen samarbeidsavtale mellom Ahus og opptakskommunene om helhetlig pasientforløp skal sikre at alle pasienter får et forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Det legges ellers til grunn at kravene til god praksis for tildeling av institusjonsplass er de samme for utskrivningsklare pasienter fra sykehus og hjemmeboende søkere.

4.1.6 Vedtak og klage etter forvaltningsloven

I helse- og omsorgstjenesteloven § 2.2 heter det at «[f]orvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av loven her og av pasient- og brukerrettighetsloven». Avgjørelser om tildeling av plass i sykehjem etter helse- og omsorgsloven regnes som enkeltvedtak. Enkeltvedtak reguleres i forvaltningsloven, og forvaltningsloven stiller krav til saksbehandlingen i kommunen. De kravene vi ser på i denne rapporten er:

- Søknad skal forberedes og avgjøres uten ugrunnet opphold (fvl § 11 a.)
- Vedtak/avslag på institusjonsplass skal være skriftlig.
- Avslag/delvis avslag skal begrunnes (fvl § 24).
- Det skal opplyses om klagerett

4.1.7 Sammenfatning av revisjonskriterier

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
Er kommunens praksis for tildeling av institusjonsplasser forankret i faglige kriterier og er saksbehandlingen i samsvar med krav i forvaltningsloven?	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Kommunen bør benytte kriterier for å sikre at de som har krav på en sykehjemsplass får det ⇒ Kriteriene må bygge på faglig anerkjente prinsipper og legge til rette for likebehandling av søkerne ⇒ Kommunens tildelingskriterier bør være åpent tilgjengelige for alle som vil søke plass ⇒ Vedtakene skal fylle forvaltningslovens krav til saksbehandling ⇒ Registrering i IPLOS skal være ensartet og IPLOS-data bør brukes som grunnlag for funksjonsvurdering av søkere ⇒ Det må sikres god samhandling med sykehus om utskrivningsklare pasienter

4.2 Internkontroll – tildeling av institusjonsplasser

4.2.1 Krav til å etablere internkontroll og til å dokumentere den

Kommuneloven har en generell bestemmelse om betryggende kontroll i kommuneloven § 23 nr. 2 annet ledd: «Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll».

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd). Dette ansvaret innebærer at kommunen har plikt til å etablere et internkontrollsystem (ibid 3. ledd) og innebærer et krav om at kommunens ledelse gjennom systematisk styring og kontroll skal sikre at aktiviteter og tjenester utøves i samsvar med pasienters og brukeres behov og de krav som stilles i gjeldende rett.

Kommunen må planlegge å iverksette nødvendige tiltak for å sikre at tjenestene til enhver tid er forsvarlige, herunder at brukerne får de tjenestene de har behov for til rett tid.

I tillegg til kommunelovens generelle regel om internkontroll er det på dette området også gitt en egen forskrift om internkontroll, jf. forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Internkontrollforskrift i helsetjenesten er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. I følge § 5 i internkontrollforskriften skal internkontrollen dokumenteres, og dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Innholdet i internkontrollen

Innholdet i internkontrollen er nærmere beskrevet i internkontrollforskriften § 4. Det framgår av første ledd at internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Hva internkontroll innebærer og hva den/de ansvarlige for virksomheten skal gjøre er konkretisert i internkontrollforskriften § 4 bokstavene a-h. I tillegg til å beskrive virksomhetens hovedoppgaver, mål, ansvar oppgaver og myndighet, skal de ansvarlige sørge for at de ansatte har tilgang til aktuelt lovverk på området, har kunnskap på feltet og at de medvirker til å utnytte erfaring og kunnskap, samt gjør bruk av pasienter og pårørendes erfaringer til forbedring av virksomheten. De ansvarlige skal videre skaffe seg oversikt over områder hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav m.m. jf. punkt g nedenfor. De ansvarlige må systematisk overvåke og gjennomgå internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

I denne revisjonen har vi valgt å se nærmere på to av de viktigste elementene i internkontrollsystemet; det som faller inn under litra g) og h) i internkontrollforskriften, og da særlig rettet inn mot søknadsbehandlingen og vedtak om tildeling av institusjonsplasser:

- utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen
- foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten

Internkontrollen blir i tillegg forutsatt å omfatte registrering i og bruk av IPLOS-registeret.

4.2.2 Sammenfatning av revisjonskriteriene

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
Er det etablert en internkontroll som bidrar til å sikre god praksis ved tildeling av institusjonsplasser?	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Internkontrollen skal beskrive oppgaver, mål og ansvars- og oppgavefordelingen ⇒ Internkontrollen skal være dokumentert og tilgjengelig for ansatte ⇒ Internkontrollen skal omfatte kriterier for tildeling og rutiner for saksbehandling og avvikshåndtering ⇒ Rutinene skal være oppdaterte og vise til aktuelt lov- og regelverk ⇒ Kommunen bør sikre at ansatte som registrerer i IPLOS har fått nødvendig opplæring

4.3 Styringsdata og rapportering

4.3.1 KOSTRA

Kommunen plikter å rapportere informasjon om ressursbruk og tjenesteyting til staten. Rapporteringen fra kommunene samles i KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) som er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet. Dette følger av lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 49.

Tjenesterapporteringen til statlige myndigheter består av tjenstedata spesifisert i fastsatte elektroniske skjema eller data avgitt ved spesifiserte uttrekk fra fagsystem jf. forskrift om rapportering fra kommuner og fylkeskommuner (forskrift om kommunal rapportering) § 2.

I dette prosjektet har vi valgt å undersøke hvordan kommunen regnskapsfører og rapporterer tjenstedata på funksjoner innenfor helse og omsorg. Dette gjelder først og fremst

- Funksjon 253 - Helse- og omsorgstjenester i institusjon (pasientene betaler vederlag)
- Funksjon 254 - Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende (beboerne betaler husleie i omsorgsboliger eller bor i eget hjem)

Mer detaljert vil vi legge til grunn det som framkommer om disse to funksjonene i veiledningen til regnskapsrapporteringen i KOSTRA for 2014 (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2013). Vi tar utgangspunkt i avgrensingen mellom de nevnte to funksjoner og mot andre funksjoner for å undersøke om kommunens praksis er i samsvar med gjeldende krav.

KOSTRA gir dessuten informasjon om årsverk og ansattes utdanning. Disse opplysningene hentes fra kommunens lønssystem i samsvar med retningslinjer for inndeling av kommunal virksomhet i

Enhetsregisteret og for innmelding av ansatte i AA-registeret. I retningslinjene heter det blant annet at det er «svært viktig at kommunen har en felles forståelse av registreringen, på tvers av fagområde, regnskapskontor og lønns-/personalavdeling, og gode rutiner som sikrer god informasjonsflyt ved endringer i virksomheter og arbeidsforhold» (SSB 2013).

4.3.2 IPLOS

Styringsinformasjonen som kommer tilbake til kommunene gjennom KOSTRA omfatter også IPLOS- rapportering jf. forskrift³ 17. februar 2006 nr. 204 om pseudonymt⁴ register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (forskrift om IPLOS-registeret). IPLOS-registeret er videre hjemlet i lov av 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven).

Om formålet med IPLOS-registeret heter det videre at «IPLOS har som mål å gi styringsinformasjon for tjenesten og kommuneledelsen og bidra til bedre kvalitet i saksbehandlingen og i tjenesten» (Helsedirektoratet.no).

IPLOS skal gi god kunnskap om bistandsbehovet noe som igjen vil gi kommunen mulighet for å planlegge å tilrettelegge tjenestene. «Målet er å bidra til en god ressursutnyttelse samt likeverdige og virkningsfulle tjenester» (Helsedirektoratet 2007).

Revisjonen legger derfor til grunn at kommunen bør benytte IPLOS som styringsdata i kommunen.

4.3.3 Tidsbegrenset opphold og langtidsopphold

I KOSTRA presenteres nøkkeltall både for korttidsopphold og langtidsopphold. Kommunen skal blant annet rapportere antall sykehjemsplasser. I rapporteringen spesifiseres plasser spesielt avsatt for tidsbegrenset opphold. Hva som er tidsbegrenset opphold (korttidsopphold) følger av forskrift. Korttidsopphold er et tidsavgrenset opphold i institusjon, mens langtidsopphold er «opphold i institusjon på ubestemt tid eller tidsavgrenset opphold når vedkommende har vært på institusjon i minst 60 døgn pr. kalenderår.» (forskrift 16. desember 2011 nr. 1349 om egenandel § 1).

Revisjonen legger til grunn at en person med et korttidsvedtak skal få sitt vedtak endret dersom det ikke er grunnlag for å anta oppholdet faktisk blir tidsavgrenset, helt uavhengig av om det er en tilgjengelig plass på langtidsavdeling ledig eller om vedkommende får oppholdet på korttidsavdeling i påvente av ledig plass på langtidsavdeling. Dette innebærer likevel at en person kan ha flere korttidsopphold som til sammen blir over 60 døgn i løpet av et år uten at det skal fattes vedtak om langtidsopphold. I disse tilfellene er det kun betalingen som skal endres i slik det framkommer i § 3 i forskrift om egenandel.

³ Forskriften ble vedtatt 17. februar 2006 og trådte i kraft 1. mars samme år. Bruk av IPLOS er obligatorisk i alle kommuner fra denne dato. (Helsedirektoratet 2014)

⁴ Pseudonymt betyr at navn og adresse ikke finnes i registret (Helsedirektoratet.no)

4.3.4 Sammenfatning av revisjonskriteriene

Problemstilling 3	Revisjonskriterier
Følger kommunen retningslinjene og har den en tilfredsstillende praksis for regnskapsføring og rapportering av styringsindikatorer for tildeling av institusjonsplasser?	<ul style="list-style-type: none">⇒ Kommunen skal sikre et mest mulig korrekt grunnlag for regnskapsrapportering og rapportering av tjenestedata⇒ Kommunen bør bruke IPLOS som styringsdata internt⇒ Kommunen skal endre vedtak om korttidsplass til langtidsplass når kriteriene for langtidsplass er oppfylt

5 TILDELING AV INSTITUSJONSPLASSER

5.1 Innledning

Dette kapitlet undersøker nærmere Fet kommunes praksis med tildeling av institusjonsplasser. Undersøkelsen er avgrenset til tildeling av korttidsplasser. Kapitlet beskriver faglige standarder for tildeling av institusjonsplasser, saksbehandlingspraksis ved tildeling av institusjonsplass for både hjemmeboende søkere og utskrivningsklare pasienter fra Ahus, samt helse- og omsorgstjenestens bruk av IPLOS-registrering som grunnlag for å styrke kunnskapen om brukernes bistandsbehov.

5.2 Revisjonskriterier

Til dette kapitlet er det utarbeidet følgende problemstilling med tilhørende revisjonskriterier:

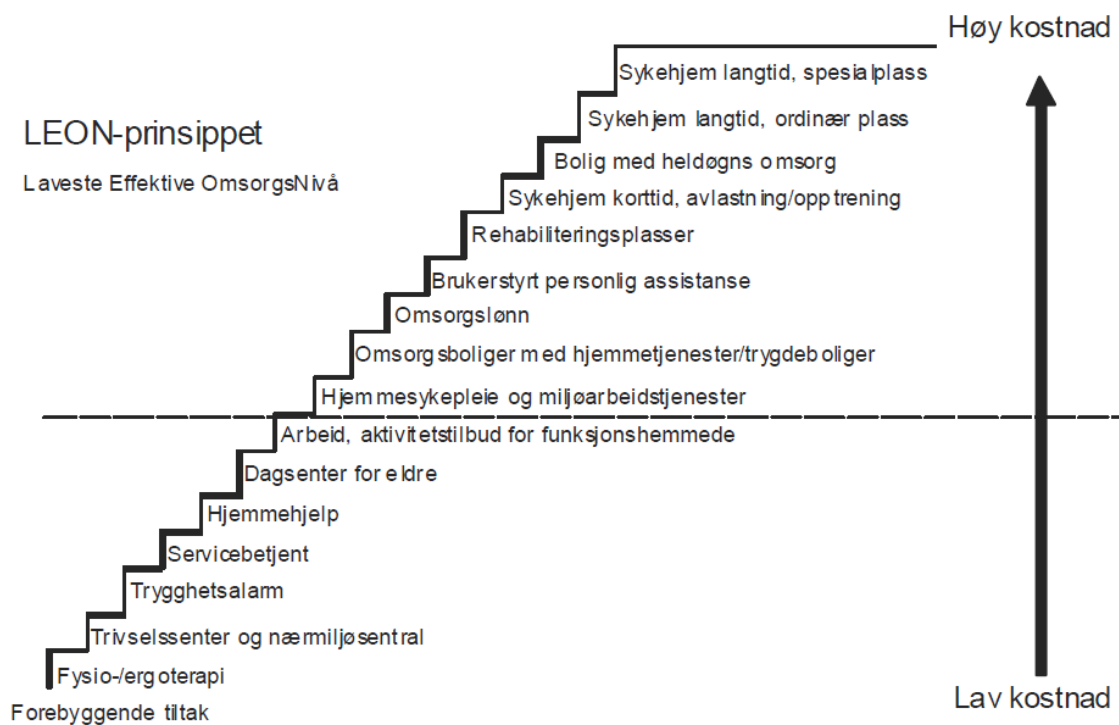
Problemstilling 1	Revisjonskriterier
Er kommunens praksis for tildeling av institusjonsplasser forankret i faglige kriterier og er saksbehandlingen i samsvar med krav i forvaltningsloven?	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Kommunen bør benytte kriterier for å sikre at de som har krav på en sykehjemsplass får det ⇒ Kriteriene må bygge på faglig anerkjente prinsipper og legge til rette for likebehandling av søkerne ⇒ Kommunens tildelingskriterier bør være åpent tilgjengelige for alle som vil søke plass ⇒ Vedtakene skal fylle forvaltningslovens krav til saksbehandling ⇒ Registrering i IPLOS skal være ensartet og IPLOS-data bør brukes som grunnlag for funksjonsvurdering av søkere ⇒ Det må sikres god samhandling med sykehus om utskrivningsklare pasienter

5.3 Kriterier for tildeling av institusjonsplasser i Fet kommune

5.3.1 Helse- og omsorg- strategisk plan for Fet kommune 2015-2025

«Helse- og omsorg – strategisk plan for Fet kommune 2015-2025» ble vedtatt av kommunestyret 3.11.2014. Den strategiske planen er delt inn i fire delplaner, delplan omsorg, delplan psykisk helse, delplan funksjonshemmede og delplan boligsosialt arbeid.

Formålet med strategisk plan for helse og omsorg i Fet kommune er ifølge planen å bidra til at mål og vedtatte prinsipper og innsatsområder er i tråd med kommunens visjoner og verdier, samt endrede avtaler med sykehuset, samhandlingsreformen, politiske vedtak og nye statlige målsettinger og styringssignaler. Overgripende for Fet kommunes organisering innen helse og omsorgsfeltet er prinsippet om at tjenestetilbud skal gis på et lavest mulig omsorgsnivå i omsorgstrappen (LEON-prinsippet) med fokus på brukers egne resurser, i tråd med føringene i Samhandlingsreformen.

Figur 3 Omsorgstrappen (LEON)

Figuren viser et generelt bilde av tiltakskjeden. Det kan være ulikheter mellom tjenestekjeden for funksjonshemmede, psykisk helse og tjenester til eldre.

Kilde: Strategisk helse- og omsorgsplan Fet kommunen 2015-2025..

Det vises i planen til at tjenester øverst i omsorgstrappen er mer kostbare enn tjenester på lavere nivå. Både hensynet til brukeren og hensynet til økonomi ligger til grunn for at Fet kommune velger å bruke LEON-prinsippet som grunnprinsipp ved tildeling av omsorgstjenester. Målet er at personer skal ha høyest mulig grad av selvhjulpenhet og livskvalitet. Reduksjon av funksjonsnivå skal bedres at de rette hjelpetiltakene settes inn. Fet kommune skal ha kapasitet til å kunne ta imot de som kommer fra sykehus og har behov for korttidsplass.

I den strategiske helse- og omsorgsplanens delplan for omsorg, er det lagt inn befolkningsframskrivninger fram til 2025, og under punkt 2.7 pekes det på at den demografiske fremstilling av innbyggergrunnlaget i Fet viser at antall eldre over 80 år vil øke kraftig etter 2020 og at behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke med 25 % frem mot 2025.

For å møte det økte behovet for omsorgstjenester fram mot 2025 er det lagt opp en åtte punkts tiltaksliste i delplanen omsorg⁵. Revisjonen gjengir utdrag delplan omsorg knyttet til LEON-prinsippet:

⁵ Punkt 2.8 «Prosjektgruppas forslag til tiltak» side 25/26 i «Strategisk helse- og omsorgsplan 2015-2025»

Tabell 4 Utdrag delplan omsorg

Delplan omsorg og LEON-prinsippet		
Nr	Strategi	Tiltak
2	Tjenestene skal prioriteres etter LEON-prinsippet i tråd med føringene i samhandlingsreformen	<ul style="list-style-type: none"> Tilpasse fordeling mellom hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg i tråd med LEON prinsippet og demografiske endringer
4	Satse aktivt på tiltak som gjør at brukerne kan bo lengst mulig i hjemmet	<ul style="list-style-type: none"> Sørge for at hjemmebaserte tjenester har rammer og premisser, for å kunne håndtere pasienter med sammensatt sykdomsbilde, i brukernes egne hjem Arbeide aktivt for å stimulere brukerens evne til egenomsorg gjennom målstyrte tiltak som for eksempel hverdagsrehabilitering/hjemme-rehabilitering Aktivt benytte velferdsteknologi i tilrettelegging av brukernes bosituasjon Målrettet arbeid med dagtilbud tilpasset ulike brukergrupper, herunder stimulere til et aktivt seniorarbeid drevet av frivillige Arbeide aktivt for å oppdage og kartlegge brukere som er i fare for å utvikle helseutfordringer, gjennom oppsøkende arbeid og helsestasjon for eldre Tilpasset informasjon til innbyggere om kommunens tilbud i helse- og omsorgstjenestene
8	Tilpasse nivået på heldøgns omsorg og bygningsmessige forhold til fremtidens behov	<ul style="list-style-type: none"> Nivå på plasser for heldøgns omsorg skal være lavere enn stipulert antall plasser ut fra demografi. Dette løses gjennom målrettet arbeid i henhold til LEON prinsippet. I tråd med tilpasset behov, bør en i større grad øke bemanningen til tjenester i hjemmet, for å hindre unødige innleggelse i institusjon Øke bemanning i omsorgsboligene for å håndtere brukere med behov for heldøgns omsorg Fremtidens sykehjemsplasser bør i størst mulig grad benyttes til demente og pasienter med behov for korttidsopphold Etablere flere sykehjemsplasser innen 2020

5.3.2 Fet kommunes kriterier for tildeling av institusjonsplass

Fet kommune har administrativt utformet egne tildelingskriterier for korttidsopphold, langtidsopphold, langtids plass fast dement enhet og avlastningsopphold i institusjon, som alle ligger i kommunens «kvalitetslos». Kriteriene for tildeling av korttidsopphold er ikke påtegnet dato eller formell godkjenning.

Nedenfor gjengis kriteriene for tildeling av korttidsopphold.

Kriteriene viser til at tildeling er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Formålet med tildeling er i følge kriteriene:

- Kartlegging av funksjonsevne
- Vurdering av behov for rett bistand
- Opptrening og enklere rehabilitering etter sykdom
- Gjenvinne/opprettholde funksjonsnivå og tilbakeføring til hjemmesituasjonen

- Forebygge langtidsopphold

Forutsetninger for saksbehandlingen er henvendelse fra søker, nærmeste pårørende/verge, lege, sykehus ved A- og B-skjema⁶. Hensikt og mål med oppholdet må tydeliggjøres.

Kriterier for tildeling er:

- Søker trenger opptrening/aktivisering for å: bedre funksjonsnivå, opprettholde funksjonsnivå.
- Søker trenger kortvarig opphold i forbindelse med sykdom eller etter sykehusopphold
- Søker trenger kortvarig opphold på grunn av redusert hjelp fra pårørende eller andre hjelpere i korte perioder

Alle forutsetninger og minst et av kriteriene må være innfridd før det kan fattes vedtak om tildeling av korttidsopphold i institusjon.

5.3.3 Er tildelingskriteriene gjort kjent for innbyggerne?

Kommunalsjef helse- og omsorg viser til at all informasjon til innbyggerne vedrørende tildeling av opphold på Pålsetunet å finne på Fet kommunes hjemmeside⁷. Kommunikasjonsrådgiver i Fet kommune opplyser til revisjonen at Fet kommune skal lansere ny hjemmeside sommeren 2015.⁸ I den forbindelse blir også brosjyremateriell tilgjengelig for innbyggerne som pdf-filer.

På hjemmesiden til Fet kommune står det følgende om korttidsopphold:

- Oppholdene varierer i tid, fra noen dager til flere uker
- Ved tildeling av korttidsopphold skal det være satt mål for oppholdet
- Sykehjemmet har også et palliativt tilbud hvor pasienter kan tas imot på kort varsel

Det står videre om tjenesten at korttidsopphold i hovedsak er beregnet på hjemmeboende som av medisinske årsaker har behov for opptrening eller utredning av funksjonsevne. Ifølge hjemmesiden er det ingen spesiell søknadsfrist for denne tjenesten og søknader behandles kontinuerlig.

5.4 Samhandlingsreformen

En stor del av pasientstrømmen til korttidsplasser på Pålsetunet er pasienter som utskrives fra Ahus. Samhandling både gjennom søknadsprosess og ved overføring av disse pasientene fra Ahus til Fet, og andre veien fra Fet til Ahus, er derfor sentralt.

Samhandlingsreformen som ble iverksatt fra 1.1.2012 forutsetter at kommunene skal ta i mot og samarbeide godt med sykehusene om ferdigbehandlede pasienter. Stortingsmelding nr. 47 (2008-

⁶ A- og B skjemaer ble brukt i samhandling med sykehusene før man innførte elektronisk meldingsutveksling (PLO-meldinger).

⁷ E-post fra kommunalsjef til revisjonen 9.2.2015

⁸ E-post til revisjonen 26.2.2015

2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* skisserer følgende tre hovedutfordringer for helse- og omsorgssektoren i Norge:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Samhandlingsreformen la opp til å møte disse utfordringene gjennom etablering av tre ulike ordninger:

1. Utskrivningsklare pasienter: Fra 1.1.2012 skal sykehusene gi beskjed til kommunene når pasientene er ferdigbehandlede. Sykehuset bestemmer hvilke pasienter som er utskrivningsklare og fakturerer kr 4 255,- pr døgn⁹ hvis kommunene ikke tar imot pasientene.
2. Kommunal medfinansiering¹⁰: Ny folkehelselov styrket kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer. Ifølge stortingsmeldingen skal det lønne seg å forebygge og bygge opp nye tjenester der folk bor.
3. Ny kommunal plikt til å etablere tilbud med øyeblikkelig hjelp - døgntilbud for pasienter som har behov for akutt hjelp eller observasjon: Plikten skal fases inn i perioden 2012-2015. Tilbudet skal være operativt i alle kommuner fra 1.1.2016

I denne rapporten ser vi nærmere på ordningen for utskrivningsklare pasienter. Ordningene kommunal medfinansiering og plikt til å etablere tilbud om øyeblikkelig hjelp, vil ikke bli berørt.

5.4.1 Avtaler mellom Fet kommune og Ahus

Som en følge av samhandlingsreformen er kommunene og helseforetakene pålagt å formalisere samarbeidet gjennom en rekke avtaler, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 mfl. Fet kommune har formalisert samhandlingen med AHUS universitetssykehus gjennom en overordnet samarbeidsavtale, og en rekke underavtaler. Disse avtalene er like for alle kommunene i opptaksområdet til Ahus. Nedenfor beskrives nærmere den overordnede avtalen og underavtalen om helhetlige pasientforløp, underavtalen om helhetlige pasientforløp er særlig knyttet til utskrivningsklare pasienter.

1. Overordnet samarbeidsavtale mellom AHUS og opptakskommunene

Av enkeltpunkter knyttet til formålet med avtalen, nevnes:

- Helhetlige, koordinerte og kvalitativt gode helsetjenester.

⁹ 2014 sats

¹⁰ Den nåværende Solberg-regjeringen har avsluttet ordningen med kommunal med-finansiering fra og med 2015.

- Avtalen skal sikre en tydelig oppgave- og funksjonsfordeling mellom partene.
- God dialog og likeverdig samarbeid
- Utvikling av underliggende og mer detaljerte avtaler blant annet på pasientforløp, ansvars- og rollefordeling og betalingsansvar.

2. Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom AHUS og opptakskommunene

Avtalen skal sikre at alle pasienter får et forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. I kapittel 4.2 i avtalen står det følgende om kommunens ansvar ved utskriving:

- Kommune skal umiddelbart følge opp melding om utskrivningsklar pasient og eventuelle søknader fra pasienten for å kunne etablere helse- og omsorgstjenester innen varslet utskrivningstidspunkt.
- Kommune skal straks gi melding til sykehuset om tidspunkt for hvor pasienten skal mottas, og med hvilke tjenestetilbud.

5.5 Saksbehandlingen ved tildeling av institusjonsplasser

Ifølge tildelingskontoret i Fet kommune tildeles opphold på Pålsetunet etter to kategorier: Korttidsopphold og avlastningsopphold. Tidligere ble det også tildelt opphold etter kategorien «korttidsopphold opptrening». Årsaken til at kategorien ikke brukes lenger er at denne brukergruppen nå forutsettes å bli fanget opp av kategorien «korttidsopphold».

Kontoret er åpent alle arbeidsdager og det skal alltid være en saksbehandler på jobb. Alle ansatte på Tildelingskontoret kan fatte vedtak om institusjonsplass. Én av saksbehandlerne har institusjonsplasser som sin hovedoppgave, og saksbehandler de fleste søknadene om institusjonsplasser.

Nedenfor er en oversikt over vedtak tildelingskontoret har gjort i perioden 2012-2014 og hvor mange av vedtakene som var avslag, fordelt på ulike typer tjenester.

Tabell 5 Vedtak 2014

Vedtaket fattet av tildelingskontoret i Fet i perioden 2012-2014

	2012		2013		2014	
	Vedtaket	Avslag	Vedtaket	Avslag	Vedtaket	Avslag
Institusjon	160	27	208	18	309	24
Hjemmetjenesten	207	23	257	21	305	30
Tjenesten for funksjonshemmede	48	13	70	24	46	13
Psykisk helsetjeneste	49	7	139	0	153	0
Total	608	70	674	73	813	67

Kilde: Tallene for 2012 og 2013 er hentet fra Budsjett og handlingsplan 2015-2018. Kilde for tallene for 2014 er budsjettsjef.

Tabellen under viser at totalt antall vedtak har økt i perioden og stabilisert seg på et høyere nivå. Videre viser tallene at antall vedtak på pasienter som kommer fra Ahus var lavest i 2014. Tallene viser også at antall vedtak om avlastningsopphold viser en fallende tendens i perioden. Tildelingskontoret opplyser til revisjonen¹¹ at det ikke er kommet klager på noen av avslagene på korttidsopphold i 2014.

Tildelingskontoret har ikke kunnet frembringe tallmateriale som gir oversikt over hvor mange hjemmeboende som søker ordinær korttids plass, eller antall revurderingsvedtak for pasienter som i sin tid ble utskrevet fra Ahus. Tabellen under gir således ingen presis informasjon om hvor mange vedtak og avslag som gjelder andre hjemmeboende søkere enn til avlastningsopphold.

¹¹ Opplyst skriftlig til revisjonen 17.11.2014

Tabell 6 Vedtak korttidsplasser 2012-2014

Vedtak om korttidsplasser Påsetunet 2012-2014

	Totalt antall vedtak korttid	Vedtak pas fra Ahus.	Vedtak om avlastning	Avslag korttid inkl avlastning
2012	147*	78	25	27 ¹²
2013	170*	100	21	18 ¹³
2014	172*	65	15	13

*tallene inkluderer også revurderingsvedtak der allerede innvilgede korttidsopphold forlenges.

Kilde: Tildelingskontoret

Korttidsvedtak fordelt på måneder i 2014 er gjengitt i tabellen under.

Tabell 7 Korttidsvedtak 2014

Korttidsvedtak/avlastningsvedtak fordelt på måneder 2014

Måned	Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Tot
Vedtak korttidsopphold	14	17	9	12	14	6	21	21	9	14	19	16	172
Vedtak Avlastning	4	1	3	1	1			2	2	1			15

Kilde: Tildelingskontoret i Fet.

Tabellen viser at antall korttidsvedtak varierer fra måned til måned, og at det ble fattet flest vedtak om korttidsopphold i andre halvdel av 2014.

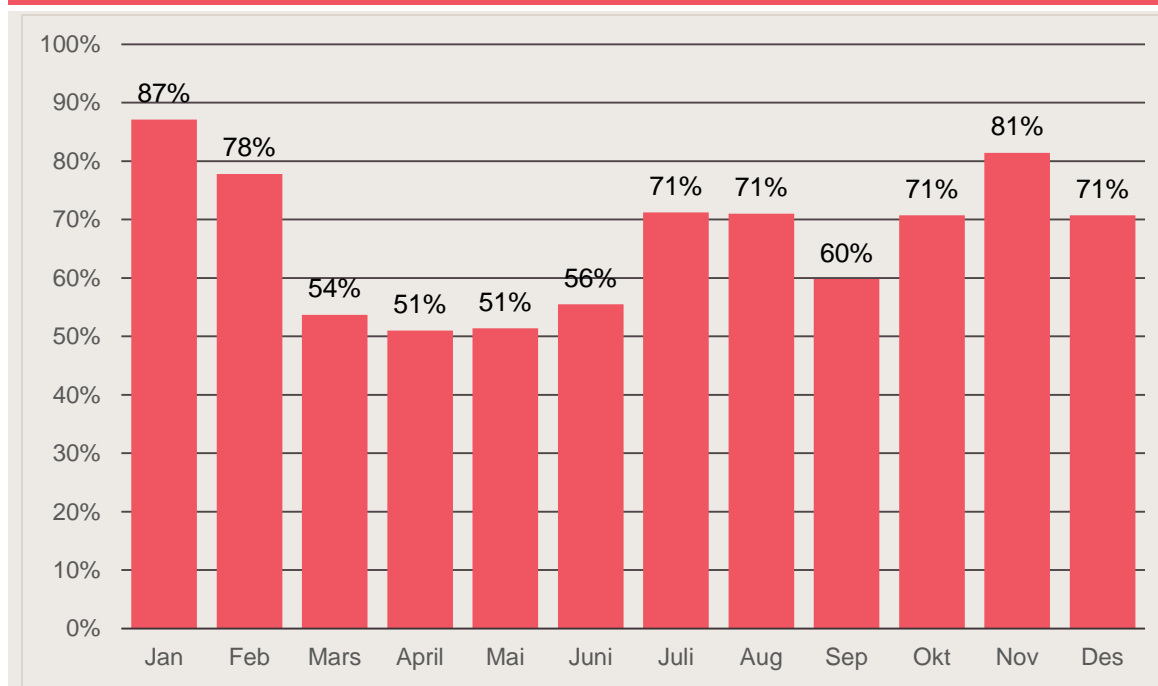
Tildelingskontoret fører statistikk for liggedøgn på alle avdelingene på Påsetunet. Figuren nedenfor viser beleggsprosent på korttidsavdelingen. Korttidsavdelingen har fjorten plasser.

¹² Tallet for 2012 inkluderer også avslag på langtidsplass

¹³ Tallet for 2013 inkluderer også avslag på langtidsplass.

Tabell 8 Beleggsprosent korttidsavdelingen 2014

Beleggsprosent korttidsavdelingen Påsetunet 2014.



Kilde: Tildelingskontoret i Fet

Figuren viser at beleggsprosenten på korttidsavdelingen var et godt stykke under fullt belegg på alle de fjorten rommene på korttidsavdelingen i alle månedene i 2014. Beleggsprosenten var høyest i vintermånedene, og lavest i perioden mars- juni 2014 med i overkant av 50 prosent.

5.5.1 Saksbehandlingsprosessen

Tildelingskontoret opplyser i intervju at kontoret har faste møtepunkter hver uke hvor alle nye søknader gjennomgås og diskuteres. De søknader som haster diskuteres med leder for tildelingskontoret fortløpende. Det er også faste møtepunkter med ulike utførere i Fet, hvor nye saker og vedtak tas opp. Dette gjøres for å sikre god informasjonsflyt.

Tildelingskontoret opplyser videre at de ved alle søknader om korttidsopphold i institusjon forholder seg til forvaltningslovens saksbehandlingskrav for enkeltvedtak. Dette innebærer blant annet at det skal gis et foreløpig svar hvis saksbehandlingsprosessen forventes å strekke seg ut over 4 uker.

Saksbehandlingen av søknaden gjøres vanligvis av saksbehandler som har som ansvar for å tildele institusjonsplasser. Fagleder ved tildelingskontoret er vanligvis med i saksbehandlingsprosessen, og vedtaket er således drøftet og gjennomgått før det fattes. Den dokumentasjonen som tildelingskontoret vektlegger på generelt grunnlag i vedtaksvurderingen er:

- Elektronisk melding «helseopplysninger ved søknad» fra Ahus
- Hvilke kommunale tjenester pasienten har fra før

- Epikrise og legeopplysninger.
- Informasjon fra tjenesteutfører, f.eks. hjemmetjenesten
- Informasjon fra søker, f.eks. i form av et vurderingsbesøk.

5.5.2 Mottak av søknader fram hjemmeboende

Tildelingskontoret opplyser at for hjemmeboende søkere blir søknadene stemplet inn og registrert i postjournal. Videre fylles det inn i feltet hvem som er saksbehandler, og hva søknaden dreier seg om. Søknader fra hjemmeboende kan enten foreligge pr post eller via e-post. Søknader mottatt som post er vanligst. Noen søknader kan også komme inn i helgen via hjemmesykepleien, og søknadene legges da i tildelingskontorets postkasse på Pålsetunet. Registeringen av søknaden i fagsystemet Profil gjøres med en gang. Det kreves ikke legeopplysninger vedlagt søknad om institusjonsplass, og kontoret vurderer behovet for å innhente legeopplysninger i hver enkelt sak.

Faktaboks

PROFIL

Profil er en elektronisk pasientjournal for pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten i kommuner.

5.5.3 Bruken av kriterier i saksbehandlingen

Tildelingskriteriene som er beskrevet i rapportens pkt 1.3.2 ble oversendt fra revisjonen fra tildelingskontoret 16.12.2013 i forbindelse med utarbeidelse av delrapport 1 om Pålsetunet.

Fagleder ved tildelingskontoret opplyser imidlertid i e-post til revisjonen 5.3.2015 at det i stor grad er det som fremkommer om tildeling av institusjonsplass på kommunens hjemmesider som er kontorets kriterier. Ifølge fagleder har kontoret gjentatte ganger forsøkt å lage kriterier for tildeling av de ulike tjenestene, men erfarer at det er vanskelig fordi alle søknader skal behandles individuelt og ingen saker er like. Det er derfor veldig vanskelig å lage rutiner om bestemte punkter som skal være oppfylt før en tjeneste innvilges. Det er ifølge fagleder brukers behov og funksjonsevne og lovverket som ligger til grunn i alle vurderingene som gjøres. Den eneste rutinen som ligger i kvalitetslosen når det gjelder tildeling av tjenester er avlastning. Kontoret hadde tidligere rutiner for tildeling av korttidsopphold og langtidsopphold/langtidsplass skjermet, men har valgt å ta disse bort.

5.6 Samhandlingen om utskrivningsklare pasienter fra Ahus

Faktaboks

PLO-meldingssystemet

Pleie- og omsorgsmelding (PLO-meldinger) er standardiserte elektroniske meldinger til bruk i samhandling mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastlege og helseforetak. Det er utformet en egen PLO-veileder for samhandlingen mellom Ahus og opptakskommunene.¹⁴

Ifølge tildelingskontoret er innføring av elektroniske PLO-meldinger et stort framskritt sammenlignet med hvordan kommunen samhandlet med Ahus før meldingssystemet kom på plass i 2013.

5.6.1 PLO-meldingssystemet

De fleste utskrivningsklare pasientene som skal tas imot av Fet kommune, kommer fra Ahus. Det er behandlende lege på sykehuset som vurderer om kommunen skal varsles om at pasienten er innlagt på sykehuset.¹⁵ Dette skjer via en elektronisk Pleie- og omsorgsmelding (PLO-melding). I vurderingen om det skal sendes PLO-melding til kommunen, legges det bl.a. vekt på om pasienten har tjenester fra kommunen fra før, og antatt funksjonsnivå på pasienten ved planlagt utskrivningstidspunkt fra sykehuset.

I veilederen for PLO-meldinger, utarbeidet av kommunene i opptaksområdet og Ahus. PLO-meldinger er ifølge veilederen «standardiserte elektroniske meldinger til bruk i samhandling mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastlege og helseforetak». PLO- meldingssystemet består av flere typer meldinger. Nedenfor gjengis hovedmeldingene slik de står beskrevet i veilederen:

PLO-meldingsnavn	Innhold
Melding om innlagt pasient	Skal sendes fra sykehus til kommune hvor det er kjent at pasienten mottar helsetjenester/ og/ eller andre relevante tjenester fra kommunen. Meldingen inneholder navn og personnummer og dato for innleggelse.
Innleggesrapport	Forutsetning: Pasienten mottar tjenester fra kommunen fra før. Skal sendes fra utfører i kommunen til sykehuset. Skal inneholde bla medisinske opplysninger, tjenester som pasienten mottar, medisinkort, sykepleieopplysninger,

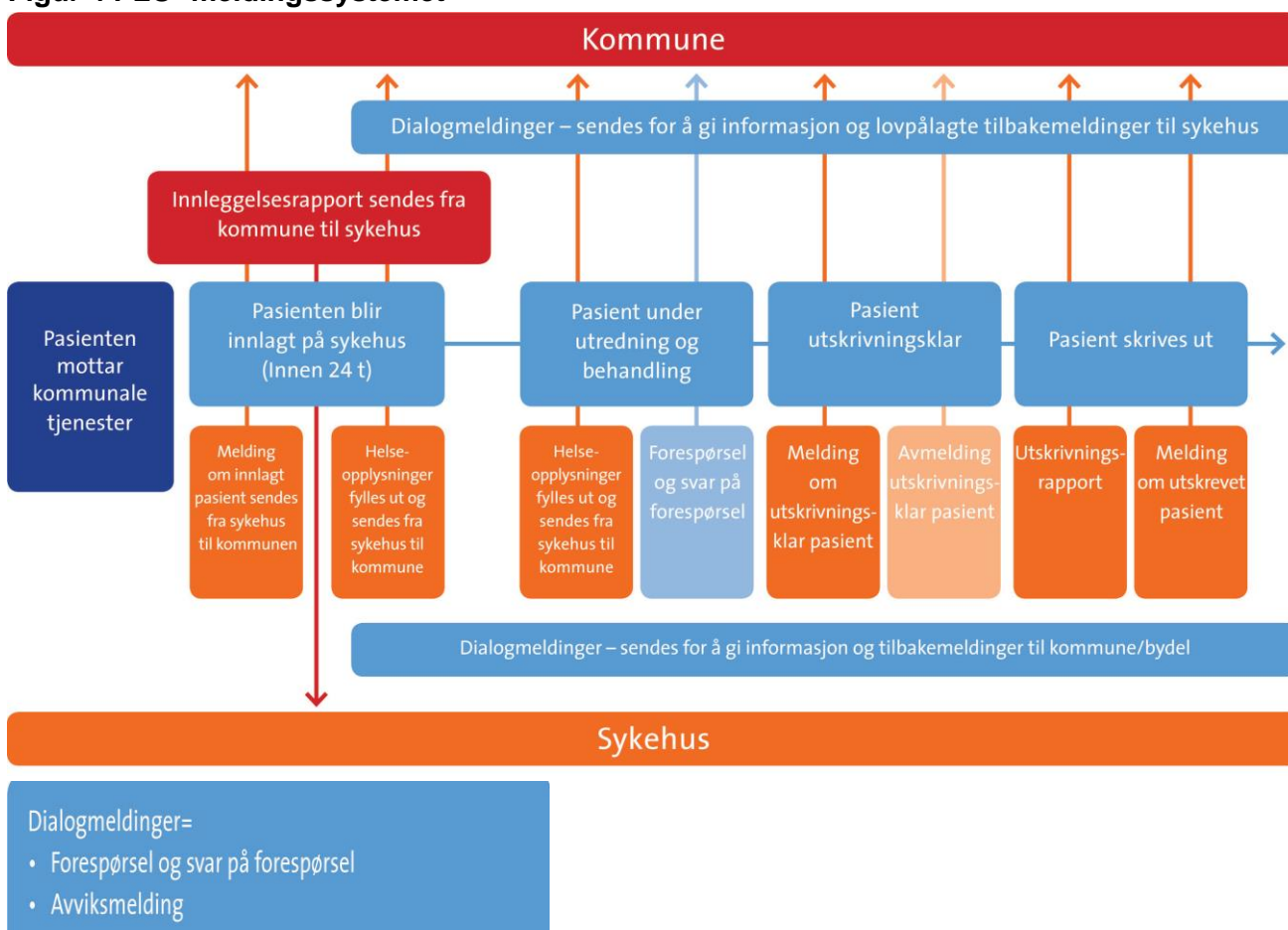
¹⁴ Veileder for implementering av pleie- og omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner. Utarbeidet av Akershus universitetssykehus HF (Ahus), kommunene på Romerike og i Follo og Campus Kjeller.

¹⁵ Pasienter kan reservere seg mot at hjemkommunen får vite om sykehusinnleggelsen jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 hovedregel om samtykke.

	telefonnummer til utførende avdeling i kommunen og IPLOS-kartlegging.
Helseopplysninger ved søknad	Forutsetter egensøknad for pasienter som ikke har kommunale helsetjenester fra før. Skal sendes fra sykehus til tildelingskontor i kommunen. Benyttes når pasienten har behov for tjenester/endrede pleie- og omsorgstjenester i kommunen etter utskrivelse fra sykehus. Inneholder medisinske opplysninger. Videre om informasjon er gitt til pasient/pårørende, sykepleieopplysninger og planlagt dato for utskrivelse.
Melding om utskrivningsklar pasient	Forutsetning: Pasienten kan ikke reise hjem uten oppfølging av kommunens pleie – og omsorgstjeneste. Skal sendes fra sykehus til tildelingskontor i kommunen. Videre at kommunen har mottatt oppdaterte helseopplysninger om pasient. Meldingen sendes når beslutningsansvarlig lege har vurdert pasienten som utskrivningsklar. Inneholder navn og fødselsnummer på pasient samt utskrivningsdato.
Utskrivningsrapport	Skal sendes fra sykehus til tildelingskontor i kommune utskrivningsdagen. Inneholder medisinske opplysninger, planer og oppfølging, informasjon gitt til pasient og pårørende, evt planlagt kontrolltime sykehus, legemidler og sykepleieopplysninger.
Melding om utskrevet pasient	A) Skal sendes fra sykehus til sykepleietjenesten i kommunen utskrivningsdagen for pasienter som mottar kommunale helsetjenester. Eller B) Sendes til kommunen <u>uten utskrivningsrapport</u> når pasienten mottar andre tjenester enn helserelaterte tjenester eks hjemmehjelp og matombringing.
Forespørsel og svar på forespørsel	Denne meldingen kan gjelde: forespørsel om helseopplysninger, forespørsel om legemiddelopplysninger, forespørsel om status/plan for utskrivning eller annen henvendelse. Meldingen kan sendes begge veier, fra sykehus til kommune og fra kommune til sykehus.
Avviksmelding	Denne meldingen skal/kan brukes i avvik som omhandler <i>opplysninger</i> om pasient som er avvik ved selve PLO-meldingene. Eksempel på slike avvik kan være at sykehuset feilsender pasientopplysninger til feil kommune, mangelfulle opplysninger eller annet.

Figuren nedenfor viser PLO-meldingsprosessen når pasienten mottar kommunale tjenester fra før:

Figur 4 PLO- meldingssystemet



Kilde: Veileder for implementering av pleie- og omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner. Utarbeidet av Akershus universitetssykehus HF (Ahus), kommunene på Romerike og i Follo og Campus Kjeller.

5.6.2 Samhandlingen med Ahus via PLO-meldingssystemet

Tildelingskontoret opplyser i intervju med revisjonen at det er sjelden kontoret får pratet med pasientene som kommer fra Ahus. Kontoret forventer at Ahus informerer pasientene om hva slags tjenestebehov som meldes til kommunen via PLO-meldingene, og at pasientene er informert før tjenester tildeles.

Tildelingskontoret i Fet opplyser videre om kontorets erfaringer med de ulike PLO-meldingene:

- **Melding om innlagt pasient:**
Det litt variabelt om Ahus sender disse meldingene til Fet innen 24 timer. Noen ganger kan det gå flere døgn før melding om innlagt pasient sendes Fet kommune.
- **Innleggelsesrapport:**
Både Pålsetunet og hjemmetjenesten er flinke til å sende slike meldinger til sykehuset.

- **Helseopplysninger ved søknad:**

Det går mange slike helseopplysningsmeldinger fra Ahus til Fet i perioden pasienten er innlagt. Meldinger kan også gå andre veien fra Fet til Ahus. Meldingen «forespørsel om helseopplysninger» sendes ofte fra tildelingskontoret i Fet til Ahus. Tildelingskontoret spør da om hvordan det går med pasienten, pasientens funksjonsnivå etc.

- **Melding om utskrivningsklar pasient:**

Det er på dette tidspunkt tildelingskontoret begynner å forberede mulig vedtak på tjeneste i kommunen og mottak av pasient.

- **Utskrivningsrapport:**

Inneholder sykepleierrapport og medisinliste.

- **Melding om utskrevet pasient:**

I følge tildelingskontoret i Fet betyr denne meldingen at pasient har fysisk reist fra AHUS. Pasient venter ofte på ambulanse. Epikrisen kommer som regel med pasienten.

- **Forespørsel og svar på forespørsel:**

Disse meldingene brukes mye i følge tildelingskontoret i Fet. I følge tildelingskontoret er alle deres forespørsler til AHUS elektroniske og det brukes sjelden telefon. Tildelingskontoret i Fet vurderer det slik at det er viktig å ha dokumentert hele pasientforløpet i den enkelte sak, All dokumentasjon samles i fagsystemet Profil. Denne dokumentasjon kan også brukes av Fet opp mot Ahus ved klagesaker knyttet til betaling for overliggerdøgn. Denne meldingen brukes også til å kommunisere til Ahus hva slags kommunale tjenester pasienten vil få når han/hun skrives ut.

- **Avviksmelding:**

Tildelingskontoret i Fet opplyser at de bruker denne PLO-meldingen i liten grad. Ifølge tildelingskontoret er denne PLO-meldingen under revidering. Avvik knyttet til PLO-meldingene løses ofte gjennom at tildelingskontoret tar en telefon til Ahus, eller ved at andre PLO-meldinger brukes for eksempel meldingen «forespørsel».

Det er kun de pasientene som har, eller vurderes å få behov for kommunale tjenester etter utskrivningen fra sykehuset, det skal sendes PLO-meldinger på. Tildelingskontoret i Fet opplyser at pasienter med behov for kommunale tjenester i stor grad fanges opp av PLO-meldingssystemet. Ikke minst gjelder dette behovet for institusjonsplass. Kontoret har ingen eksempler på at det er fattet vedtak om institusjonsplass til pasient som tildelingskontoret ikke har mottatt PLO-melding på. Det som kan komme av henvendelser til tildelingskontoret i etterkant av sykehusoppholdet er spørsmål om hjelpemidler som rullator og toalettstol.

Samhandlingsavdelingen på Ahus viser i intervju med revisjonen til at samhandlingen mellom Ahus og kommunene stort sett fungerer bra. PLO-meldingssystemet fungerer også bra, og det har ifølge

avdelingen kun vært to til fire tilfeller i hele opptaksområdet siden 2012, hvor pasienter med behov for kommunale tjenester ikke har blitt fanget opp av meldingssystemet.

5.6.3 Utfordringer i samhandlingen med Ahus

Tildelingskontoret i Fet peker på at det er viktig med gode funksjonsbeskrivelser av pasientene, som grunnlag for til tildeling av tjenester. Ifølge kontoret er det en utfordring å få gode rapporter på funksjonsnivå fra sykehuset, og det har hendt at kontoret har ringt pasienten direkte. Dette er jevnlig tema i oppfølgingsmøter tildelingskontoret har med Ahus. Også Samhandlingsavdelingen på Ahus viser til at gode nok funksjonsbeskrivelser er det viktigste for kommunene. Avdelingen peker samtidig på at spesialisthelsetjenesten i større grad har fokus på lidelsen til pasienten.

Tildelingskontoret peker også på andre utfordringer i samhandlingen med Ahus. Sykehuset er enerådende på pasienter og diagnoser, men oppleves også å blande seg inn i hva slags tilbud pasienten skal få ved utskrivning, uten å kjenne kommunen og hva kommunen kan tilby. Ifølge kontoret kan pasienten på sykehuset bli forespeilet tjenester fra kommunen som kommunen ikke kan gi, og sykehuset skaper dermed urealistiske forventninger hos pasienten. Det kan ifølge tildelingskontoret også være problematisk at det går kort tid mellom de sentrale PLO-meldingene, og at kommunen av den grunn liten tid til å behandle søknaden og forberede mottak av pasienten.

Samhandlingsavdelingen på Ahus peker i intervju med revisjonen på at mye av poenget med samhandlingsreformen og PLO-meldingene er at kommunene skal kunne planlegge å forberede mottak av pasienter på en bedre måte. En utfordring er ifølge avdelingen at ikke alle kommuner planlegger mottak av utskrivningsklare pasienter på et tidlig tidspunkt i pasientforløpet. Et sentralt spørsmål er hvor lang tid går det fra PLO-melding til kommunen begynner å reagere. Samhandlingsavdelingen viser til at kommunene skal forholde seg til helhetlige pasientforløp og ta imot pasienter på en god måte. En annen utfordring kommunene har er liten tid. Det kan ifølge avdelingen gå kort tid mellom første melding til melding om utskrivningsklar/utskrevet pasient i PLO-meldingene fra Ahus.

Også samhandlingsavdelingen ser det som en utfordring at legene på Ahus «bestiller» hva pasientene trenger etter utskrivning. Det er ifølge avdelingen uheldig hvis legene lover pasient og pårørende en bestemt tjeneste, som kommunen ikke kan levere. Det finnes ifølge avdelingen eksempler på faglige vurderinger gjort av sykehusleger som går veldig langt i å kreve et bestemt tilbud kommunalt.

Ellers er samstemming av legemiddellister et stort risikoområde og en viktig utfordring. Samhandlingsavdelingen på Ahus viser til at det finnes flere eksempler på at en pasient har ulike lister over legemidler hos legen, på sykehus og i pleie- og omsorgstjenesten. Det jobbes mye på dette området. Risikoen gjelder både ved innskriving og utskrivning. Ahus er i forbindelse med utskrivning ansvarlig for at legemidler følger pasienten til og med første virkedag etter utskrivning.

5.7 Gjennomgang av enkeltsaker 2014

Revisjonen har gått igjennom 20 søknader/vedtak om tildeling av korttidsplass i perioden 1.1.2014–17.11.2014. Disse er fordelt på 10 søkere fra Ahus, 6 hjemmeboende søkere, samt 4 søknader fra hjemmeboende om avlastning. I tillegg er alle 6 avslag på korttidsplass i perioden gjennomgått.¹⁶

Tabellen nedenfor gir en oversikt over søkerne og vedtaksprosessen i de 20 sakene, fordelt på ulike kategorier søkere.

Tabell 9 Tyve vedtak om korttidsopphold

Tyve vedtak om korttidsopphold Pålsetunet 2014

	Søkere fra Ahus	Hjemmeboende søkere	Søkere avlastning
Antall søkere	10	6	4
Gjennomsnittsalder søkere	85,5	84,5	78,2
Antall dager fra søknad mottatt til vedtak, gjennomsnitt	1,9	8,7	9,5
Antall dager fra søknaden mottatt til start opphold, gjennomsnitt	0	8,0	47

Som det framgår av tabellen kommer søkere fra Ahus direkte inn på korttidsavdelingen på Pålsetunet, mens hjemmeboende søkere venter i gjennomsnitt åtte dager fra søknaden er mottatt av tildelingskontoret til oppholdet starter. Vedtakstidene både for søkere fra Ahus og hjemmeboende søkere viser at oppholdet starter noe før vedtakene fattes av tildelingskontoret.

Når det gjelder forvaltningslovens krav om foreløpig svar innen 4 uker, var det ikke behov for å gi foreløpig svar i noen av søknadene fra Ahus eller de hjemmeboende. Søknader om avlastning viser omtrent samme saksbehandlingstid som hjemmeboende søkere. Flere av søknadene om avlastning ble sendt lang tid før ønsket start på avlastningsopphold. Dette er årsaken til at det i gjennomsnitt tok 47 dager fra søknaden ble mottatt på tildelingskontoret til avlastningsoppholdet startet.

¹⁶ I perioden 1.1.2014-17.11.2014 var det seks andre vedtak om avslag avlastningsopphold, disse er ikke gjennomgått.

5.7.1 Fastsettelse av mål for oppholdet

I tildelingskriteriene til Fet står det at «Hensikt og mål med oppholdet må tydeliggjøres». Revisjonen har undersøkt hva slags formuleringer som ble brukt om «hensikt og mål med oppholdet» i 16 innvilgede vedtak om korttidsopphold. I tillegg kommer 4 vedtak om avlastningsopphold. Revisjonen har gjengitt alle formuleringene som ble brukt om hensikt og mål for oppholdet i tabellen under. Revisjon gjør oppmerksom på at det kan være knyttet flere mål til ett og samme vedtak.

Tabell 10 Hensikt og mål for korttidsopphold

Hensikt og mål for korttidsopphold 16 innvilgede korttidsopphold		
	10 vedtak utskrivningsklare pasienter fra Ahus	6 vedtak hjemmeboende søkere
Kartlegging/vurdering av hjelpebehov	8	1
Mobilisering	4	2
Økt hjelpebehov	1	
Hjelp til personlig pleie	1	
Behov for intensiv trening og opplæring i forflytning		1
Hjelp i stell/smertelindring/motivering	1	
Redusert almenntilstand	2	1
Sårstell		1
Hjelp til personlig hygiene, smertelindring og forflytning		1
Tilsyn lege og fysioterapeut		1
Observasjon i forhold til væske og ernærings situasjon		1
Tilrettelegging i stellesituasjoner	1	
Medisin håndtering		1

Av de 20 innvilgede korttidsoppholdene revisjonen har gjennomgått var det også innvilget 4 avlastningsopphold hvor ord brukt om mål og hensikt for oppholdet ikke er gjengitt i tabellen over. I to av vedtakene om avlastningsopphold stod følgende tekst: «Avlastningsoppholdet innvilges for å sikre døgnkontinuerlig tilsyn og pleie i perioden omsorgspersonen er bortreist».

Revisjonens gjennomgang viser at det i alle 20 vedtakene om korttidsopphold var mål/hensikt med korttidsoppholdet omtalt i vedtaksteksten. Tabellen viser at for vedtakene knyttet til utskrivningsklare pasienter fra Ahus var kartlegging/vurdering av hjelpebehov den viktigste hensikt/mål for oppholdet og er nevnt 8 ganger. Deretter kommer mobilisering som er nevnt i 4 vedtak. For de seks hjemmeboende søkerne var hensikten/målet for oppholdet mer konkret knyttet til spesifikke hjelpebehov.

Revisjonens gjennomgang av vedtak om tildeling av korttidsopphold viser ellers at man ikke kan se av vedtakene hvorvidt de andre kriteriene for tildeling av korttidsopphold er brukt. Revisjonen vil påpeke i den forbindelse at det ikke er vanlig i forvaltningen generelt med utførlige begrunnelser på positive vedtak, da søker har fått innvilget det han/hun har søkt om.

5.7.2 Avslag på søknad om korttidsplass

Revisjonen har gått gjennom seks avslag i perioden 1.1.2014 – 17.11.2014. I gjennomsnitt var saksbehandlingstiden 13 dager, med 27 dager som lengste saksbehandlingstid og 5 dager som korteste. Gjennomsnittsalder på søkerne som fikk avslag var 86,8 år. 4 avslag var på ordinært korttidsopphold fra hjemmeboende søkere, mens to var avslag på avlastning. Ingen av avslagene gjaldt utskrivningsklare pasienter fra Ahus.

I de seks vedtakene om avslag er det følgende felles/likelydende hovedpunkter:

- **Overskrift:** Avslag på korttidsopphold
- **Saken gjelder:** Søknad på korttidsopphold på Pålsetunet bo- og servicesenter. Søknaden avslås
- **Begrunnelse**
- **Klageadgang**

Revisjonens gjennomgang av de seks avslagene viser at alle vedtakene fyller kravene til saksbehandlingstid, skriftlighet, og begrunnelse for avslaget. Videre var det gitt lovhenvvisninger ved avslag og det var gitt opplysninger om klageadgang. Det fremgår også tydelig av vedtakene hvordan søkers tilstand/situasjon er, og hva slags behov for hjelp søker har.

Når det gjelder klageadgangen vises det imidlertid ikke til samme lovverk i vedtakene. I to vedtak vises det til at avslaget kan påklages i henhold til kommunehelsetjenesteloven § 2-4, mens det i fire andre vedtak vises til avslaget kan påklages i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

Begrunnelsen for avslagene kan deles opp i to deler. En mer faktaorientert del, og en mer konkret begrunnelsesdel. Faktadelene er gjennomgående lengre enn begrunnelsesdelene i vedtakene.

I faktadelen av vedtakene redegjøres det for søkers bakgrunn for å søke korttidsopphold. I to av avslagene kommer det fram i faktadelen at tildelingskontoret har pratet med eller foretatt hjemmebesøk hos søker. I et vedtak nevnes LEON-prinsippet/omsorgstrappen indirekte gjennom begrunnelsen «Korttidsopphold ansees ikke som riktig tjenestenivå og søknaden avslås».

For søkere som har et hjelpebehov og søker om korttidsplass, kan avhjelpende tiltak og eller nye kommunale tjenester dekke hjelpebehovet. Avhjelpende tiltak kan for eksempel være økt antall besøk fra hjemmesykepleien eller besøk fra fysioterapeut. Nye kommunale tjenester kan for eksempel være hjemmesykepleie, tilbud om dagsenter og fysioterapeut hjemme. I tre av de seks avslagene ble avhjelpende tiltak og eller ny kommunale tjenester beskrevet.

I perioden 2012-2014 var det i ifølge Tildelingskontoret i Fet én klage på avslag korttidsplass. Klageinstans er fylkesmannen i Oslo og Akershus. Klagen stammet fra 2012, og i følge tildelingskontoret stadfestet fylkesmannen Fet kommunes vedtak om avslag på korttidsplass.

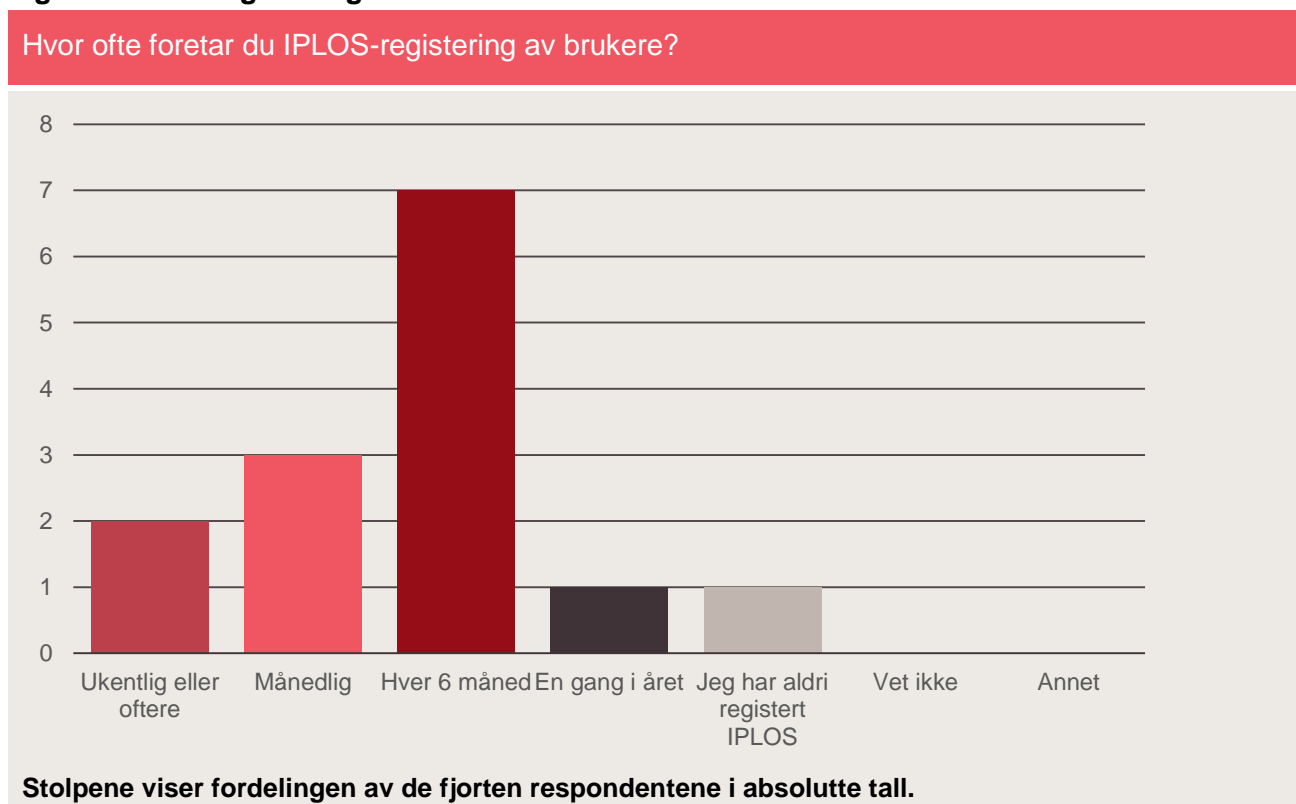
5.8 Bruken av IPLOS

Registrering i IPLOS er en lovpålagt oppgave. Formålet med IPLOS er å gi styringsinformasjon for tjenesten og kommuneledelsen og bidra til bedre kvalitet i saksbehandlingen. IPLOS skal gi god kunnskap om bistandsbehovet til brukerne. Kriteriene for å få tildelt ulike tjenester knyttes ofte til overgangen mellom de ulike trinnene i omsorgstrappen, samsvar med LEON-prinsippet. Hvor i trappen en søker befinner seg bygger på en funksjonsvurdering av søker. Vurderingen utføres etter standardiserte variabler i IPLOS. Bruk av IPLOS-data kan dermed gi viktig informasjon i vurderingen av hva som er aktuelt tjenestetilbud for den enkelte og bidra til likebehandling av søkere.¹⁷

Fagleder ved Tildelingskontoret opplyser at IPLOS-data ikke brukes i vedtaksvurderingen om tildeling av institusjonsplass. Revisjonen har gjennomført to spørreundersøkelser om bruken av IPLOS i Fet kommune. Spørreundersøkelsene omfatter hele helse- og omsorgstjenesten og svar fra både ledere i tjenesten og ansatte som registrerer i IPLOS. Svarene på spørreundersøkelsen viser varierende praksis når det gjelder registrering i IPLOS og at IPLOS i begrenset grad oppleves som et nyttig verktøy for å kartlegge og vurdere den enkeltes bistandsbehov.

Figuren nedenfor viser at halvparten de fjorten ansatte som har svart på undersøkelsen registrerer i IPLOS hver 6 måned. Tre av respondentene registrerer månedlig og to ukentlig eller oftere. En av respondentene registrerer en gang i året, mens en respondent oppgir aldri å ha registrert IPLOS.

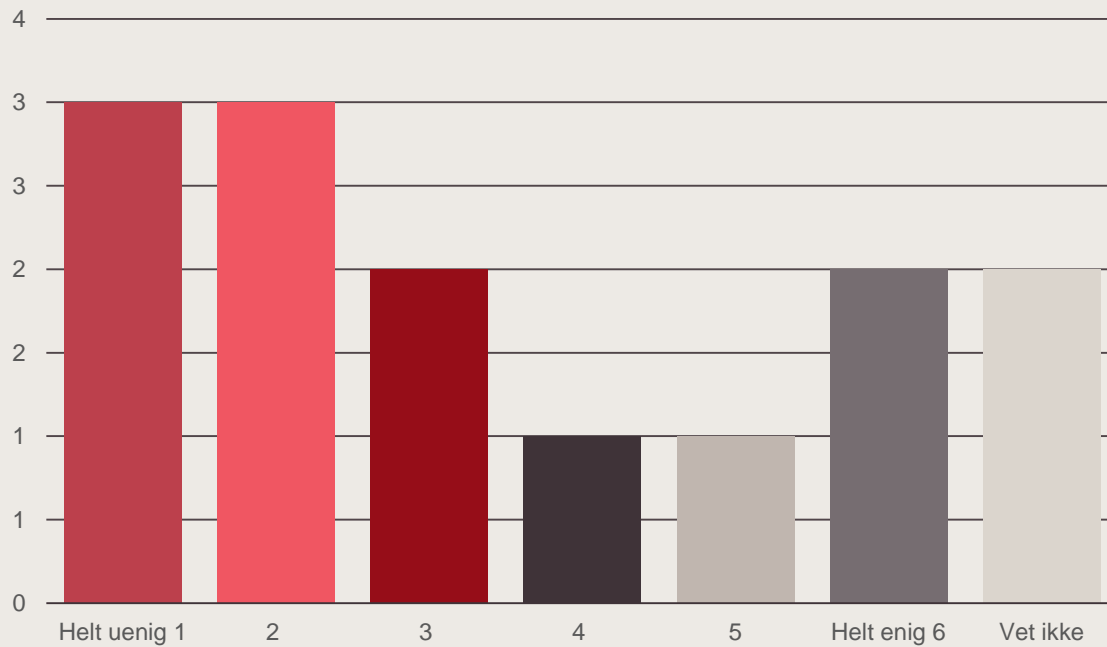
¹⁷ IPLOS-skjemaet som bruke i Fet er vedlagt rapporten.

Figur 5 IPLOS-registrering av brukere

Figuren nedenfor viser også betydelig variasjon i praksis når det gjelder nyregistreringer i IPLOS. Flertallet av de som har svart (8 av 14) er helt uenige (3), uenige (3) eller delvis uenige (2) i påstanden om at det alltid foretas ny IPLOS-registrering når brukers funksjonsnivå endrer seg.

Figur 6 Ny registrering i IPLOS

Det foretas alltid ny IPLOS-registrering når brukers funksjonsnivå endrer seg - registrerere

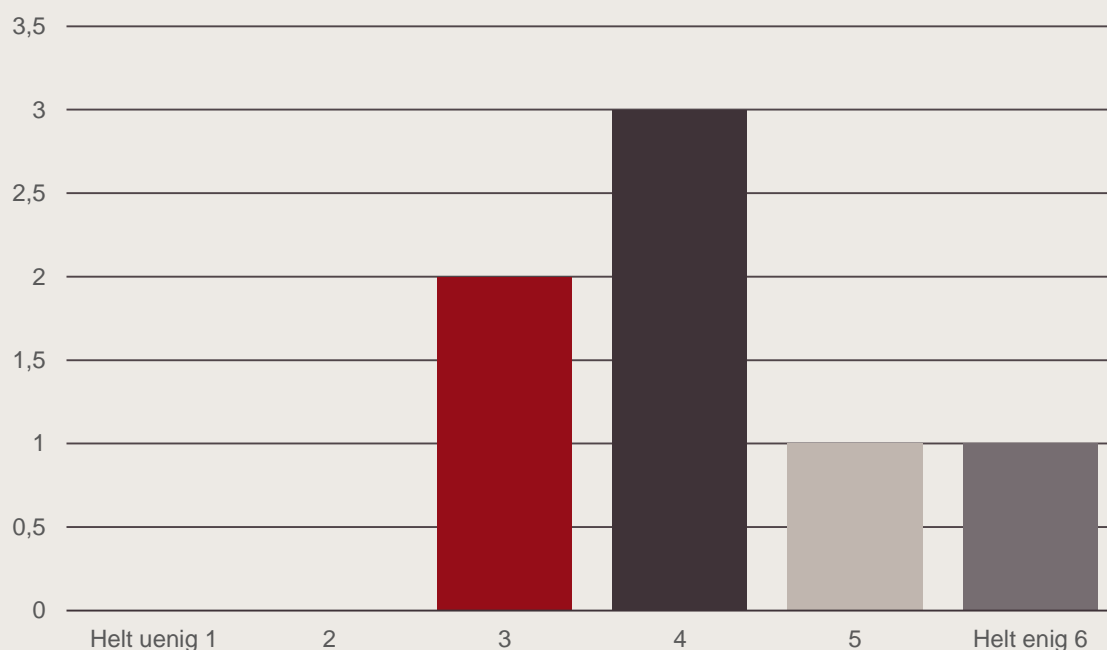


På en skala fra en til seks, hvor uenig/enig er du i påstanden «Det foretas alltid ny IPLOS-registrering når brukers funksjonsnivå endrer seg»? Svar fra IPLOS-registrere i Fet kommune er angitt i absolutte tall. N=14.

Figuren nedenfor viser svarene fra lederne på samme spørsmål og at disse er langt mer enig i påstanden.

Figur 7 Ny registrering i IPLOS (ledere)

Det foretas alltid ny IPLOS-registrering når brukers funksjonsnivå endrer seg - lederne



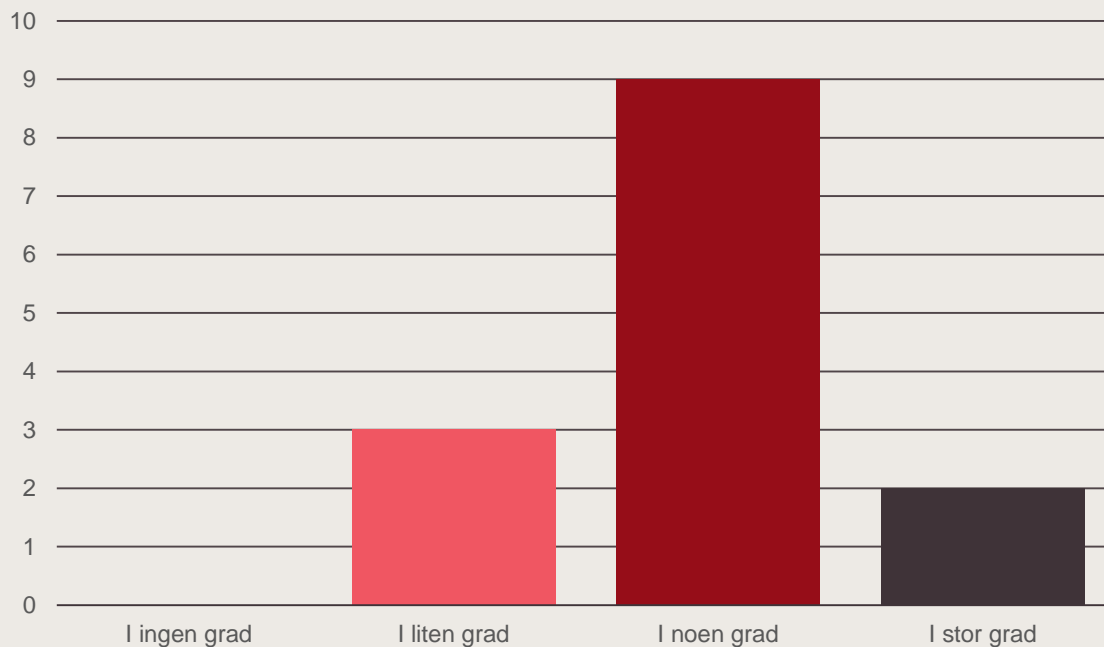
På en skala fra en til seks, hvor uenig/enig er du i påstanden «Det foretas alltid ny IPLOS-registrering når brukers funksjonsnivå endrer seg»? Svar fra lederne i helse- og omsorgstjenestene i Fet kommune er angitt i absolutte tall. N=7.

En leder viser i kommentarfeltet til at ideelt sett skal det alltid foretas ny IPLOS registrering når brukers funksjonsnivå endrer seg. I en travel hverdag er det ikke bestandig det blir satt av tid til det. Lederen viser videre til at ved tildeling av tjenester bør det ideelt sett vurderes IPLOS-nivå, men at man da må være sikker på at IPLOS-registreringen er riktig. Også fra ansatte som registrerer i IPLOS er en kommentar at det er store problemer med å få tid til registrering i IPLOS.

Figuren nedenfor viser at hvordan ansatte som registrerer i IPLOS opplever at variablene i IPLOS dekker tjenestens behov for informasjon om ressurs- og bistandsbehov hos brukerne. Flertallet av de som har svart (9) oppgir at variablene i noen grad dekker behovet, to svarer at de i stor grad dekker behovet, mens tre ansatte opplever at variablene i liten grad dekker behovet for informasjon.

Figur 8 Informasjonsverdi IPLOS-variabler

I hvilken grad dekker IPLOS-variablene din tjenestes behov for informasjon om ressurs- og bistandsnivå hos brukerne?

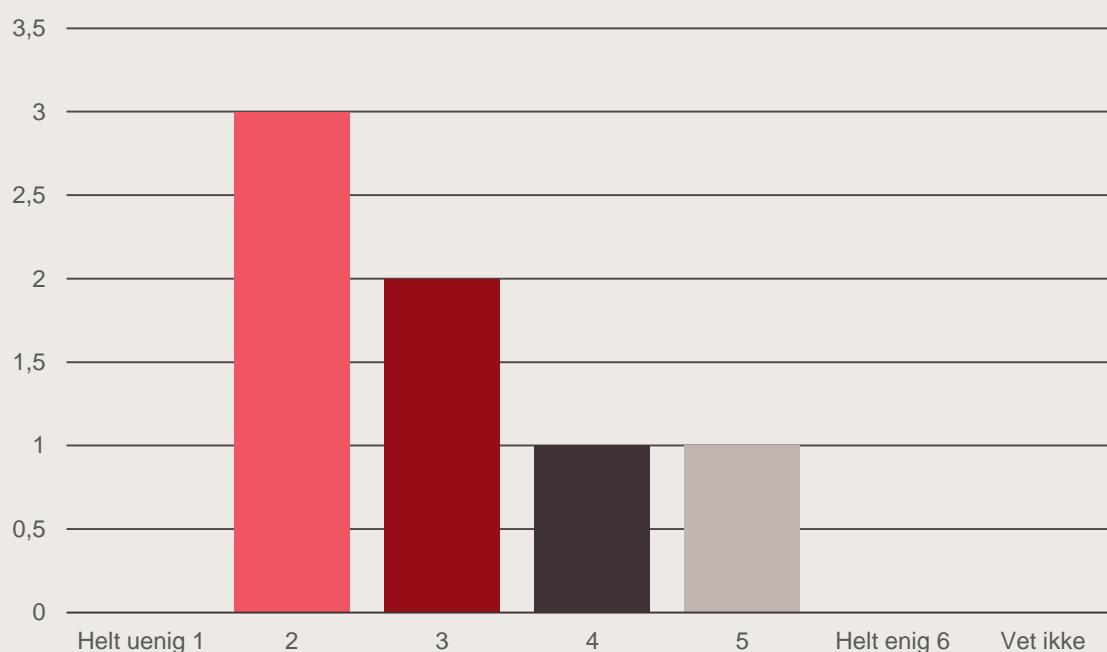


Fordelingen av IPLOS-registrerene i Fets vurdering av i hvilken grad IPLOS-variablene dekker sin tjenestes behov for informasjon om ressurs- og bistandsnivå hos brukerne er angitt i absolutte tall. N=14.

Figuren under viser at et flertall (5 av 7) av lederne i helse- og omsorgstjenesten som har svart på undersøkelsen sier seg uenige i at IPLOS-registreringen gir et korrekt bilde av den enkelte brukers ressurs- og bistandsbehov.

Figur 9 Informasjonsverdi IPLOS (ledere)

IPLOS-registreringen gir et korrekt bilde av den enkelte brukers ressurs og bistandsbehov.



Fordelingen av lederne i Fet kommunes helse- og omsorgssektor sine vurderinger av påstanden «IPLOS-registreringen gir et korrekt bilde av den enkelte brukers ressurs og bistandsbehov» er angitt i absolutte tall. N=7.

I kommentarfeltet til spørreundersøkelsen kommenterer en av lederne at IPLOS-dataene gir en indikasjon på bistandsbehovet, men at det er nødvendig med grundigere kartlegging for å kunne gi riktig bistand. En annen viser tilsvarende til at det på grunn av stor grad av skjønn i registreringen og usikkerhet om IPLOS-dataene er oppdatert, er nødvendig med andre vurderinger i tillegg. Én leder skriver at IPLOS ikke er et godt verktøy for vurdering av pasientens tilstand og peker på at IPLOS blant annet ikke fanger opp utrygghet og behov for hjelp av flere personer.

IPLOS gir ifølge en leder ikke et fullstendig bilde av funksjonsnivået og rapportene er veldig dårlige. Når nytten er liten blir dette ifølge lederen ikke høyt prioritert blant de ansatte. En annen leder viser til at det registreres i IPLOS, men kun fordi det er pålagt. Rapportene må ifølge denne lederen bli bedre skal de være et redskap for kommunene.

5.9 Revisjonens vurdering

For å sikre at kommunens praksis for tildeling av institusjonsplass er forsvarlig og innenfor lovens rammer, bør det være etablert faglige kriterier for tildeling. Revisjonen har fått oversendt «Rutine: Kriterier for tildeling av korttidsopphold i institusjon». Kriteriene er utformet administrativt og beskriver hva formålet med et korttidsopphold i institusjon kan være og hvilke bistandsbehov hos søker som gjør et korttidsopphold aktuelt.

Kriteriene ligger i «kvalitetslosen» i Fet kommune, men er ikke påtegnet dato eller formell godkjenning. Revisjonen har i tillegg fått opplyst at rutinen ikke lenger brukes og er tatt ut av systemet. Det vises til at det er brukers og behov og funksjonsevne og lovverket som ligger til grunn i vurderingene som gjøres. Det pekes i tillegg på at det er vanskelig å lage kriterier for tildeling av ulike tjenester, fordi alle søknadene skal behandles individuelt og ingen saker er like.

Revisjonen har lagt til grunn at kriterier for tildeling av institusjonsplass vil bidra til at skjønnsutøvelsen skjer innenfor lovens rammer. Etter revisjonens vurdering vil tildelingskriterier også bidra til å sikre en ensartet forvaltningspraksis og dermed likebehandling i vurderingen av søknadene og søkerens tjenestebehov, selv om resultatet av vurderingen kan bli ulik fra sak til sak.

Revisjonen har videre lagt til grunn at tildelingskriteriene skal være åpent tilgjengelig for de som vil søke om plass på institusjon. Dette er viktig for at søkerne skal kunne forutberegne sin rettsstilling og vurdere grunnlaget for en eventuell klage. På kommunens hjemmeside vises det til at det skal være satt mål for korttidsoppholdet og at korttidsopphold i hovedsak er beregnet på hjemmeboende som av medisinske årsaker har behov for opptrening eller utredning av funksjonsevne. Revisjonen får opplyst at Fet kommune skal lansere nye hjemmesider 2015, med mer informasjon også om kommunens helse- og omsorgstjenester.

Viktig for en forsvarlig tildelingspraksis når det gjelder utskrivningsklare pasienter fra Ahus, er god informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune, slik at kommunen kan gjøre en riktig vurdering av pasientenes funksjonsevne og bistandsnivå. Undersøkelsen viser at det elektroniske meldingsutvekslingssystemet PLO stort sett oppleves å fungere bra. Samtidig viser undersøkelsen at det også er en del utfordringer knyttet til samhandlingen, blant annet når det gjelder informasjonen om pasientenes funksjonsnivå. Det er etter revisjonens vurdering avgjørende for et helhetlig og forsvarlig pasientforløp at samhandlingen mellom kommune og sykehus fungerer etter forutsetningene og i samsvar med inngåtte avtaler.

Revisjonens gjennomgang viser at enkeltvedtak om tildeling av institusjonsplass, eller avslag på søknad om plass, i all hovedsak oppfyller forvaltningslovens krav til saksbehandling. Blant annet fremgår det tydelig av vedtakene hva som er hensikten og målet for oppholdet. Målet for pasienter fra Ahus er i større grad kartlegging og vurdering av hjelpebehov, fordi funksjonsnivået for disse oftere er mer uavklart, mens hjemmeboende får tildelt opphold etter mer konkrete behov med tilhørende mer spesifikke mål for opphold.

Når det gjelder avslagene på søknad om korttidsplass fremkommer det tydelig av vedtakene hvilke hensyn tildelingskontoret har lagt vekt på ved vurderingen av søknadene og begrunnelsen for avslaget er gjennomgående formulert på en lettfattelig måte.

Undersøkelsen viser videre at gjennomsnittlig saksbehandlingstid for utskrivningsklare pasienter fra Ahus er kortere enn for hjemmeboende søkere. Den viser også at antall dager fra søknaden er mottatt til oppholdet starter i gjennomsnitt er 0 dager for pasienter fra Ahus og 8 dager for hjemmeboende. Dette er naturlig i og med at utskrivningsklare pasienter i ofte er dårligere enn

hjemmeboende søkere. Revisjonen vil likevel peke på at risikoen for ikke å få et forsvarlig helse- og omsorgstilbud dermed synes å være mindre for søkere som skrives ut fra sykehus enn for hjemmeboende søkere.

Registrering i IPLOS er en lovpålagt oppgave og IPLOS-data skal bidra til å gi bedre kunnskap om bistandsbehovet til brukere. En spørreundersøkelse til ansatte i helse- og omsorgstjenesten viser varierende praksis når det gjelder registrering i IPLOS og at IPLOS i begrenset grad oppleves som et nyttig verktøy for å kartlegge og vurdere den enkeltes bistandsbehov. Revisjonen har også fått opplyst at IPLOS-data ikke brukes i vedtaksvurderingen knyttet til tildeling av institusjonsplass. Kommunen bør arbeide for å styrke registreringen og bruken av IPLOS-data både i helse- og omsorgstjenesten generelt og som del av beslutningsgrunnlaget for tildeling av institusjonsplass.

6 INTERNKONTROLL

6.1 Revisjonskriterier

Ifølge forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4 skal den/de ansvarlige for virksomheten beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal ifølge forskriften også klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.

I følge § 5 i internkontrollforskriften skal internkontrollen kunne dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Revisjonen legger følgende revisjonskriterier til grunn for problemstillingen:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
Er det etablert en internkontroll som bidrar til å sikre god praksis ved tildeling av institusjonsplasser?	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Internkontrollen skal beskrive oppgaver, mål og ansvars- og oppgavefordelingen ⇒ Internkontrollen skal være dokumentert og tilgjengelig for ansatte ⇒ Internkontrollen skal omfatte kriterier for tildeling og rutiner for saksbehandling og avvikshåndtering ⇒ Rutinene skal være oppdaterte og vise til aktuelt lov- og regelverk ⇒ Kommunen bør sikre at ansatte som registrerer i IPLOS har fått nødvendig opplæring

6.2 Internkontrollen i Fet ved tildeling av institusjonsplasser

Pålsetunet har en virksomhetsplan hvor organisasjonen, hovedoppgavene og målene er listet opp sammen med forbedringsarbeidet som foregår. Vedtaksmyndighet for tildeling av institusjonsplasser er delegert fra enhetsleder på Pålsetunet til leder for tildelingskontoret i delegasjonsvedtak av 2.2.2014.

Fet kommune bruker dataprogrammet «kvalitetslosen» som et helhetlig kvalitetssystem. Tildelingskontoret opplyser at det har en egen mappe i kvalitetslosen hvor rutinene og

retningslinjene ligger lagret, og fagleder ved kontoret opplyser at «Alle ansatte har tilgang til rutinene. Ansatte blir vist hvor, og hvilke rutiner som gjelder for kontoret, og hvordan de finner de».¹⁸

Tildelingskontoret har i e-post til revisjonen oversendt følgende rutiner/retningslinjer:¹⁹

- Saksbehandling ved søknader/henvisninger om helse- og omsorgstjenester
- Rutine for behandling av A-skjema, B-skjema, endringsmeldinger og PLO-meldinger fra Ahus
- Rutine for utskrivning av somatiske pasienter fra spesialisthelsetjenesten-sjekkpunkter
- Rutine kriterier for revurdering av vedtak om helse- og omsorgstjenester
- Kriterier for tildeling av korttidsopphold i institusjon
- Kriterier for tildeling av fast plass i institusjon
- Kriterier for tildeling av langtidsplass i institusjon, dement enhet
- Rutine kriterier for tildeling av avlastningsopphold i sykehjem og andre avlastninger
- Rutine for behandling av klagesaker på enkeltvedtak

Revisjonens gjennomgang viser at samtlige rutiner har henvisninger til aktuelt lov- og regelverk. I noen av rutinene er det henvist til utgåtte lover. Helse- og omsorgstjenesteloven erstattet fra 1.1.2012 de to lovene: Lov om sosiale tjenester og Lov om helsetjenesten i kommunene. To rutiner har korrekte men ikke detaljerte lovhensvisninger. Ellers er henvisningene riktige med unntak av at det vises til rutine for «iverksetting av tjenester» som ifølge fagleder ikke finnes som egen rutine.

Tabellen under gir en oversikt over om rutinene er oppdatert, om ansvaret for funksjonene rutinene beskriver er plassert, om rutinene er formelt godkjent og om rutinene beskriver avvikshåndtering.

¹⁸ E-post fra fagleder tildelingskontor til revisjonen 11.2.2015

¹⁹ E-post fra fagleder tildelingskontor til oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor i Østre Romerike revisjonsdistrikt 18.12.2013. I følge e-post fra fagleder tildelingskontor til revisjonen 5.01.2015 er disse rutinene gjeldende fortsatt, med unntak av rutine for behandling av klagesaker enkeltvedtak som er oppdatert november 2014.

Tabell 11 Rutiner tildelingskontoret

Gjennomgang rutiner tildelingskontoret

Navn på rutine	Sist oppdatert	Ansvar	Formelt godkjent	Avviksbehandling
Saksbehandling ved søknader/henvisninger om helse- og omsorgstjenester	Ikke datert	Tildelings-kontoret	Ikke signert med navn og stilling	Avvik skal rapporteres elektronisk i kvalitetslosen
Rutine for behandling av A-skjema, B-skjema, endrings-meldinger og PLO-meldinger fra Ahus	Ikke datert	Tildelings-kontoret	Ikke signert med navn og stilling	Avvik på intern rutiner meldes elektronisk i kvalitetslosen
Utskrivning av somatiske pasienter fra spesialisthelsetjenesten-sjekkpunkter ²⁰	Ikke datert	Tildelings-kontoret har ansvar for punkt 5.1 og 5.2. punkt 5.3 er utfører i kommunens-ansvar.	Ikke signert med navn og stilling	Avvik meldes elektronisk via kvalitetslosen??
Rutine kriterier for revurdering av vedtak om helse- og omsorgstjenester	Datert 2.3.2011	Enhetsleder Pålsetunet. Ansvar neste revisjon tildelingskontoret	Enhets-leder Pålsetunet	Ingen tekst/blankt
Rutine kriterier for tildeling av korttidsopphold i institusjon	Ikke datert Neste revisjon 06/06	Ansvar ikke definert Ansvar for neste revisjon J.I.A	Ikke signert med navn og stilling	Ingen tekst/blankt
Rutine kriterier for tildeling av fast plass i institusjon	Ikke datert Neste revisjon 06/06	Ansvar ikke definert Ansvar for neste revisjon J.I.A	Ikke signert med navn og stilling	Ingen tekst/blankt
Rutine kriterier for tildeling av fast plass i institusjon, dement enhet	Ikke datert Neste revisjon 06/06	Ansvar ikke definert Ansvar for neste revisjon J.I.A	Ikke signert med navn og stilling	Ingen tekst/blankt
Rutine kriterier for tildeling av avlastningsopphold i sykehjem og andre avlastninger	Datert 2.3.2011	Enhetsleder Pålsetunet. Ansvar for neste revisjon tildelingskontoret. Neste revisjon: blankt	Enhets-leder Pålsetunet	Ingen tekst/blankt
Rutine for behandling av klagesaker på enkeltvedtak	Versjon november 2014	Tildelingskontoret	Ikke signert med navn og stilling	Avvik meldes elektronisk via kvalitetslosen

²⁰ Fagleder tildelingskontor opplyser i e-post til revisjonen 11.2.2014 at rutinen «utskrivning av somatiske pasienter fra spesialisthelsetjenesten» ikke brukes lenger. Den var kun et hjelpemiddel som ble utarbeidet ved innføringen av samhandlingsreformen i januar 2012. Når så ting fungerte greit var det ikke nødvendig med utfylling av rutineskjemaet.

Som det går fram av tabellen er tre av fire rutiner for tildeling av institusjonsplasser ikke datert eller oppdatert. Disse skulle ifølge rutinen vært oppdatert 06/06. Av de andre frem rutinene er to oppdatert i 2011 mens én rutine er oppdatert november 2014.

For tre av de totalt ni rutinene er ansvaret ikke beskrevet. To av rutinene er formelt godkjent av enhetsleder på Pålsetunet, mens syv rutiner ikke er formelt godkjent med navn. I tre rutiner er det fastsatt at kvalitetslosen skal brukes til avviksbehandling. I én rutine står det «kvalitetslosen?». I fem av rutinene er det ikke definert hvor avvik skal meldes.

6.2.1 Bruken av kriterier og rutiner

Som beskrevet i kapittel 5, brukes ikke alle kriteriene for tildeling revisjonen har fått oversendt. Det er i følge fagleder ved tildelingskontoret stort sett det som fremkommer på kommunens hjemmesider som brukes som kriterier. Det eneste kriteriet når det gjelder tildeling av tjenester som ligger i kvalitetslosen er ifølge fagleder for avlastning.

Når det gjelder avviksmelding i kvalitetslosen opplyser fagleder ved tildelingskontoret at kontoret ikke har meldt avvik i kvalitetslosen hittil i 2014.²¹ Kontoret har ifølge fagleder ikke hatt behov for å melde avvik. Fagleder viser til at Fet er en liten og oversiktlig kommune med gode kommunikasjonslinjer mellom de ulike enhetene og at ting fungerer.

Fagleder opplyser til revisjonen at hun foretar følgende daglige og andre regelmessige kontrollhandlinger (epost 5.3.2015). Alle hverdager sjekkes «Linken» i fagsystemet Profil for å se at PLO-meldingsflyten fungerer. Det sjekkes at alle PLO-meldinger som blir sendt og mottatt kommer korrekt frem. Ved fagleders fravær gjør systemansvarlig dette. I tillegg har Fet samarbeid om dette med Enebakk og Rælingen kommuner da alle tre kommunene bruker felles datalink. Alle vedtak som fattes signeres og godkjennes fortløpende/innholdet kvalitetssikres.

Fagleder opplyser videre at hver uke kontrolleres at alle dokumenter er arkivert (kjører feilmelding) for å sikre at all dokumentasjon er tilgjengelig og har fått over i arkiv. Denne internkontrollhandlingen er det fagleder tildelingskontor som gjør og i liten grad andre. Fagleder tildelingskontor opplyser til revisjonen at dette er en arbeidsoppgave som ikke haster. Tildelingskontoret i Fet har utarbeidet en egen rutine på dette. Det lages statistikk hver måned ut fra postjournal. Dette gjøres gjennom å kjøre kontroll på alle saker og vedtak som er registrert inn i fagsystemet den siste måneden. Fagleder kjører også statistikk hver måned og rapporterer statistikken. Statistikk lages månedlig på PLO-meldinger, vedtak inklusiv avslag, liggedøgn på Pålsetunet, samt overliggerdøgn/antall pasienter fra Ahus. Fagleder opplyser til revisjonen at dette er en arbeidsoppgave fagleder stort sett er alene om.

²¹ Opplyst i intervju med revisjonen 17.11.2014

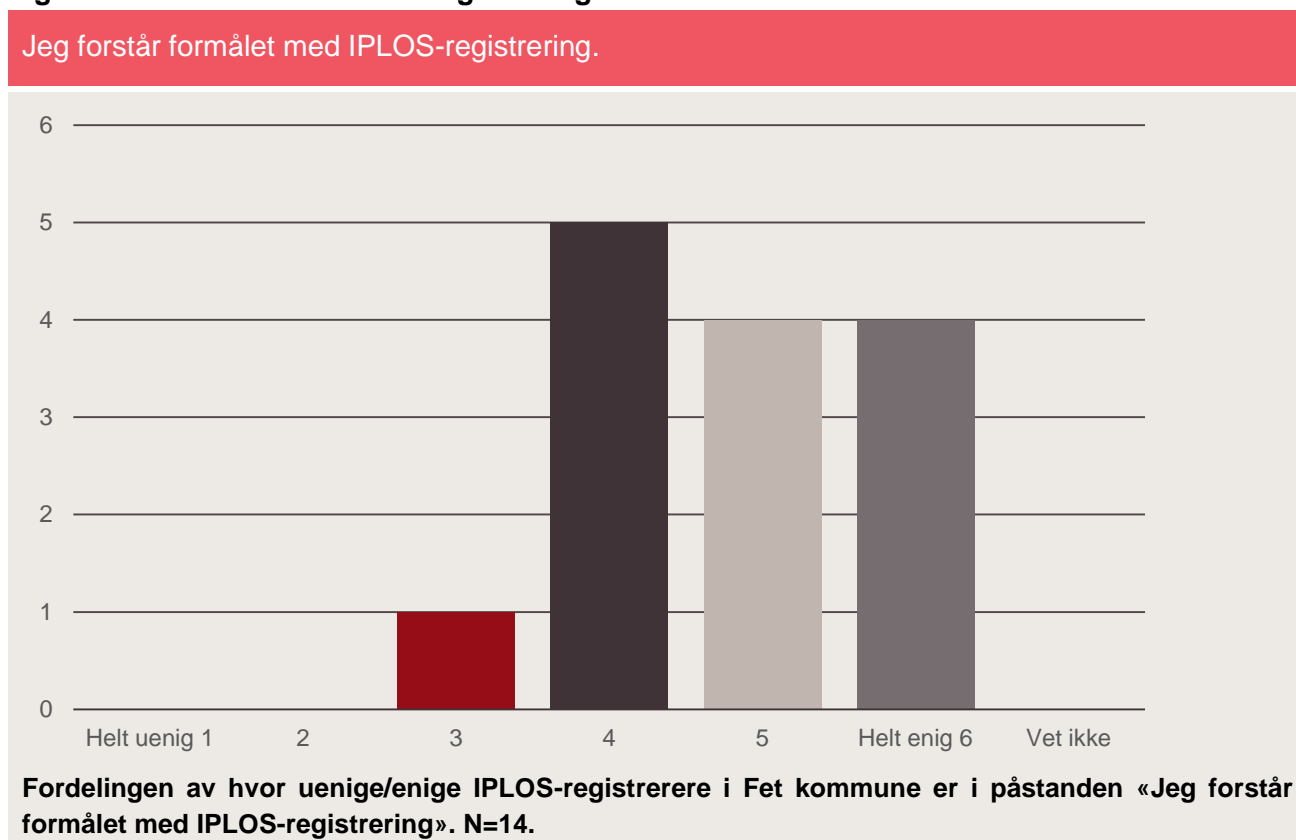
6.3 Internkontroll IPLOS

Revisjonen har gjennomført to spørreundersøkelser om bruk av IPLOS. Én undersøkelse ble sendt til ansatte som registrerer IPLOS på brukerne i Fet og én undersøkelse ble sendt til ledere innenfor helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

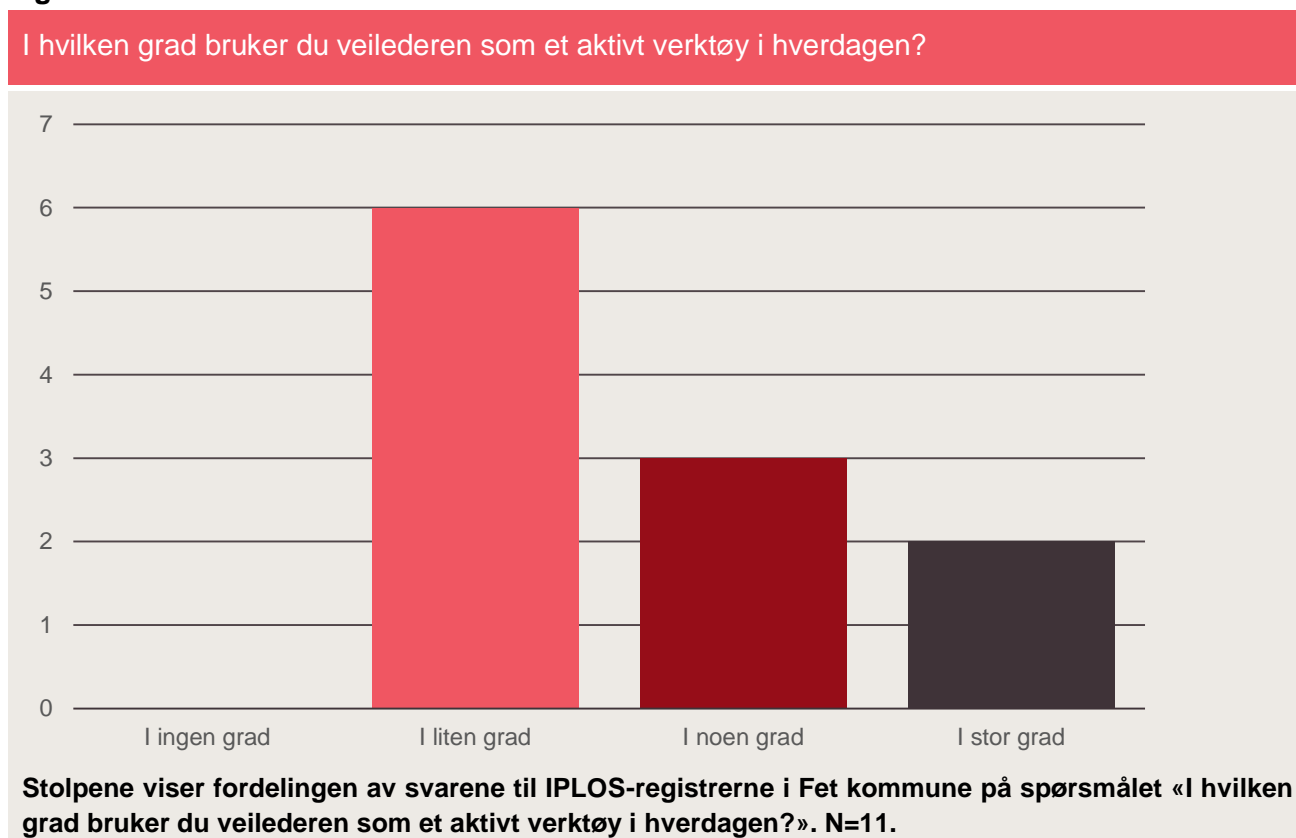
Interkontroll innebærer også at ansatte i Fet registrerer i IPLOS på en ensartet måte. Dette krever at de ansatte som registrerer i IPLOS har en god forståelse av formålet med systemet og hva som ligger i de ulike variablene, og ellers er godt kjent med hvordan systemet brukes.

Figuren under viser at et flertall av ansatte som registrerer i IPLOS, riktignok i noe ulik grad, mener å forstå formålet med IPLOS-registrering.

Figur 10 Formålet med IPLOS-registrering



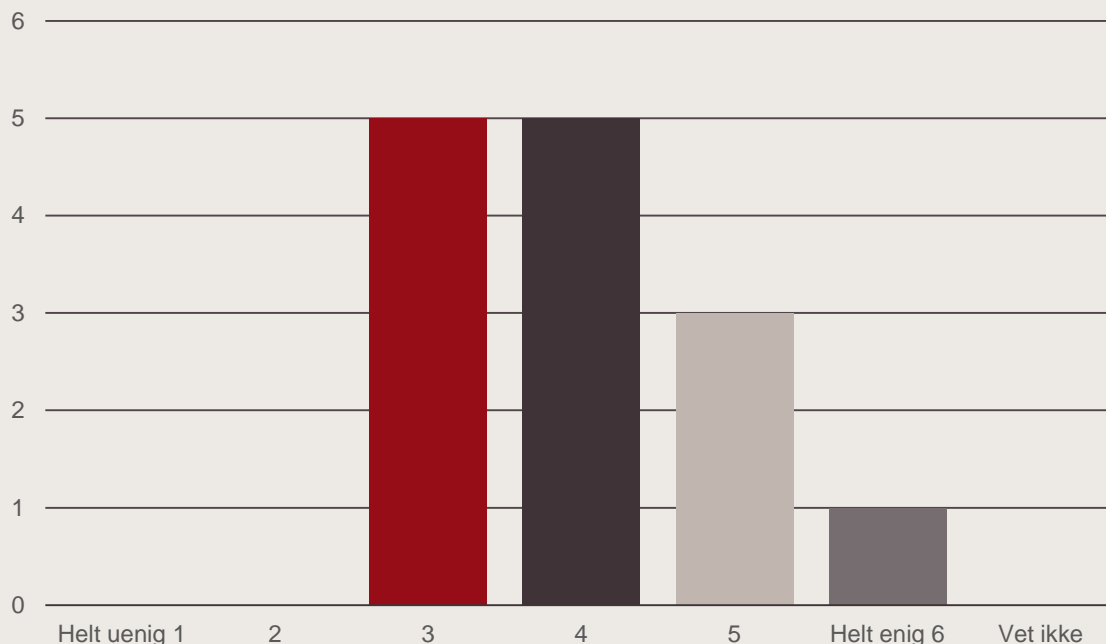
Et flertall av respondentene, elleve av fjorten, oppgir også å være kjent med IPLOS-veilederen fra Helsedirektoratet. Tre av respondentene svarer at de ikke er kjent med IPLOS-veilederen. Tabellen under viser imidlertid at IPLOS-veilederen i varierende grad brukes aktivt. Seks av elleve svarer at de i liten grad bruker den som et aktivt verktøy i hverdagen. Tre svarer at de i noen grad bruker veilederen som et aktivt verktøy i hverdagen, og to respondenter svarer at de bruker den i stor grad.

Figur 11 Bruk av IPLOS-veileder

Figuren under viser i hvilken grad de ansatte ellers opplever å ha fått opplæring i bruk av IPLOS. Svarene gir ikke et entydig bilde, men viser betydelig variasjon. Flertallet av respondentene er delvis uenige og delvis enige med påstanden «Jeg har fått opplæring i hvordan IPLOS-variablene skal forstås for å kartlegge brukers ressurs- og bistandsbehov». Ingen av respondentene er helt uenige eller uenige. Fem av respondentene er delvis uenige i påstanden. Fem av respondentene er delvis enige i påstanden. Tre av respondentene er enige, mens én er helt enig i at de har fått opplæring i hvordan IPLOS-variablene skal forstås for å kartlegge brukers ressurs- og bistandsbehov.

Figur 12 Opplæring i forståelsen av IPLOS-variablene

Jeg har fått opplæring i hvordan IPLOS-variablene skal forstås for å kartlegge brukers ressurs- og bistandsbehov.

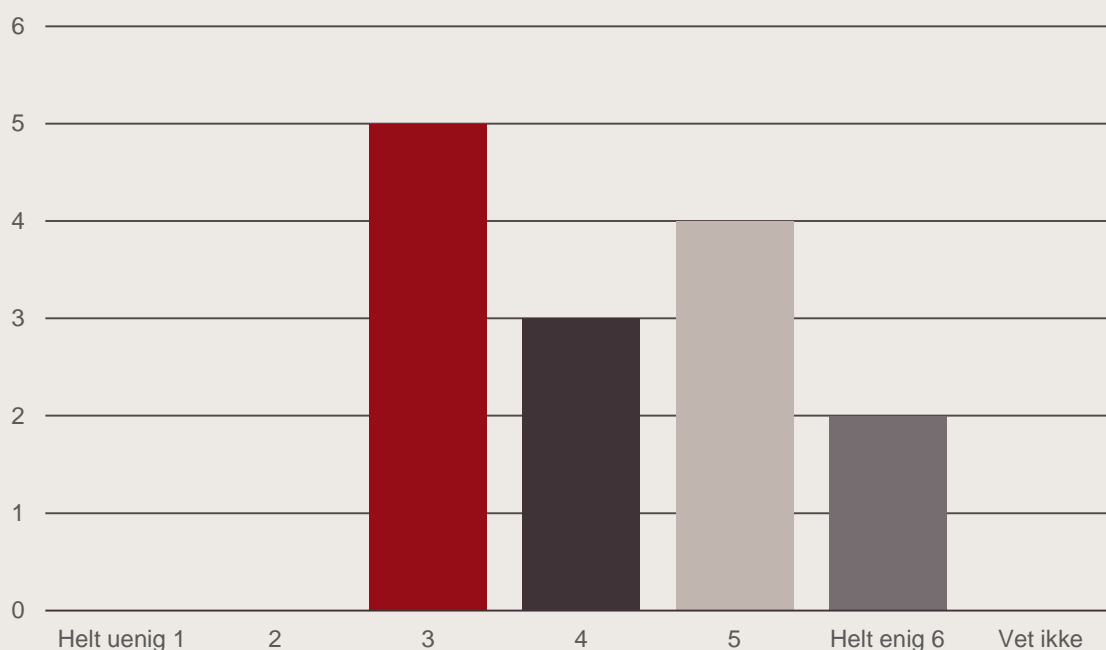


Fordelingen av hvor uenige/enige IPLOS-registrerere i Fet kommune er i påstanden «Jeg har fått opplæring i hvordan IPLOS-variablene skal forstås for å kartlegge brukers ressurs- og bistandsbehov». N=14.

Figuren under viser at det også er betydelig variasjon i hvordan de ansatte som registrerer i IPLOS vurderer påstanden «Jeg får god veiledning internt i kommunen når jeg trenger det». Ingen er helt uenig eller uenig i påstanden, men fem av respondentene er delvis uenige i påstanden om at de får god veiledning internt i kommunen. Tre er delvis enige i påstanden. Fire er enige i påstanden, mens to er helt enige i at de får god veiledning. Ingen svarer vet ikke.

Figur 13 IPLOS- veiledning internt i kommunen

Jeg får god veiledning internt i kommunen når jeg trenger det.

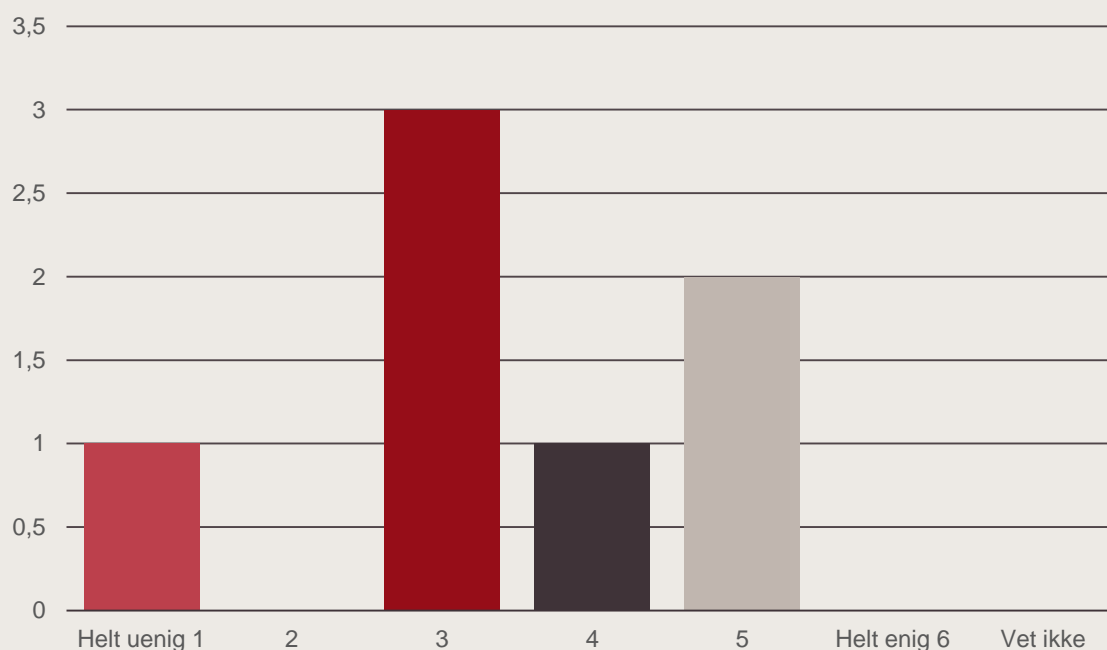


Fordelingen av hvor uenige/enige IPLOS-registrerere i Fet kommune er i påstanden «Jeg får god veiledning internt i kommunen når jeg trenger det». N=14

Figuren under viser hvordan lederne i kommunens helse- og omsorgstjeneste vurderer opplæringen i bruk av IPLOS. Ingen er helt enige i påstanden om at «De som skal lese og tolke IPLOS-statistikk får god opplæring». To er enige i påstanden (5 av 6), og en er delvis enig. Den største andelen ledere, tre stykker, er delvis uenig i påstanden. En leder sier seg helt uenig i påstanden om at de som skal lese og tolke IPLOS-statistikk får god opplæring.

Figur 14 Opplæring i IPLOS (ledere)

De som skal lese og tolke IPLOS-statistikk får god opplæring.



Fordelingen av hvor uenige/enige lederne Fet kommunes helse- og omsorgssektor er i påstanden «De som skal lese og tolke IPLOS-statistikk får god opplæring.». N=7.

En av lederne viser i kommentarfeltet til at det «ikke er mange i kommunen som er gode på dette, vi prøver oss fram etter beste evne.» En annen av lederne kommenterer at det ved «Ved innføring av IPLOS i 2006 ble det gjennomført opplæring for nøkkelpersonell i Akershus, det ble brukt "opplæringsvideo" for at hele Norge skulle vurdere så likt som mulig. I fortsettelsen har opplæring skjedd internt i den enkelte kommune, og muligheten for å vurdere ulikt blir stor. Det er hovedsakelig IPLOS-ansvarlig og enhetsleder/avdelingsleder som tar ut statistikk og tolker den.»

Lederne i helse- og omsorgstjenesten ble også spurt om gi ei samlet vurdering av IPLOS-kompetansen i kommunen. Flertallet vurderer samlet sett IPLOS-kompetansen i kommunen til å ligge litt over middels god. To vurderer kompetansen som delvis dårlig og to vurderer den som delvis god. En av lederne vurderer IPLOS-kompetansen i kommunen som god. To svarte vet ikke.

En av lederne viser i kommentarfeltet til at «det er veldig vanskelig å sette noe tall på denne kompetansen (...) jeg tror ansatte i pleie og omsorgstjenesten gjør så godt de kan, men IPLOS har ikke blitt det verktøyet vi forventet at det skulle bli.»

6.4 Revisjonens vurdering

Revisjonens vurdering er at det i all hovedsak er etablert en internkontroll for tildeling av institusjonsplass som kan sies å oppfylle sentrale kriterier til god internkontroll. Samtidig er det etter revisjonens vurderinger også en del svakheter ved denne.

Revisjonen har mottatt dokumentasjon som beskriver hovedoppgaver og mål for virksomheten (Pålsetunet), som inneholder nødvendig formell delegasjon av vedtaksmyndighet og som viser ansvars- og oppgavefordelingen på virksomhetsnivå. Undersøkelsen viser videre at det er etablert rutiner og prosedyrer for saksbehandlingen ved tildeling av institusjonsplass og at disse er dokumentert og gjort tilgjengelig for ansatte ved tildelingskontoret elektronisk i programmet «kvalitetslosen».

Imidlertid viser undersøkelsen også at enkelte rutiner ikke fastsetter hvem som er ansvarlig for funksjonen rutinen beskriver. Enkelte rutiner har ikke blitt oppdatert i samsvar med fastsatt dato for dette. Flere rutiner mangler informasjon om oppdatering, eller har ingen formell godkjenning. Flere rutiner viser også til feil eller utdatert lov- og regelverk. Undersøkelsen viser dessuten at mange rutiner ikke beskriver praksis for håndtering av avvik.

Revisjonen har lagt til grunn at internkontrollen også skal omfatte kriterier for tildeling av institusjonsplass. Det vises i den forbindelse til kapittel 5, der det blant annet fremkommer at tildelingskontoret har hatt utfordringer med å utforme kriterier for tildeling av tjenester og at de kriteriene for tildeling av korttidsopphold som revisjonen har fått oversendt ikke er i bruk.

Revisjonen vil framheve at en god og velfungerende internkontroll er viktig for å sikre at praksis for tildeling av institusjonsplasser holder seg innenfor lovens minstestandarder for hjelp og for likebehandling av søkere. Kommunen må derfor sørge for at internkontrollen på området er oppdatert og fullstendig. Det er også viktig at sentrale kontrollhandlinger ellers nedfelles skriftlig, slik at de er tilgjengelig for alle medarbeiderne.

Etter revisjonens vurdering er det ikke etablert en tilstrekkelig internkontroll for bruk av IPLOS. Undersøkelsen viser at IPLOS-veilederen fra Helsedirektoratet brukes i varierende grad. Svarene for spørreundersøkelsen kan også ellers tyde på at det er et potensiale for å styrke opplæringen og veiledningen i bruk av IPLOS i kommunen.

7 RAPPORTERING OG STYRINGSDATA

7.1 Revisjonskriterier

Kommunene plikter å rapportere informasjon om ressursbruk og tjenesteyting til staten gjennom KOSTRA. Tjenesterapporteringen til statlige myndigheter består av tjenestedata som spesifiseres i fastsatte elektroniske skjemaer eller data avgitt ved spesifiserte uttrekk fra fagsystem.

Riktig rapportering i KOSTRA omfatter også informasjon om sykehjemsplasser og nøkkeltall for korttidsopphold og langtidsopphold. Korttidsopphold er et tidsavgrenset opphold i institusjon, mens langtidsopphold er opphold i institusjon på ubestemt tid eller tidsavgrenset opphold når vedkommende har vært på institusjon i minst 60 døgn pr. kalenderår.

IPLOS-rapportering og bruk av IPLOS-data skal i tillegg til å gi god kunnskap om bistandsbehovet til den enkelte også gi styringsinformasjon for helse- og omsorgstjenesten og kommuneledelsen.

Til dette kapitlet er det utarbeidet følgende problemstilling med tilhørende revisjonskriterier:

Problemstilling 3	Revisjonskriterier
Følger kommunen retningslinjene og har den en tilfredsstillende praksis for regnskapsføring og rapportering av styringsindikatorer for tildeling av institusjonsplasser?	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Kommunen skal sikre et mest mulig korrekt grunnlag for regnskapsrapportering og rapportering av tjenestedata ⇒ Kommunen bør bruke IPLOS som styringsdata internt ⇒ Kommunen skal endre vedtak om korttidsplass til langtidsplass når kriteriene for langtidsplass er oppfylt

7.2 Grunnlag for rapportering

Revisjonen har tidligere gjennomgått grunnlaget for rapportering i Fet kommune, i forbindelse med undersøkelsen av Samhandlingsreformen/delrapport I. Inntrykket er at regnskapsføringen i hovedsak foretas på en korrekt måte, slik at innrapporteringen av tjenestedata gir et korrekt bilde når det gjelder aktuelle KOSTRA-funksjoner, særlig funksjonene 253 og 254.

7.3 Bruk av IPLOS som styringsdata

Spørreundersøkelsen viser at lederne i Fet kommunes helse- og omsorgstjenester i begrenset grad oppfatter IPLOS-data som et godt grunnlag for strategisk styring på helse- og omsorgsområdet.

Flertallet av lederne oppgir å bruke IPLOS- data i noen eller liten grad som grunnlag for å fatte beslutninger på strategisk nivå. 3 av 7 svarer at de i noen grad bruker IPLOS-statistikk/data som grunnlag for beslutninger på strategisk nivå. Videre svarer 2 av lederne at de i liten grad bruker IPLOS-data som grunnlag for beslutninger på strategisk nivå. Det er verdt å merke seg at 2 av

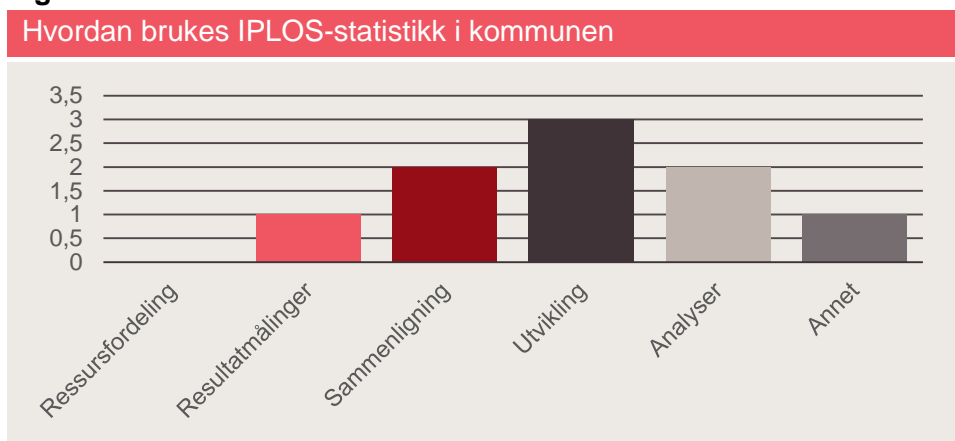
lederne svarer at de ikke bruker IPLOS- data som grunnlag for beslutninger på strategisk nivå. Ingen av lederne bruker IPLOS- data i stor grad som grunnlag for beslutninger på strategisk nivå.

En av lederne kommenterer i spørreundersøkelsen at IPLOS ikke har blitt det verktøyet det var ment å være og peker på at «selv om IPLOS-registrering av brukerne er obligatorisk, er det en registrering basert på skjønn og muligheten for ulik registrering er stor». En annen leder kommenterer at IPLOS gir for dårlige rapporter til at de kan brukes til å fatte beslutninger på strategisk nivå og at IPLOS ikke gir sammenlignbare data.

Ingen av lederne sier seg «helt enig» i påstanden om at «IPLOS-data er et viktig beslutningsgrunnlag for helse- og omsorgstjenesten i kommunen». 2 av 7 ledere sier seg enig i påstanden, mens 5 ledere i ulik grad sier uenig i påstanden. Lederne ble også bedt om å ta stilling til en påstand om at IPLOS-data brukes i kommunen. Flertallet, 5 av 7, svarer at IPLOS-data brukes i kommunen, mens en svarer nei. Én oppgir ikke å vite om IPLOS-data brukes i kommunen.

Lederne ble videre bedt om å besvare hvordan IPLOS-data brukes i kommunen, og 5 av 7 respondenter har svart på dette spørsmålet. Figuren nedenfor viser hvordan svarene fordeler seg.

Figur 15 Bruk av IPLOS-statistikk i Fet kommune



Kilde: Spørreundersøkelse. N=5. Det var mulig å krysse av for flere alternativer

Svarene viser at IPLOS-data brukes på flere måter av kommunen. Ut fra ledernes svar kan vi se at IPLOS-data inngår i resultatmålinger i virksomheter, enheter og avdelinger (1 av 5), blir brukt til sammenligning av egen kommune med andre kommuner (2 av 5), sammenligning av egen kommune over tid (3 av 5), analyser av forholdet mellom tjenesteproduksjon og ressursinnsats (2 av 5) og annet (1 av 5). Én leder skriver følgende i sin kommentar til dette spørsmålet:

Vi registrerer brukerne i IPLOS, men vi har ingen plan for å bruke disse dataene. Enhetene kan ta ut statistikk og se på ressursfordeling internt. Jeg har ikke tilgang til disse dataene, da de slik jeg har forstått det ligger i fagsystemet til PLO.

En annen leder kommenterer at det er behov for mer opplæring i systemet knyttet til kommunens datasystem, da man ikke får ut gode rapporter og heller ikke gode sammenlignbare data. Avslutningsvis kommenterer en leder det slik:

Vil påstå at IPLOS ikke er noe styringsverktøy, det gir kun en indikasjon på om bruker har behov for tjenester.

7.4 Reell bruk av plass i sykehjem

I delrapport 1 «Samhandlingsreformen og korttid/deltid» kom det fram at enkelte pasienter har sammenhengende opphold ut over 60 dager på korttidsavdelingen og at kommunen ikke alltid endrer betalingen i tråd med bestemmelsene i forskrift om egenandel.

Revisjonen får opplyst i epost fra kommunen av 11.05.15 at det ikke er praksis at korttidsopphold rulleres/forlenges til det er ledig langtidsplass. Alle pasienter som får innvilget langtidsopphold, får dette uavhengig av om det er ledig plass på langtidsavdelingen. Vedtak fattes og pasientene blir værende på korttidsavdelingen til det er en ledig langtidsplass, eller det kjøpes langtidsplass ved annen institusjon. Revisjonen får videre opplyst at dersom en pasient har vært over 60 dager på korttidsopphold fattes det ikke automatisk vedtak om vederlagsbetaling.²²

7.5 Revisjonens vurdering

Etter revisjonens vurdering sikrer kommunen grunnlag for korrekt rapportering av regnskap og tjenestedata fra virksomheten (Pålsetunet).

Revisjonen har lagt til grunn at kommunen bruker IPLOS som styringsdata i kommunen. Spørreundersøkelsen viser at lederne i helse- og omsorgstjenesten i begrenset grad oppfatter IPLOS-data som et godt grunnlag for viktige beslutninger og strategisk styring på helse- og omsorgsområdet. Kommunen bør styrke bruken av IPLOS-registeret på strategisk nivå.

²² Jf. Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester.

LITTERATUR OG KILDEHENVISNINGER

Lover og forskrifter

Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven).

Lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

Lov av 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven).

Lov av 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)

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

Forskrift av 15. desember 2000 nr. 1425 om rapportering fra kommune og fylkeskommuner (forskrift om kommunal rapportering).

Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten).

Forskrift av 17. februar 2006 nr. 204 om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (forskrift om IPLOS-registrering).

Forskrift av 12. november 2010 nr. 1426 om verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien).

Forskrift av 16. desember 2011 nr. 1349 om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester (forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester).

Andre kilder

Fet kommune. Strategisk helse- og omsorgsplan 2015-2025. Fet kommune 2014.

Helsedirektoratet. IPLOS-registeret. Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester, Helsedirektoratet 2014.

Helsedirektoratet. Informasjon om IPLOS-registeret, Helsedirektoratet 2007.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Regnskapsrapporteringen i KOSTRA. Veiledning regnskapsåret 2013, Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2013.

Overordnet samarbeidsavtale mellom Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og opptakskommunene.

Prp. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Samarbeidsavtale om helhetlig pasientforløp mellom Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og opptakskommunene.

Statistisk sentralbyrå. Sysselsetting i KOSTRA. Retningslinjer for inndeling av kommunal virksomhet i Enhetsregisteret. Retningslinjer for innmelding av ansatte i Aa-registeret (tidligere Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret), Statistisk sentralbyrå 2013.

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Veileder for implementering av pleie- og omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner. Et samhandlingsprosjekt mellom Akershus universitetssykehus HF og 20 kommuner på Romerike og i Follo.

Litteratur

Bernt, Jan Fridthjof og Ørnulf Rasmussen. Frihagens forvaltningsrett, bind 1, Bergen: Fagbokforlaget 2003.

Busch, Tor, Erik Johnsen og Jan Ole Vanebo. Økonomistyring i det offentlige, Oslo: Universitetsforlaget, 2002.

Eckhoff, Torstein og Eivind Smith. Forvaltningsrett, Oslo: Tano Aschehoug 1997.

FIGURER OG TABELLER

Figur 1 Organisasjonskart Fet kommune	6
Figur 2 Organisasjonskart Pålsetunet	8
Figur 3 Omsorgstrappen (LEON)	21
Figur 4 PLO- meldingssystemet.....	32
Figur 5 IPLOS-registrering av brukere.....	39
Figur 6 Ny registrering i IPLOS	40
Figur 7 Ny registrering i IPLOS (ledere)	41
Figur 8 Informasjonsverdi IPLOS-variabler	42
Figur 9 Informasjonsverdi IPLOS (ledere)	43
Figur 10 Formålet med IPLOS-registrering	50
Figur 11 Bruk av IPLOS-veileder	51
Figur 12 Opplæring i forståelsen av IPLOS-variablene	52
Figur 13 IPLOS- veiledning internt i kommunen.....	53
Figur 14 Opplæring i IPLOS (ledere).....	54
Figur 15 Bruk av IPLOS-statistikk i Fet kommune	57
Tabell 1 Årsverk ved Tildelingskontoret	7
Tabell 2 Årsverk Pålsetunet	9
Tabell 3 Antall institusjonsplasser Pålsetunet	10
Tabell 4 Utdrag delplan omsorg	22
Tabell 5 Vedtak 2014.....	26
Tabell 6 Vedtak korttidsplasser 2012-2014	27
Tabell 7 Korttidsvedtak 2014.....	27
Tabell 8 Beleggsprosent korttidsavdelingen 2014	28
Tabell 9 Tyve vedtak om korttidsopphold.....	35
Tabell 10 Hensikt og mål for korttidsopphold	36
Tabell 11 Rutiner tildelingskontoret	48

VEDLEGG: HØRINGSUTTALELSE FRA RÅDMANNEN



FET KOMMUNE
Rådmannskontoret

Romerike Revisjon IKS
Ringveien 4

2050 JESSHEIM



Deres ref.:/deres dato:
/28.04.2015

Vår ref.:
2015/844-3/INFL

Arkivkode: Dato:
216 08.05.2015

Rådmannens tilsvarende til foreleggelse av utkast til forvaltningsrevisjonsrapport. Korttidsopphold i institusjon - tildelingspraksis og internkontroll.

Viser til tilsendt utkast til revisjonsrapporten Korttidsopphold i institusjon. Tildelingspraksis og internkontroll.

Informasjonen om prosjektets hensikt har vært klar og tydelig. Det ble informert i forkant om prosjektets formål og problemstillinger.

Rådmannen har ingen kommentarer til prosjektmetode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner. Rådmannen har heller ingen kommentarer til revisjonskriteriene.

Det vurderes at rapporten er resultat av en grundig revisjon. Det er alltid nyttig å bli sett i kortene av eksterne. Det gir anledning til å reflektere og forbedre egen praksis.

Fet kommune har ansvar for å sikre god kvalitet på saksbehandling, og fatte enkeltvedtak utfra helsefaglige vurderinger.

Rådmannen tar rapporten til etterretning og vil som følge av anbefalingene i rapporten iverksette følgende tiltak

- Kriterier for hva som legges til grunn for tildeling av korttidsopphold i institusjon tydeliggjøres. Kriteriene gjøres tilgjengelige for kommunens innbyggere. Dette vil være på plass i løpet av sommeren 2015. Kommunen arbeider med å etablere ny elektronisk hjemmeside, der vil relevant informasjon være oppdatert.
- Internkontrollen for tildeling av korttidsopphold oppdateres. Rutiner for tildeling av institusjonsplass skal evalueres, oppdateres og godkjennes i løpet av sommeren 2015
- IPLOS-registrering og dokumentasjon er en lovpålagt oppgave. Rådmannen vil ha fokus på kommunens opplæringsplaner og enhetenes virksomhetsplaner. Opplæring i IPLOS-registrering og dokumentasjon vil bli intensivert. Alle ansatte innen helse og omsorgstjenesten vil få tilbud om opplæring i løpet av 2015

Rapporten er godt skrevet, den er lettlest og den har fått fram fagforståelsen på en god måte. Det er fint med sammendrag og konklusjon først i rapporten. Dersom noe skulle bemerkes så ville rapporten være enklere å lese dersom tabell med tilhørende tekst var på samme side. (fra side 38 og utover i rapporten)

Med hilsen



Trine Myrvold Wikstrøm
Rådmann

- sammen skaper vi trivsel og utvikling i Fet

Postadresse:	Besøksadresse:	Organisasjonsnr.:	964 949 115	Telefon:	63 88 61 00
Postboks 100	Rådhuset, Kirkeveien 85	E-post:	postmottak@fet.kommune.no	Bankkonto:	16210750219
1901 Fetsund	1901 Fetsund	Internett:	www.fet.kommune.no		

