

## **Veileder for landsomfattende tilsyn 2005**

# **Kommunale helse- og sosialtjenester**

**Godkjent av helsedirektør Lars E. Hanssen 23. februar 2005**

Denne veilederen er et arbeidsdokument for tilsynsmyndighetene, og den er skrevet for at Helsetilsynet i fylkenes/fylkesmennenes gjennomføring av tilsynet skal skje likt i hele landet.

Veilederen er ikke skrevet for offentlig publisering. Helsetilsynet legger den likevel på internett, for at grunnlaget for tilsynet skal være offentlig tilgjengelig, og for at de som har ansvar for tjenester og andre kan gjøre seg nytte av innholdet

---

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>3</b>
1.1	Statlige satsinger og nasjonale målsettinger .....	3
1.2	Hva vet vi om brukernes behov og tjenestetilbudet?.....	4
<b>2</b>	<b>Myndighetskrav innen helse og sosial – noen likheter og forskjeller .....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Målsetting og avgrensing ut fra mandatet .....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Sentrale momenter om innrettingen av tilsynet .....</b>	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>Oppstartfasen .....</b>	<b>16</b>
5.1	Fanger opp og vurderer nye henvendelser.....	17
5.2	Foretar en tilstrekkelig planlegging og utredning av tjenestebehovet.....	18
5.3	Fatter beslutninger og vedtak som tilrettelegger for tjenester og tiltak.....	19
<b>6</b>	<b>Iverksettelsesfasen.....</b>	<b>20</b>
6.1	Fra planer, beslutninger og vedtak til konkrete, tilrettelagte tjenester og tiltak ..	20
<b>7</b>	<b>Oppfølgingsfasen.....</b>	<b>21</b>
7.1	Sikrer kontinuitet i tjenestene.....	22
7.2	Revurderer tjenestene og foretar eventuelle endringer av tjenestetilbudet på en samordnet måte.....	23
<b>8</b>	<b>Planlegging og gjennomføring av tilsynet.....</b>	<b>24</b>
8.1	Sammensetning av revisjonsgruppen .....	24
8.2	Antall og omfang .....	25
8.3	Forberedelse .....	25
8.4	Gjennomføring .....	26
8.5	Rapport og oppfølging etter tilsyn.....	27
<b>9</b>	<b>Vedlegg.....</b>	<b>28</b>
	Vedlegg 1: To eksempler på tjenestemottakere.....	28
	Vedlegg 2: Aktuelle lover og forskrifter .....	29
	Vedlegg 3: Litteraturliste.....	30

---

## Forord

Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene skal i 2005 gjennomføre landsomfattende felles tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer (over 18 år) med langvarige og sammensatte behov. Hvilke tjenester de har behov for kan variere, men det er et fellestrekk ved målgruppen at de har varig behov for flere typer tjenester i varierende omfang.

Arbeidsgruppen som har forberedt og utarbeidet veilederen for dette tilsynet, har vært ledet av Birgit Heier Johansen, Helsetilsynet i Troms. Gruppen har ellers bestått av Britt Møll Abrahamsen, Fylkesmannen i Vest-Agder, Anne-Lene Egeland-Arnesen, Fylkesmannen i Buskerud og Ragnar Hermstad, Helsetilsynet i Sør-Trøndelag. Fra Helsetilsynet sentralt har Anders Haugland, Alf Sverre Johnson og Bente Kr. Smedbråten deltatt i arbeidsgruppen.

I mandatet som arbeidsgruppen har hatt, heter det blant annet:

*”Tjenestene disse brukerne mottar er mange og varierte. Dette medfører betydelige styringsmessige utfordringer for kommunen. For å vurdere om kommunens styring (internkontroll) er tilstrekkelig, må dette vurderes i forhold til konkrete tjenester/brukergrupper. Hvilke tjenester og brukergrupper som skal fokuseres i tilsynet skal arbeidsgruppa først og fremst velge etter å ha gjennomgått en dialog med fag- og brukermiljøer. Sentrale elementer vil være om brukernes behov blir tilstrekkelig vurdert, om det fattes beslutninger på grunnlag av denne vurderingen og om de tiltak som er besluttet blir iverksatt. Tilsynet skal fokusere der risikoen for svikt er særlig stor. Helsetilsynet vil imidlertid understreke at de tjenester som fokuseres skal være preget av tverrfaglighet, og favne videre enn pleie- og omsorgstjenester. I arbeidet bør gruppa vurdere om forhold som brukernes/personellets kjønn, etnisitet eller andre forhold har betydning for temaet og tilnærmingen i tilsynet. Arbeidsgruppa må selv legge til grunn de tilsynserfaringer og øvrig kunnskap som den finner nødvendig.”*

Arbeidsgruppa har hatt møte med representanter fra fag- og brukermiljøene (Shdir, Nova, en bydel i Oslo, FFO og Norges Handikappforbund) der det ble gitt nyttige innspill om hvilke utfordringer som oppfattes som særlig sentrale å ta fatt i ved dette tilsynet.

## 1 Innledning

### 1.1 Statlige satsinger og nasjonale målsettinger

Gjennom flere statlige handlingsplaner har Regjeringen og Stortinget over en lang periode rettet oppmerksomhet mot kommunale helse- og sosialtjenester. Både i Handlingsplan for eldreomsorgen, Opptrappingsplan for psykisk helse og Handlingsplan for helse- og sosialpersonell har kapasitetsøkning i det kommunale tjenestetilbudet vært hovedmålsettinger. Handlingsplan for eldreomsorgen har gitt en betydelig forbedring i den bygningsmessige standarden både gjennom en omfattende utbygging av omsorgsboliger, utbygging av sykehjemsplasser og utbedring av eksisterende byggemasse. Dette er

forbedringer som også har hatt positiv betydning for tjenestetilbudet til personer under 67 år (Riksrevisjonen, 2004). I perioden 1997-2001 har drøyt halvparten av personelløkningen i pleie- og omsorgstjenesten vært i hjemmetjenestene, 34 % av økningen i sykehjem og 10 % av årsverkene kom andre deler av pleie- og omsorgstjenesten til gode (St.meld. nr.31 (2001-2002)).

Det er en uttalt politisk målsetting at den enkelte skal få et tjenestetilbud tilpasset sine behov og ønsker. Helhetlig, koordinert tilbud og brukermedvirkning i utforming av tjenestene er andre sentrale prinsipper i de nasjonale målsettingene for utviklingen av de kommunale helse- og sosialtjenestene (St.meld.nr.45 (2002-2003)). Bedre tjenester er ett av innsatsområdene regjeringen framhever også i St.meld.nr.40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer (s.27):

*”Mange personer med nedsatt funksjonsevne er avhengig av omfattende tjenester fra ulike instanser for å kunne leve et aktivt og selvstendig liv. Regjeringen mener at viktige utfordringer i offentlige tjenester er knyttet til rekruttering av personell, kompetanse, organisering, informasjon, service og saksbehandling.”*

## 1.2 Hva vet vi om brukernes behov og tjenestetilbudet?

Behovet for ulike kommunale helse- og sosialtjenester vil variere for den enkelte og vil blant annet være knyttet til hvilken fase i livsløpet personen er i. For eksempel vil en tjuetåring ha andre behov og ønsker enn en åttiåring.

Helsetilsynet gjennomførte i 2003 en nasjonal undersøkelse av 13 240 tjenestemottakere i 73 kommuner i et representativt tilfeldig utvalg. Resultatene på nasjonalt nivå viste i all hovedsak en systematisk sammenheng mellom hjelpebehov og tilbud: at de som er skjøpeligst får mest hjelp, mens de sprekeste får minst.

Undersøkelsen viste imidlertid at boform ser ut til å ha betydning for tjenestemottakernes tilgang til hjemmesykepleie og praktisk bistand. De som bor i egen opprinnelig bolig og er totalt eller sterkt hjelpeavhengige, får et tjenestetilbud som er mer begrenset i omfang og innhold enn de som bor i de ulike formene for kommunale boliger. Heller ikke mennesker med psykiske lidelser får et tjenestetilbud som er tilstrekkelig i forhold til sine behov. På bakgrunn av denne undersøkelsen og andre tilsynserfaringer mener Helsetilsynet det er tvilsomt om disse tjenestemottakerne får det tilbudet de har lovfestet rett til og behov for (Statens helsetilsyn, 2003).

Av totalutvalget i kartleggingen var 1 974 av tjenestemottakerne under 67 år. Disse fordeler seg forholdsvis likt i tre kategorier av hovedårsak til hjelpebehov:

- ca 1/3 er personer med psykisk utviklingshemning
- 1/3 er personer med psykiske lidelser
- drøyt 1/3 er personer med en eller annen form for somatisk lidelse

Sammenlignet med tjenestemottakere som er over 67 år:

- er medfødte funksjonshemninger, skader, multiple sclerose og rusmiddelmisbruk sterkere representert i gruppen under 67 år.
- har de tjenestemottakere som er under 67 år et noe bedre funksjonsnivå enn de eldre, men forskjellene er små.

- bor de under 67 år oftere i en eller annen form for tilpasset kommunal bolig uten husbankstandard (35%) og i eget opprinnelig hjem (40%). De bor sjeldnere i institusjon (8,3%).

Tjenestetilbudet til de under 67 år blir oftere ansett for å være utilstrekkelig. Det ser ut til å henge sammen med de medisinske og helsemessige behov de har, og hvor de bor, heller enn alder (Romøren, 2004).

Snaut 20 % av tjenestemottakerne under 67 år får ikke tilstrekkelig hjelp til personlig hygiene og praktisk hjelp i huset, snaut 60 % får ikke tilstrekkelig sosial kontakt og aktivitet, ca. 25% får ikke tilstrekkelig annet faglig tilsyn (fysioterapi, ergoterapi, psykologtjeneste og lignende); det vil si at tjenestene etter fagfolkernes vurdering ikke har et stort nok omfang i forhold til tjenestemottakernes behov (Romøren, op. cit.).

Ideelt sett skal vurderingen av den enkeltes behov, og ikke tilgjengelige ressurser, ligge til grunn ved utforming av omfang og innhold i tjenestetilbudet. En studie fra svensk eldreomsorg (Nordstrøm og Dunér, 2003) viser at et stadig mer standardisert tjenestetilbud styrer utformingen av tjenestetilbudet til den enkelte tjenestemottaker. De nordiske landene har fulgt de samme hovedsporene i utviklingen av pleie- og omsorgstjenesten, men hastighet og omfang har vært noe ulik. Det er derfor grunn til å tro at dette utviklingstrekket ikke bare gjelder i Sverige, og heller ikke bare i forhold til eldre. Dette dreier seg trolig om et trekk ved tjenestene som har betydning for alle som søker om og mottar kommunale helse- og sosialtjenester.

Flere forskningsstudier (Lillestø, 1998; Grue, 2001; Woll, 2003) har pekt på at de kommunale helse- og sosialtjenestene mangler fleksibilitet i møte med yngre funksjonshemmede. Forutsigbarhet og fleksibilitet i tjenestetilbudet er en forutsetning for at mennesker med funksjonshemninger skal kunne delta i samfunnslivet, få utdanning, arbeid og ha en aktiv fritid. Tradisjonelle hjemmetjenester har vist seg ikke å ivareta disse hensynene på en god nok måte. Blant annet synes det som om mangel på kontinuitet i personalet skaper belastende situasjoner der den som skal motta hjelp, stadig må instruere og lære opp nye og ukjente hjelpere. Sett fra brukernes ståsted synes organisatoriske og administrative strukturer i mange tilfeller å representere strukturelle barrierer som bidrar til å opprettholde og forsterke opplevelsen av å være funksjonshemmet og hjelpetrengende.

Mye tyder på at for en del brukere med langvarige og sammensatte behov for kommunale helse- og sosialtjenester blir "kampen" for å få det tjenestetilbudet de har behov for og rett til svært strevsomt. Enkelte studier antyder at sett fra brukernes ståsted dreier dette seg om at de møter systemer som er innrettet slik at knapphet på tid og ressurser, fragmentering av ansvar, mangelfulle rutiner og manglende kontinuitet og stabilitet i bemanningen bidrar til å skape situasjoner som brukeren opplever krenkende (Lillestø, 1998; Olsvik, 2004).

Ønsket om mer forutsigbare og fleksible tjenester dreier seg blant annet om at brukerne selv ønsker å ha innflytelse på hvem de skal ha som hjelpere, hvilke arbeidsoppgaver hjelperne skal utføre og når hjelpen skal gis. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en ordning som langt på vei synes å imøtekomme disse behovene og ønskene (Askheim, 2004; Andersen, 2004). Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser at i år 2000 mottok 300 personer praktisk bistand gjennom en BPA-ordning; tilsvarende i 2003 var 1161 personer.

Brukerstyring er et sentralt prinsipp i ordningen. Brukeren fungerer som arbeidsleder for assistentene, og definerer selv sine egne behov, lærer opp og veileder assistentene. Brukeren bestemmer fordelingen av det antall timer kommunen gjennom sitt vedtak tilstår. En gjennomgang av klagesaksbehandlingen i sju fylkesmannsembeter viser at når det klages på ordningen dreier det seg hovedsakelig om tre forhold: at kommunene har gitt avslag på søknad om brukerstyrt personlig assistanse, at det ikke er innvilget tilstrekkelig antall timer og om fordelingen av timer, herunder antall timer som er avsatt som fleksibel ressurs (Begg, 2004).

Kommunenes tilbud om omsorgslønn kan synes å være begrenset; i følge tall fra Statistisk Sentralbyrå mottok 7 156 personer omsorgslønn i 2003. Stort sett er de knyttet til omsorg for eldre eller hjemmeboende funksjonshemmede barn og unge under 18 år. En evaluering av ordningen i tre forsøkskommuner viste at kommunenes praksis mht. utforming av tilbudet var svært ulik og at vurderingen av behovene og utmålingen av tilbudet (antall timer pr. uke) var komplisert (Eriksen, 2002).

Støttekontakt og avlastning er viktige tjenester for mennesker med nedsatt funksjonsevne og for private omsorgsytere. Mye tyder imidlertid på at behovet for disse tjenestene er udekket. I 2003 mottok 8 525 personer tilbud om avlastning, drøyt 60 % av disse var i alderen 0-17 år; 21 432 personer hadde støttekontakt samme år. Mange kommuner melder om at det er vanskelig å rekruttere støttekontakter og avlastere og at det er vanskelig å beholde dem over tid (NOU 2001:22).

Selv om behovet for medisinsk behandling og rehabilitering vil variere over tid, har mennesker med funksjonsnedsettelse ofte behov for flere typer helsetjenester samtidig. De har også behov for dem hyppigere enn resten av befolkningen. Medisinsk behandling og rehabilitering er for mange en grunnleggende forutsetning for livsutfoldelse og deltagelse i samfunnslivet. Målet for helsetjenesten er å bidra til at sykdom og funksjonsnedsettelse i minst mulig grad blir et hinder for aktivitet og deltagelse for den enkelte (NOU 2001:22). Fastleger, hjemmesykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter vil være sentrale medisinske og helsefaglige ressurspersoner i tjenestetilbudet til den aktuelle målgruppen.

Erfaringene fra tilsyn med habilitering og rehabilitering og med individuell plan er begrenset. En oppsummering som er gjort av Statens helsetilsyn i 2004, viser at i de tilsette kommunene var ikke re-/habiliteringsarbeidet tilstrekkelig godt organisert. Kravet om at kommunene skal ha en koordinerende enhet var ikke ivaretatt. Landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer (2002) og landsomfattende tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer (2003) viste at verken barn eller voksne med psykiske problemer får tilbud om individuell plan. Vi har ingen eller svært begrensede tilsynserfaringer om bruk av individuell plan overfor andre grupper tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov.

At noen har behov for flere typer helse- og sosialtjenester samtidig, er nettopp utgangspunktet for arbeidet med individuell plan. Opplevelsen av et fragmentert tjenestetilbud uten samarbeid og koordinering mellom ulike aktører og manglende mulighet for brukermedvirkning ligger til grunn for etablering og forskriftsfesting av ordningen. Erfaringene fra brukere, pårørende og tjenesteytere som er involvert i utarbeiding av individuell plan, er at arbeidet med en slik plan setter fart på prosesser der

det synes lettere for brukerne å sette sine egne ord på hvilke behov og ønsker de har. Hvor formalisert samarbeidet er og hvor formalisert utformingen av selve plandokumentet er, synes å variere fra kommune til kommune. Brukernes synspunkter på hvor standardisert og formalisert planarbeidet skal være, synes også å variere (Thommesen et al., 2003). Individuell plan synes å være et element som kan bidra til å oppnå mer forutsigbarhet i tjenestetilbudet.

Andelen av kvinner i sektoren er svært høy både i brukergruppene og på personellsiden. Forskning har også vist at kvinner og menn har forskjellige behov når det gjelder tilgang til og innhold i sosial- og helsetjenester (NOU 1999:13). En kartlegging gjennomført av den svenske Sosialstyrelsen viste at sosialtjenesten sjelden rettet oppmerksomhet mot likestilling mellom kvinner og menn i sitt brukerrettede arbeid. I rapporten som ble publisert i tilknytning til kartleggingen, heter det at kvaliteten og effektiviteten i virksomheten blir bedre når kvinner og menn får tjenester tilpasset sine ulike behov (Sosialstyrelsen, 2004).

Fullstendige litteraturhenvisninger ligger i vedlegg 3.

## **2 Myndighetskrav innen helse og sosial – noen likheter og forskjeller**

Med myndighetskrav hentet fra både helse- og sosiallovgivningen og forvaltningsloven, er det en fare for at det kan oppstå uklarheter om hvilke rettsregler som gjelder for helse- og sosialtjenesten samlet, og hvilke som bare gjelder for hhv. helsetjenesten og sosialtjenesten.

Nedenfor følger en gjennomgang av noen sentrale rettsregler med relevans for tilsynet.

### ***Myndighet til å føre tilsyn***

Fylkesmannens myndighet, herunder plikt, til å føre tilsyn er hjemlet i sotjl. § 2-6.

Helsetilsynet i fylket har tilsvarende myndighet hjemlet i tilsynsloven § 2. Myndigheten er også omhandlet i khl. § 6-3.

### ***Kommunens ansvar***

Kommunens ansvar for helsetjenesten er regulert i khl. § 1-1, kommunens ansvar for sosialtjenesten i sotjl. § 2-1 første ledd. Med noe ulik ordlyd i de to lovene er kommunen gitt ansvaret for oppgaver som ikke er lagt til andre forvaltningsnivåer (negativ avgrensing).

Begge lovene har en oversikt over pliktige tjenester. Nedenfor følger de oppgaver/tjenester som er spesielt relevante for målgruppen.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd skal kommunens helsetjeneste omfatte bl a følgende oppgaver:

- Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
- Medisinsk habilitering og rehabilitering

- Pleie- og omsorg

For å løse disse oppgavene skal kommunen bli ha disse deltjenestene:

- Allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning
- Fysioterapitjeneste
- Sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie
- Sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie

I tillegg skal kommunen, etter khl. § 2-1 annet ledd, gi den som søker eller trenger helsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Etter § 1-3 tredje ledd er det ikke noe absolutt lovkrav at kommunen har ergoterapitjeneste. Kommunen skal imidlertid etter forskrift om habilitering og rehabilitering § 11 ”sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte.”

Etter sosialtjenesteloven §§ 4-1 og 4-2:

- Gi opplysning, råd og veiledning
- Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
- Avlastningstiltak
- Støttekontakt
- Omsorgslønn
- 

#### **Virkeområde**

Både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, med noen unntak som ikke berører dette tilsynet, har bestemmelse om at tjenester skal gis til alle som oppholder seg i kommunen, jf. khl. § 1-1 og sotjl. § 10-1, jf. § 1-2.

#### **Nødvendige tjenester/faglig forsvarlighet**

Av khl. § 1-1 framgår at kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste og etter § 2-1 er den enkelte gitt rett til nødvendig helsehjelp. Sammenholdt med § 1-3a og § 6-3 tredje ledd er retten til nødvendig helsehjelp krav til både forsvarlig omfang og innhold. Selv om sotjl. ikke har en lignende bestemmelse om ”nødvendig sosialtjeneste”, er det også etter denne loven en grunnleggende forutsetning at tjenestene skal ligge på et forsvarlig nivå. Det vises i den forbindelse til sotjl. § 4-3 som omfatter når det foreligger krav på hjelp. Selv om hjelpen, kvalitativt og kvantitativt, skal vurderes ut fra konkrete behov og kommunens ressurser, må hjelpen ligge på et forsvarlig nivå og ha et forsvarlig innhold.

Det vises også til forskrift om habilitering og rehabilitering § 4 – Plikt til forsvarlighet.

#### **Vedtak/beslutninger**

Hovedregelen i sosialtjenesteloven er at forvaltningslovens regler gjelder for vedtak som fattes, jf. sotjl. § 8-1, mens hovedregelen i kommunehelsetjenesteloven er at forvaltningslovens regler *ikke* gjelder for vedtak, jf. khl. § 2-1 tredje ledd, med noen unntak.

I dette tilsynet innebærer det at kommunen har plikt til å fatte skriftlige (begrunnede) vedtak som kan påklages når det gjelder tjenester etter sotjl. § 4-2 og khl. § 1-3 annet ledd pkt. 4 (hjemmesykepleie), jf. fvl. kap. V. Tilsvarende krav stilles ikke til beslutninger om legetjeneste, fysioterapi og ergoterapi.

***Internkontroll***

Sotjl. § 2-1 annet ledd omhandler kommunens plikt til å føre internkontroll. Slik plikt er på helseområdet hjemlet i khl. § 1-3a og helsetilsynsloven § 3. Internkontrollen er nærmere regulert i felles forskrift. *Internkontrollforskriften* gjelder for virksomhetene som omfattes av dette tilsynet. Sosial- og helsedirektoratet har utgitt en felles veileder til forskriften: *Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten*.

***Individuell plan***

Sotjl. § 4-3a hjemler en rett til å få utarbeidet individuell plan når vedkommende har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Av khl. § 6-2a framgår det at kommunehelsetjenesten skal utarbeide slik plan når behov foreligger. Parallelt er pasienter i pasientrettighetsloven § 2-5 gitt rett til individuell plan. *Forskrift om individuell plan* er felles for sosial- og helsetjenesten og angir nærmere krav til arbeidet med og innholdet i individuell plan. Forskriften ble endret med virkning fra 1. januar 2005 slik at den også omfatter sosiale tjenester.

Sosial- og helsedirektoratet arbeider nå med en ny veileder til forskriften, den skal etter deres tidsplaner foreligge før sommeren.

Se nærmere om individuell plan i kapittel 4.

***Journalføring/dokumentasjon***

Både de ansvarlige for virksomhetene og de som yter tjenester, har plikter i dokumentasjonssammenheng. Helsepersonell har i henhold til hlspl § 39 en selvstendig plikt til å føre journal. I følge hlspl § 16 skal de ansvarlige for virksomheten legge forholdene til rette for tjenesteyterne slik at dokumentasjon foretas på en forsvarlig måte og i henhold til krav i lov og forskrift. Kommunen har etter pasientjournalforskriften § 4 plikt til å opprette et journalsystem. Nærmere om journalføring er beskrevet i forskrift om pasientjournal.

Dokumentasjonsplikten i forhold til sosialtjenesten kan deles i to. Den ene delen handler om den dokumentasjonsplikten som følger av kravene til saksbehandling ved tildeling av tjenester. Det er i all hovedsak regulert i forvaltningsloven. For den løpende tjenesteytingen er det ikke noen særregulering på samme måten som for ytelse av helsetjenester. Kommunen har etter internkontrollforskriften § 4 g plikt til å sørge for nødvendig kunnskap om de tiltak som er iverksatt fungerer og ha rapporteringsrutiner som kan avdekke eventuell svikt. For å ha noen mulighet for å samle og benytte denne informasjonen må den i praksis være skriftlig, jf internkontrollforskriften § 5. Ut fra dette må også sosialtjenesten i en viss utstrekning sies å ha dokumentasjonsplikt.

Dokumentasjonsspørsmålet i forbindelse med pleie- og omsorgstjenester er omtalt i Sosial- og helsedirektoratet sin *Veileder i saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgstjenesten*. Journalføring er ikke eget tema i dette tilsynet og er ikke nærmere drøftet i veilederen kap 5-7. Dersom det påvises avvik på de områder veilederen tar opp, og manglende dokumentasjon er blant observasjonene, kan eventuelt de aktuelle lov- og forskriftsbestemmelsene om pasientjournal tas med som hjemmelsgrunnlag for avviket.

**Kvalitetskrav**

*Kvalitetsforskriften* gjelder ut fra ordlyden pleie- og omsorgstjenester. Av forskriftens tjenesteinnhold går det fram at pleie- og omsorgstjenester defineres vidt. Medisinsk undersøkelse og rehabilitering inngår. Myndighetskravene i forskriften må ut fra dette anses å gjelde for dette tilsynets virkeområde.

**Habilitering og rehabilitering**

Habilitering og rehabilitering angår personer som både mottar helse- og sosialtjenester. *Re-/habiliteringsforskriften* gjelder imidlertid bare helsetjenesten. Det er likevel klart presisert i forskriften at kommunehelsetjenesten ved behov skal samarbeide med sosialtjenesten, jf. § 8 siste ledd. Selv om sosialtjenesten ikke gjennom forskriften pålegges plikter, må vi kunne slutte at kommunen (gjennom kommunehelsetjenesten) pålegges et ansvar for å sikre slike tjenester til målgruppen for dette tilsynet.

**Medvirkning og representasjon**

Av sosialtjenestelovens § 8-4 fremkommer det at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med tjenestemottaker. Selv om tjenesteyter kan velge hjelpeform, innebærer dette likevel at tjenesteyter må anstrenge seg for å finne en individuell tilpasset løsning.

Rett til medvirkning ved gjennomføringen av helsehjelp behandles i pasientrettighetslovens

§ 3-1. Tjenestemottaker har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.

I forskrift til individuell plan er tjenestemottakerens rett til medvirkning regulert i §§ 4 og 5.

Forskrift om habilitering og rehabilitering § 5 har bestemmelser om brukermedvirkning som sier at kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføringen av eget habilitering – og rehabiliteringstilbud.

Helse- og sosiallovgivningen har ulike regler for representasjon der tjenestemottaker har reduserte eller manglende evner til å ivareta sine egne interesser. I forhold til helsetjenesten er pårørende gitt rett til informasjon og til å medvirke, jf pasientrettighetsloven bl a kap 3 og 4. Det er ikke gitt generelle særregler om representasjon i sosialtjenesteloven. Etter fvl § 12 må det som utgangspunkt foreligge fullmakt. For personer som ikke kan ivareta sine egne interesser vil det kunne være behov for å oppnevne hjelpeverge, det vil da være aktuelt å ta med adgangen til å representere overfor forvaltningen med som en del av hjelpevergeoppdraget.

**3 Målsetting og avgrensing ut fra mandatet**

Målet med tilsynet er å finne ut om og i tilfelle hvordan kommunen etterlever myndighetskrav i ulike faser av tjenesteutøvelsen overfor voksne med langvarige og sammensatte behov for helse- og sosialtjenester og som bor utenfor institusjon. Myndighetskravene vil bli belyst i fire perspektiv: brukermedvirkning, koordinering, individualisering og forsvarlig tjenesteyting.

Tilsynet bygger på at kommunene må ha et proaktivt forhold til tjenestemottakerne. Det innebærer at kommunene ikke bare passivt utformer og tildeler tjenester som etterspørres, men også utreder og tilbyr tjenester og gjennomfører adekvate tiltak ut fra tjenestemottakernes behov.

Tilsynet betegnes som *felles*. Med felles menes at temaområdene omfatter både helsetjenesten og sosialtjenesten og at myndighetskravene er regulert i helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Tilsynet omfatter *kommunale* tjenester, ikke spesialisthelsetjenester. Med *helse- og sosialtjenester* menes et bredere spekter enn det som tradisjonelt blir forbundet med pleie- og omsorgstjenester. Da fylkesmannens tilsyn ikke omfatter sosialtjenestelovens kapittel 5 – økonomisk stønad, er denne tjenesten ikke med, jf. sotjl. § 2-6. Med *voksne* menes personer over 18 år. At behovene er *langvarige og sammensatte*, betyr at de varer over tid, er omfattende og aktualiserer både helse- og sosialtjenester. Avgrensingen ”utenfor institusjon” medfører at personer som har bosted der vederlagsforskriften kan gjøres gjeldende, ikke er omfattet av dette tilsynet.

I helse- og sosialtjenesten er det mange begreper som benyttes om de som mottar tjenester, som for eksempel: bruker, tjenestemottaker, klient og pasient. I denne veilederen har vi i hovedsak valgt å bruke begrepet ”tjenestemottakere” som felles betegnelse på de som søker/anmoder om eller mottar sosial- og/eller helsetjenester. Denne løsningen er også valgt i forskriften om individuell plan, jf. § 3.

Det er i mandatet for tilsynet ikke tegnet et skarpt bilde av én bestemt målgruppe av tjenestemottakere eller diagnoser som faller innenfor eller utenfor tilsynet. Blant tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester kan vi imidlertid forvente å finne for eksempel: slagrammede, trafikkskadde, personer med MS og Parkinson og alvorlig kronisk psykisk lidelse (schizofreni, manisk depressiv) og personer med funksjonshemminger. Som hjelp for å danne seg et bilde av hvilke tjenestemottakere det kan være aktuelt å undersøke tjenestetilbudet til gjennom dette tilsynet, er det i vedlegg 1 presentert to case.

I utgangspunktet var det tenkt å avgrense mot tjenester til personer der rusmiddelmissbruk, psykiske lidelser, eller overfor utviklingshemmede der det kan være aktuelt med bruk av tvang, var det primære utgangspunktet for hjelpebehovet. Dette fordi tjenester til disse brukergruppene har vært/er gjenstand for tilsyn. Erfaringene fra ”pilottilsynet” som ble gjennomført i Troms tilsier at en slik absolutt avgrensing kan være lite hensiktsmessig. Særlig gjelder dette i små kommuner, der det totale antallet tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov er begrenset. Til dette kommer at tilsynet viste at kommunen kan ha kommet ulikt i forhold til utarbeidelsen av individuelle planer til forskjellige brukergrupper. En viss bredde kan derfor være nødvendig for å få et utfyllende bilde av kommunens innsats overfor tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov.

Det er ikke satt noen øvre aldersgrense i forhold til de tjenestemottakere tilsynet skal omfatte, men tilsynet avgrenses mot det som upresist kan betegnes som eldreomsorg.

### ***Fastlegene og privatpraktiserende fysioterapeuter***

Innføringen av fastlegeordningen hadde som intensjon at befolkningen skulle få større trygghet og tilgjengelighet til allmennlegetjenesten og bidra til kontinuitet i lege-pasientforholdet. Dette har ført til at den enkelte fastlege har fått et større ansvar for å følge opp de pasienter hun/han har på sin liste. Dette gjelder i særlig grad pasienter med kroniske plager og omfattende helsesvikt hvor det ofte også vil være behov for å ha samhandling med andre tjenesteytere i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Fastlegen har i denne sammenhengen plikt på seg til å bidra til at pasienten får nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Deltagelse og/eller innspill til ansvarsgrupper, arbeid med individuell plan, systematisk arbeid med re-/habilitering osv. er en måte å håndtere denne plikten på. I dette tilsynet er fokus hvordan kommunen organiserer seg for at voksne med langvarige og sammensatte behov får nødvendige sosial- og helsetjenester. Kommunen må derfor kunne gjøre rede for hvordan den bidrar til at fastlegene bringes inn og er bidragsytere i dette arbeidet, jf forskrift om individuell plan § 7 e. Utover de avtaler som er gjort om offentlig legearbeid har kommunen i liten grad mulighet til å styre legens virksomhet og kan følgelig heller ikke holdes ansvarlig for svikt som knytter seg til legens oppgaveløsning. Det er viktig å være oppmerksom på i forhold til dette tilsynet som retter seg mot hva kommunen har ansvaret for.

Tilsvarende vil det være i kommuner der fysioterapitjenesten har tilknyttet privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd. Kommunen må kunne redegjøre for hvordan den sikrer at fysioterapeutene bringes inn og er bidragsytere i tjenesten til denne målgruppen.

## **4 Sentrale momenter om innrettingen av tilsynet**

Målet med tilsynet er som nevnt innledningsvis: Å finne ut om kommunen etterlever kravene til tjenester til voksne med langvarige og sammensatte behov for helse- og sosialtjenester utenfor institusjon. Tilsynet omfatter store deler av det kommunale helse- og sosialtjenesteapparatet. Vi har ikke ressurser til å foreta en inngående gransking av alle sider av denne virksomheten. Det har derfor vært nødvendig å foreta noen valg for å få til en kombinasjon av tilsyn rettet mot de enkelte deltjenester og utfordringene med å se helhet og sammenheng.

I dette tilsynet er problemstillingene delt opp i tre faser etter en tidsakse. Hver av fasene representerer litt forskjellige utfordringer for kommunen I denne veilederen er disse omtalt som:

- *Oppstartfasen* – håndtering av nye henvendelser; planlegging, utredning og beslutning
- *Iverksettelsesfasen* – fra planer, beslutninger og vedtak til konkrete tjenester og tiltak
- *Oppfølgingsfasen* – oppfølging av tjenestemottakere og revurdering og justering av tjenester.

Helsetilsynet vil understreke at inndeling i faser først og fremst er ment som en hjelp til å sortere problemstillingene i tilsynet, men er ikke avgrensede temaer slik andre veiledere har vært inndelt. Kommunens oppgaver innenfor de forskjellige fasene henger sammen, svikt som avdekkes kan få konsekvenser både ved oppstart, iverksetting og senere oppfølging. For den enkelte bruker kan det variere hvordan sakene starter opp og om for eksempel deler av tjenestetilbudet utredes mens andre deler iverksettes. For mange av de aktuelle tjenestemottakere kan det også være at tjenestebehovet over lang tid både i bredde og omfang utvikles uten noe egentlig ”startpunkt”.

For kommunene er det en stor utfordring å sikre tjenester over tid. Helsetilsynet ber derfor om at tilsynslagene ved gjennomføring av tilsynet setter av tilstrekkelig tid til å få belyst kommunens oppfølging (Oppfølgingsfasen).

Ved valg av hvilke myndighetskrav som skal ligge til grunn for tilsynet, tar denne veilederen utgangspunkt i fire perspektiv:

- Brukermedvirkning
- Koordinering
- Individualisering
- Forsvarlig tjenesteyting.

Dette innebærer at vi skal avgrense og relatere dette tilsynet til tre faser hvor vi skal se nærmere på fire overgripende perspektiv. At perspektivene skal være overgripende innebærer at de ikke vil være knyttet til en bestemt fase, men inngår med ulik styrke som kontinuerlige element i hele tilsynet.

For hver fase er det i veilederen punktvis presisert hva tilsynet skal avklare. Under hvert punkt drøftes de relevante myndighetskravene med utgangspunkt i de fire perspektivene. Veilederen åpner for at myndighetskrav knyttet til flere faser sees i sammenheng ved formulering av avvik. Det er derfor ikke gitt eksempler på konkrete avviksformuleringer under hvert enkelt punkt. Som eksempel kan nevnes at en kommune unnlater å utrede og iverksette en deltjeneste.

### ***Individuell plan***

Forskriften om individuell plan er en bærebjelke i dette tilsynet. Forskriften er utformet for å ivareta de særlige utfordringer tjenestemottakere med langvarige og sammensatte tjenestebehov har i møte med kommunen og andre tjenesteytere.

Hensikten med forskriften om individuell plan er å etablere en måte å arbeide på som ivaretar at tjenestemottakerens behov sees i sammenheng og at det legges vekt på å gi et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Tjenestemottakeren og evt pårørende skal være sentrale deltakere i denne prosessen. Forskriften vektlegger dermed tre av de fire perspektivene dette tilsynet skal ha oppmerksomheten rettet mot. Forskriften er kommet til ut fra en erkjennelse om at det regelverk som ivaretar rettigheter på de enkelte tjenesteområdene og de generelle bestemmelser som er gitt om samarbeid og koordinering har vist seg ikke å være tilstrekkelige.

Vi vet at mange kommuner har kommet kort i å utforme dokumentene individuelle planer. Samtidig er bildet trolig mer nyansert når det gjelder om kommunene legger til rette for å få til helhetlige løsninger i samarbeid med tjenestemottakeren.

Tilsynet må ikke begrenses til å avklare om plandokumentene eksisterer, men være fokusert på de prosesser som beskrives i forskriften. Dokumentet individuell plan er et hjelpemiddel for å sikre at prosessene blir etablert og fulgt opp. Selv om arbeidet med selve dokumentet har kommet kort eller kommunen ikke har satt merkelappen ”individuell plan” på sine arbeidsmåter, kan noen kommuner ha kommet langt i å arbeide helhetlig og koordinert i samarbeid med tjenestemottakeren og har forskjellige former for dokumentasjon som understøtter prosessene. Det er viktig at vi undersøker dette såpass grundig at vi kan gi et nyansert bilde av hvordan kommunene arbeider og at kommunene opplever at vi yter dem rettferdighet. Dersom kommunen ikke har individuelle planer, må det derfor undersøkes om kommunen likevel ivaretar funksjoner som beskrevet i § 7 i forskriften om individuell plan.

Eventuelle avvik med hjemmel i forskriften bør understøttes av observasjoner om mangler ved måten kommunen sikrer et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud i samarbeid med tjenestemottaker, jf forskriften §§ 4, 5 og 7.

### ***Internkontroll – veiledere landsomfattende tilsyn 2005***

I 2005 skal fylkesmennene/Helsetilsynet i fylkene gjennomføre tre landsomfattende tilsyn med fokus på tre ulike områder innen helse- og sosialtjenesten. Tematikken og lovgrunnlaget i disse tilsynene er forskjellige. Veilederne er utarbeidet av forskjellige arbeidsgrupper, og de har ulik struktur og tilnærming. Målsettingen om å håndtere kravene til internkontroll på samme måte uansett tema og tjeneste ligger imidlertid fast. For å tydeliggjøre dette har Helsetilsynet valgt å sette inn denne felles teksten om forståelsen og håndteringen av kravene til internkontroll i alle tre veilederne.

Som en grunnleggende forutsetning for tilsyn gjennomført som systemrevisjon ligger den plikt helse og sosialtjenesten har til å ha internkontroll.

Helsetilsynet vil først presisere at den tilnærmingen til og forståelsen av internkontroll som ønskes, ikke betyr svekket fokus på internkontroll. Kravet til internkontroll er et funksjonelt krav, virksomheten skal ha den internkontroll ”som er nødvendig” for å sikre etterlevelsen av sosial- og helselovgivningen. Helsetilsynet ønsker å styrke koblingen mellom funksjonaliteten til internkontrollen og innfrielsen av de kravene som er rettet mot tjenesten. Denne koblingen er også tydeliggjort i Sosial- og helsedirektoratets veileder til internkontrollforskriften: *Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial og helsetjenesten.*

### ***Vedrørende konstatering av avvik – kapittel 6 i rapportmalen som vil bli utarbeidet for dette tilsynet***

Føringer:

1. Internkontroll skal ikke være eget tema i noen av tilsynene. Kravene til internkontroll skal inngå i vurderingen av om revisjonskriteriene er oppfylt.

2. Revisjonene skal undersøke hvordan den aktuelle virksomheten/tjenesten sikrer at praksis og resultater er forsvarlige.
3. Med begrepet ”sikre” menes at tilsynet både skal undersøke hvordan virksomheten systematisk styrer sine tjenester, og om den faktisk gir de resultater som lovgivingen krever. (Vi vil minne om at virksomheten skal ha oversikt over sine egne resultater, jf. bl a § 4 g og h, og at det vil danne det naturlige utgangspunkt for å vurdere om internkontrollen er tilstrekkelig).

Dette innebærer at dersom det skal konkluderes med avvik i revisjonene, skal det være avvik i forhold til veilederens spørsmål/temaer og de hjemler som underbygger disse. Rapportene skal f.eks i tilsynet om rettssikkerhet for personer med psykisk utviklingshemning konkludere i form av avvik dersom det brukes ulovlig tvang og makt overfor utviklingshemmede. For å synliggjøre at vi ikke bare har undersøkt sluttresultatet, men også vurdert kommunens styring bør observasjoner med tilknytning til kravene i internkontrollforskriften § 4 inngå sammen med fakta (observasjoner) om resultater. Brudd på enkeltbestemmelser i internkontrollforskriften på det aktuelle området anføres da som observasjoner som ligger til grunn for avviket.

***Tenkt eksempel fra årets felles helse- og sosialtilsyn:***

**Avvik:**

Kommunen sikrer ikke at tjenestemottakerne får medvirke ved utredning av tjenestebehov og valg av tjenester.

Avvik fra: Sosialtjenestel. § 8-4, pasientrettighetsl. § 3-1 og forvaltningsl. § 17, forskrift om individuell plan §§ 4 og 7, jf internkontrollforskriften § 4

Nedenfor er noen eksempler på aktuelle observasjoner som kunne underbygget et slikt avvik og i parentes anført sammenhengen til internkontrollforskriften:

- Oppgavene med å utrede tjenestebehov og fatte vedtak i hver enkelt sak er spredt på flere personer. Det er ingen fast praksis eller etablerte rutiner for hvem som skal sikre at personer som søker om tjenester får anledning til å medvirke eller hvordan dette skal gjøres (§ 4a og g)
- Intervjuer bekrefter at tjenestemottaker ikke rutinemessig får medvirke under saksutredning og valg av tjenester
- i kommunens prosedyre og sjekklister for saksbehandling ved tildeling av tjenester er brukermedvirkning ikke omtalt (§ 4g)
- det foreligger ingen stillingsinstruks, opplæringsplan el. der kompetansekravene til saksbehandlerne er angitt, 2 av kommunens 4 saksbehandlere er ufaglærte, disse har ikke mottatt opplæring eller veiledning i saksbehandling (§ 4c)
- kommunen har ingen rutiner for å følge opp om kommunens praksis oppfylder grunnleggende krav til saksbehandling ved tildeling av tjenester (§ 4g)
- I 9 av 20 saker om tildeling av hjemmesykepleie, praktisk bistand og avlastning som er gjennomgått under revisjonen framgår det ikke hvilke tjenester vedkommende selv ønsker

***Gjennomgående trekk ved styringen – sammendrag i rapportmalen***

Den ønskede måten å konstatere avvik med underliggende observasjoner på, innebærer at det ikke blir anledning til å konstatere avvik av typen: ”virksomheten mangler et helhetlig internkontrollsystem”. Likevel vil det i noen situasjoner være gjennomgående mangler ved

internkontrollen som revisjonslaget ønsker å kommentere. Dersom rapporten underbygger godt nok at det er gjennomgående mangler ved styringen (f.eks. at ansvar for oppgaver er uklart plassert, mangelfull opplæring, manglende vurderinger av fare for svikt, mange skriftlige prosedyrer som ikke er iverksatt, manglende registrering og oppfølging av avvik og uheldige hendelser, manglende oppfølging for å undersøke om internkontrollen fungerer mv), kan revisjonslaget løfte disse gjennomgående svakhetene frem i rapportens sammendrag. Sammen med avvik som viser at de faglige kravene ikke innfris, dvs. at resultatet av styringen ikke er tilstrekkelig, mener Helsetilsynet at dette vil tydeliggjøre at internkontroll er nødvendig og har tett relasjon til fagligheten i de tjenester som skal ytes.

Helsetilsynet vil understreke at evt. styringsvurderinger i sammendraget må være tilstrekkelig underbygget av funnene i revisjonen, og presenteres på en etterrettelig måte. Vurderingene og konklusjonene må ikke være mer vidtrekkende enn det funnene i rapporten kan underbygge.

Det bør ikke gis negative kommentarer vedrørende gjennomgående trekk ved styringen som indikerer brudd på internkontrollplikten dersom revisjonslaget ikke har konstatert noen avvik i forhold til revisjonens tema.

#### ***Forholdet mellom inndeling i områder og plassering av avvik i rapporten***

Verken inndelingen i tidsfaser eller perspektiver utgjør gjensidig utelukkende inndelinger i tema. Inndelingen av rapportens kapittel om *Funn* etter tidsfasene kan derfor bli misvisende i forhold til hvordan det kan være naturlig å formulere avvikene. For eksempel kan observasjonene knyttet til de enkelte avvik gå på tvers av tidsfasene og/eller perspektivene. Helsetilsynet vil derfor løse opp sammenhengen mellom tidsfaser/perspektiver og de enkelte avvik. Helsetilsynet vil sende ut en ny rapportmal tilpasset dette tilsynet der tema for tilsynet vil framgå av kapittel 5 og eventuelle avvik/merknader i et nytt kapittel 6 i rapportmalen. Se nærmere om dette i denne veilederen kapittel 8.

## **5 Oppstartfasen**

Tilsynet skal undersøke om kommunen sikrer en forsvarlig håndtering av nye henvendelser.

Det er viktig at kommunen opptrer på en ryddig og korrekt måte slik at de som henvender seg får tillit og opplever reell hjelp. Tjenestemottakere skal oppleve å bli tatt godt imot, raskt få behandlet det de henvender seg for, få meningsfull informasjon, bli verdsatt og få en reell innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet, få et fast holdepunkt i helse- og sosialtjenesten der behov blir kartlagt og relevante tjenester vurdert og hvor beslutninger og vedtak fattes korrekt.

### **Dette tilsynet skal avklare om kommunen:**

- 5.1 Fanger opp og vurderer nye henvendelser
- 5.2 Foretar en tilstrekkelig planlegging og utredning av tjenestebehovet
- 5.3 Fatter beslutninger/vedtak som tilrettelegger for tjenester og tiltak

Nedenfor gjennomgås aktuelle myndighetskrav som anses relevante for å vurdere om kommunen sikrer en forsvarlig håndtering av nye henvendelser med utgangspunkt i de fire perspektivene:

### **5.1 Fanger opp og vurderer nye henvendelser**

Nye henvendelser kan komme direkte fra personen selv eller fra andre på vegne av vedkommende. Det kan være pårørende, tjenesteytere i kommunen, spesialisthelsetjenesten eller andre instanser. Henvendelsen kan rette seg til flere kontaktpunkter i kommunen, som for eksempel pleie- og omsorgstjenesten, re-/habiliteringstjenesten, fastlegen eller sosialkontoret.

Det kan i mange saker være nødvendig å ha flere parallelle prosesser når nye henvendelser kommer inn. På kort sikt må kommunen vurdere hvilke tjenester som må gis umiddelbart f. eks. etter utskriving fra sykehus, for å dekke tjenestemottakeres mest prekære behov for praktiske pleie- og omsorgstjenester, bistand med medikamenthåndtering mv. I noen tilfeller vil det også følge av kravet til faglig forsvarlighet at det raskt må iverksettes behandling for å hindre at rehabiliteringsmuligheter går til spille, f.eks oppfølging av fysioterapeut etter hjerneslag. Svikt på dette området kan få alvorlige følger. Det har fra tid til annen vært medieoppslag om personer som er blitt transportert hjem etter utskriving fra sykehus uten at nødvendige hjelpetiltak var på plass. Tilsynet skal undersøke hvordan kommunen sørger for å ivareta dette ansvaret, hvilke vurderinger de har gjort mht fare for svikt, hvilke tiltak som er satt i verk og hvordan de sikrer kunnskap om hvordan dette fungerer i praksis og foretar nødvendige forbedringer.

På noe lengre sikt må kommunen foreta en bredere utredning av tjenestebehov, se 5.2.

Verken sosialtjenesteloven eller kommunehelsetjenesteloven har egne bestemmelser om hvor raskt henvendelsene må behandles. Kommunen må imidlertid sikre at henvendelser behandles slik at retten til tjenester etter sotjl § 4-3 og khl § 2-1 blir ivaretatt, det medfører at kommunen må være i stand til å beslutte og sette i verk tjenester på kort varsel om nødvendig. Dersom kommunens saksbehandlingstid er så lang at tjenestemottakerne i realiteten ikke får oppfylt sine rettigheter, vil det være uforsvarlig og i strid med nevnte bestemmelser. For tjenester der det skal fattes enkeltvedtak etter forvaltningsloven fastslår denne at saker skal forberedes og avgjøres ”uten ugrunnet opphold”, jf § 11a første ledd. Hva som er ugrunnet opphold må sees i sammenheng med ovenfor nevnte.

Kommunen står i all hovedsak fritt til å organisere sine tjenester. Det medfører at det kan varieres hvilke deler av kommunens organisasjon som skal involveres for å utrede og beslutte tildeling av tjenester til tjenestemottakere med sammensatte behov. Etter internkontrollforskriften § 4 a skal ansvar og oppgaver være tydelig plassert i virksomheten. Det er kommunen som må sikre at henvendelser blir kanalisert til rett(e) instans(er). Det følger også av forvaltningsloven § 11 at kommunen som forvaltningsorgan skal gi veiledning om hvor henvendelser skal rettes.

For kommunens re-/habiliteringsarbeid er det satt særskilte krav til organiseringen. Etter re-/habiliteringsforskriften § 8 andre ledd skal kommunen ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Se nærmere om kravene til denne enheten i merknadene til forskriften. Tjenestene som tilbys skal være synlige og lett

tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere. Måltrettet re-/habilitering vil i kortere eller lengre tidsrom inngå som en viktig del av tjenestetilbudet til mange tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov. Det er derfor viktig å få avklart i tilsynet om kommunen har denne funksjonen på plass. Dersom denne funksjonen mangler bør det sees i sammenheng med om kommunen sikrer forsvarlig koordinert utredning og oppfølging av re-/habiliteringsbehov.

## 5.2 Foretar en tilstrekkelig planlegging og utredning av tjenestebehovet.

Når kommunen mottar henvendelser som kan utløse rett til helse- og sosialtjenester, påhviler det kommunen en plikt til å undersøke forholdene nærmere. Ofte kan opplysningene være mangelfulle, og det kan være nødvendig å kartlegge personens funksjonsnedsettelse, helse, sosiale forhold (familie, arbeid, bolig, nettverk, fritid med mer) og hvilke tjenestebehov som foreligger. Dersom det søkes om en konkret tjeneste vil ikke kommunen uten videre ha plikt til å utrede personens totalsituasjon, men det påhviler kommunen en plikt til å informere om aktuelle tjenester i kommunen. Utredningen skal heller ikke gjøres mer omfattende enn nødvendig. Behovet for grundighet må veies mot hensynet til rask og effektiv behandling. Det er likevel slik at forsvarlig utredning er en forutsetning for tilstrekkelige og tilpassede tjenester.

Den som søker eller trenger kommunale helse- og/eller sosialtjenester har rett til informasjon om hvilke tjenester kommunen kan tilby, saksbehandlingsregler mv, jf sosialtjenesteloven § 4-1 og kommunehelsetjenesteloven § 2-1 andre ledd, og pasientrettighetsloven § 3-2. Tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte tjenester har etter samme bestemmelser krav på informasjon om retten til å få individuell plan.

Et kjernepunkt i prosessen med individuell plan er det nære samarbeidet med tjenestemottakeren og evt pårørende. Utarbeiding av individuell plan skal, med unntak for tvungent psykisk helsevern, bygge på samtykke fra tjenestemottakeren, jf forskrift om individuell plan § 4 og 5, jf § 7 f.

Kommunen må ha rutiner for hvordan arbeidet med individuell plan skal iverksettes, enten det skjer på initiativ fra kommunen eller arbeidet er startet opp i spesialisthelsetjenesten, jf forskrift om individuell plan § 6. En person skal gis ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen, jf samme forskrift § 7c. Forskriften bestemmer ikke om denne personen skal komme fra spesialisthelsetjenesten eller kommunen. I de tilfeller der begge nivåer er involvert i den individuelle planen må partene ta felles ansvar for at en slik person blir oppnevnt.

(Merknad: Det har vært reist spørsmål om § 2 a i tillegg gir en rett til en *tjenesteyter* med hovedansvar for oppfølging av tjenestemottakeren. Helsetilsynet har undersøkt dette med HOD og fått avklart at formålsparagrafen her viser til personen som nevnt i § 7 c)

Individuell plan skal sikre en koordinert utredning av tjenestebehov og supplerer de krav til forsvarlig saksutredning som følger av sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og helsepersonelloven.

Tilsynet bør avklare om kommunen har etablert prosesser for koordinert behovskartlegging og vurdering av tiltak i henhold til forskrift om individuell plan § 7, se særlig bokstavene a, b, d, e og i. Hjemlene for saksutredning på de enkelte områdene er for sosiale tjenester sotjl § 8-1 jf fvl § 17, for hjemmesykepleie og sykehjemsplass (herunder korttidsopphold) khl § 2-1 første og fjerde ledd jf fvl § 17 og for annen kommunal helsetjeneste khl § 2-1 første ledd, jf helsepersonelloven § 4. Etter forskrift om re-/habilitering §§ 9, 10 og 4 skal kommunen legge til rette for at behov for re-/habilitering blir meldt og at nødvendig og forsvarlig undersøkelse og utredning blir foretatt.

Det må avklares med tjenestemottaker hva som kan være relevante tjenester. Om plikt til å rådføre seg med tjenestemottaker og innhenting av opplysninger, se forskrift om individuell plan § 4 og 7, sotjl. §§ 8-4 og 8-5, pasl. § 3-1, re-/habiliteringsforskriften § 5. Det sentrale er at tjenesteyteren på grunnlag av tjenestemottakerens definerte mål og angitte behov skal vurdere og ta hensyn til hvilke tiltak som er egnet til å dekke den enkeltes behov.

Allerede under utredningen av tjenestebehovet til den enkelte er det viktig og nødvendig med et nært samarbeid og koordinering mellom helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunen. Det er også viktig i denne fasen å undersøke om kommunen sikrer at fastlegens og fysioterapeutens arbeid sees i sammenheng med de øvrige helsetjenestene, og sosialtjenestene. Fastlegen kan spille en viktig rolle, enten som informant, dersom vedkommende allerede kjenner tjenestemottaker og behovene, eller som den som foretar den første vurderingen av helsetilstand, funksjonsevne og mulige tjenestebehov.

Det er en forutsetning for å kunne gjennomføre en nødvendig utredning at de ansatte i kommunen som foretar den konkrete utredningen av tjenestebehovet har tilstrekkelig kompetanse til å vurdere dette på en faglig forsvarlig måte. Dersom kommunen ikke har tilstrekkelig kompetanse til å vurdere den enkeltes behov, må kommunen sikre at det blir innhentet nødvendig bistand fra kompetente fagpersoner utenfra. For tjenestemottakere som også har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten er det viktig å avklare hvordan deres utredning og evt tiltak sees i sammenheng med kommunens.

### **5.3 Fatter beslutninger og vedtak som tilrettelegger for tjenester og tiltak**

Kommunen må med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven fatte nødvendige beslutninger og vedtak for å få etablert de tjenestene som planen angir. Det er viktig at dette kobles sammen. Individuell plan gir ikke større rett til tjenester enn det som følger av lovgivningen for øvrig. Individuell plan vil imidlertid ha liten verdi dersom kommunen ikke følger opp med å fatte nødvendige vedtak og beslutninger, jf forskriften om individuell plan § 7 e. Kommunen må derfor påse at de tiltak som beskrives i planen, jf forskriften § 7 e, er realistiske i forhold til hva kommunen vil vedta/beslutte med hjemmel i sosial- og helselovgivningen. Forskriften om individuell plan §§ 7 og 8 må tolkes slik at kommunen må sørge for at det er samsvar mellom planen og de vedtak/beslutninger som fattes. Dersom kommunen ikke ser seg i stand til å fatte de vedtak/beslutninger som er forutsatt i planen må de involverte instanser, i samarbeid med tjenestemottakeren, avklare hvilke konsekvenser dette får for det samlede tjenestetilbudet og behovet for endring i planen.

De beslutninger og vedtak som fattes i etterkant av at ulike tjenestebehov er utredet, må utformes på en slik måte at de muliggjør faglig forsvarlige og tilpassede tjenester. Det skal treffes beslutninger og vedtak som gjør det mulig med helhetlige og samordnede tjenester. I valg og utforming av tjenester vil bredden i kompetanse og erfaringer være av stor betydning. Det å utforme et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud krever både kreativitet og samarbeidsvilje. Det er her en risiko for at vedtakene blir så rigid utformet at de vanskeliggjør fleksible løsninger, eller er så diffuse at de ikke ivaretar rettssikkerheten til tjenestemottakerne. Tjenestene kan i praksis være knyttet til ulike avdelinger/enheter, der ansvar, myndighet og oppgaver er spredd. Det er ikke noe krav om ett samlet vedtak

Formålet med denne delen av tilsynet er ikke å foreta en *detaljert* gjennomgang av om saksbehandlingsregler til enkeltvedtak og beslutninger eller av om hver enkelt person får de tjenester vedkommende har krav på. Det tilligger klagebehandlingen. Samtidig er det nødvendig å undersøke hvordan kommunen følger dette opp i praksis. Kommunen må vise at de vedtak og beslutninger som fattes bygger på en forsvarlig utredning av tjenestebehovet, og dette skal kunne dokumenteres gjennom begrunnelsen som gis der det skal fattes enkeltvedtak, gjennom plandokumenter eller andre dokumenter, eller gjennom journalnotater. Kommunen må også redegjøre for at den samhandlingen mellom de ulike tjenesteyterne som har funnet sted under utredningen, faktisk kommer til uttrykk i de beslutningene som tas. Det samme med tjenestemottakers egne mål og preferanser for det samlede tjenestetilbud. Ved å sammenholde de ulike beslutninger og vedtak som er fattet, skal tilsynsmyndigheten kunne vurdere hvorvidt det systemet kommunen har faktisk resulterer i et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud innenfor kommunens ansvarsområde.

## 6 Iverksettelsesfasen

Overgangen fra å planlegge og treffe beslutninger/vedtak til å utforme tjenester og tiltak er kritisk i mange kommuner.

### **Tilsynet skal avklare om kommunen:**

#### 6.1 Omsetter planer, beslutninger/vedtak i konkrete, tilrettelagte tjenester og tiltak

Nedenfor gjennomgås myndighetskrav som anses relevante i iverksettelsesfasen med utgangspunkt i de fire perspektivene.

#### **6.1 Fra planer, beslutninger og vedtak til konkrete, tilrettelagte tjenester og tiltak**

Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven har ikke egne bestemmelser om når vedtatte/besluttede tjenester skal iverksettes. Hvor lang tid kommunen kan bruke på å utrede, beslutte og iverksette må sees med utgangspunkt i det konkrete tjenestebehovet og

om tidspunktet for iverksettelse ivaretar tjenestemottakers rett til tjenester på en forsvarlig måte, jf sotjl § 4-3 og khl § 2-1.

Forutsatt at ovenfor nevnte blir tatt hensyn til kan kommunen i sine vedtak beslutte når tjenesten skal iverksettes. Praktiske grunner kan gjøre at det kan ta noe tid å få etablert tjenesten, f eks støttekontakt og brukerstyrt personlig assistanse. Om nødvendig må kommunen da vurdere hvordan tjenestebehovet midlertidig kan avhjelpes.

Lar det seg ikke gjøre å yte tjenesten, for eksempel fordi den ikke er tilgjengelig, må kommunen evt. ta saken opp til ny behandling i samarbeid med tjenestemottaker. Forskriften om individuell plan §§ 7 og 8 må tolkes slik at kommunen må sørge for at det er samsvar mellom planen og de tjenester som faktisk iverksettes. Manglende iverksettelse av en deltjeneste kan også få konsekvenser i forhold til den individuelle planen.

Når det skal iverksettes flere tiltak og tjenester, slik tilfellet ofte er når det gjelder personer med langvarige og sammensatte behov, blir det viktig at tjenestene samlet gir et forsvarlig tilbud.

Under denne delen av tilsynet kan det være aktuelt å se nærmere på hvordan de konkrete tjenestene tilpasses tjenestemottakerne. Dette kan være hvordan BPA innrettes og iverksettes, om praktisk bistand og opplæring gis et videre innhold enn hjemmehjelp, og hvordan evt. tjenester fra ergoterapeut kobles sammen med eller inn i praktisk bistand og opplæring, for eksempel gjennom ADL-trening. Støttekontakt, hjemmesykepleie og fysioterapi vil også være aktuelt å se på i denne sammenheng. Etter forskrift om individuell plan § 7 f skal det gis en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres.

Planer og beslutninger må omsettes til praktiske tiltak og tjenester. I samarbeid med tjenestemottaker skal planer konkretiseres gjennom klargjøring av hvem som kommer når, for å gjøre hva, sammen med eller for tjenestemottakeren. I merknaden til forskrift om individuell plan § 7 andre avsnitt poengteres det at det i tillegg til den individuelle planen kan være behov for mer detaljerte delplaner.

Avhengig av tjenestemottakerens individuelle behov og innholdet i de tjenester som skal ytes, må kommunen sikre at de tjenester som iverksettes er faglig forsvarlige. Dette kan få konsekvenser for hvordan tjenestene organiseres og hvilke fagkompetanse og kunnskap om tjenestemottakers behov de som yter tjenester må inneha.

## 7 Oppfølgingsfasen

Tilsynet skal undersøke om kommunen sikrer et helhetlig tjenestetilbud over tid og korrigerer tjenestene når det er nødvendig. Etter at tjenestebehov er identifisert og utredet, tjenester og tiltak besluttet og iverksatt, kommer utfordringene med å få dette til å fungere over tid. Oppfølgingen innebærer daglig tilrettelegging, overvåking og evaluering av tjenestene og eventuelt utredning, beslutning og iverksettelse av nye tjenester.

**Tilsynet skal avklare om kommunen:**

7.1 sikrer tilstrekkelig stabilitet og kontinuitet i tjenesteytingen slik at tjenestemottakeren opplever forutberegnelighet og trygghet i sin hverdag

7.2 om kommunen sikrer at nye/endrede tjenestebehov fanges opp og at nødvendige endringer foretas på en samordnet måte

Dette kapitlet inneholder ikke så mange nye juridiske drøftelser. På mange måter utgjør de langvarige og sammensatte tjenestebehovene en kontinuerlig vekselvirkning mellom behovsutredning, beslutning av tiltak og iverksetting. Utfordringen i denne delen av tilsynet blir å bruke internkontrollforskriften aktivt for å avklare om kommunen har et tilstrekkelig robust og fleksibelt system for tjenesteyting.

Noen tjenestemottakere vil i oppfølgingsfasen ha en relativt uforandret situasjon, slik at etablerte tjenester langt på vei kan videreføres uendret. Men for de fleste vil behovene endres, enten ved at funksjonsevnen blir bedre eller verre, eller fordi viktige faktorer i livssituasjonen forandres. I tillegg kommer endringer som skyldes omorganisering og personellskifte i kommunen, endring av regelverk, metoder og fag, og andre ytre grunner.

Nettopp fordi det ofte er mange tjenesteytere, vil kommunene ved mye utskifting av personell, ha krevende oppgaver med å sikre forsvarlige tjenester. Forutsigbarhet og kontinuitet i tjenestene er en utfordring, likeledes å erstatte bortfall av sentrale tjenesteytere. Når tjenester har vart over tid, er det risiko for at oppmerksomheten, intensiteten og oppfølgingen avtar.

Brukerorganisasjonene har framholdt at voksne med langvarige og omfattende behov ofte selv må ta initiativ til endrede tiltak. Ikke sjelden skjer dette gjennom en kanossagang til tjenesteapparatet, hvor tjenestemottaker blir oppfattet som kravfull og vanskelig. Videre er det viktig at tjenestene er utformet på en slik måte at de gir rom for fleksibilitet.

For å få belyst dette temaet vil det være nødvendig å innhente dokumentasjon i forhold til tjenestemottakere som har mottatt tjenester fra kommunen over et lengre tidsrom.

Nedenfor gjennomgås myndighetskrav som anses relevante, med utgangspunkt i de fire perspektivene:

**7.1 Sikrer kontinuitet i tjenestene.**

Tjenestemottakernes rett til tjenester etter sotjl § 4-3 og khl § 2-1 innebærer som drøftet foran også en plikt for kommunen til å sørge for at tjenestene faktisk ytes. Etter kvalitetsforskriften § 3 første ledd skal kommunen ha system for å sikre at tjenestemottaker får tjenestene til rett tid og i henhold til individuell plan. Tilsynet må undersøke hvordan kommunen følger opp dette ansvaret, hvilke tiltak som er iverksatt, hvordan tiltakene følges opp, registrering av avvik, bruk av erfaringer fra brukerne mv. Kommunene må ha systemer som sikrer en kontinuitet i tjenestene selv om det er utskifting av personell, omorganiseringer eller bortfall av sentrale tjenesteytere.

Det skal til enhver tid være klart hvem (enkeltperson) som har ansvaret for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen, jf forskriften § 7c. Dersom både spesialisthelsetjenesten og kommunen er involvert i planen er det et felles ansvar å sikre at

dette blir ivaretatt. Det kan være gode grunner til at denne funksjonen ikke er plassert en gang for alle, men over tid veksler, f eks ut fra tjenestemottakers livsfaser, hovedtyngden av tjenesteytingen, organisatoriske forhold mv. Dersom denne funksjonen er plassert i kommunen, må kommunen sikre at det oppnevnes en ny dersom den personen som er oppnevnt ikke lenger kan/skal ivareta funksjonen. Tilsynet skal avklare om denne koordineringsfunksjonen ivaretas over tid.

Kommunen skal legge til rette for medvirkning i utformingen av den daglige tjenesteytingen, jf kvalitetsforskriften § 3 første ledd og pasientrettighetsloven § 3-1. Det gjelder både hvordan kommunen forsøker å sikre at tjenestemottaker får tjenester når han/hun ønsker det og påvirke hvordan tjenester skal utøves - og hva som gjøres når dette ikke fullt ut er mulig.

Individuelle planer eller andre tiltak som kommunen har iverksatt for å sikre koordinerte tjenester må fungere over tid, ikke bare i startfasen. Etter forskrift om individuell plan § 7 g skal det angis når planen skal justeres/revideres. Tilsynet skal undersøke om planen og de tiltak kommunen har iverksatt for å sikre koordinering og helhetstenkning i tjenestetilbudet fungerer over tid. Ved verifikasjonen kan det sjekkes ut om oppnevnte ansvarlige personer (jf § 7c) fortsatt har dette ansvaret, om evt oppnevnte ansvarsgrupper el har hatt møter eller på andre måter oppdatert seg i samarbeid med brukeren.

## **7.2 Revurderer tjenestene og foretar eventuelle endringer av tjenestetilbudet på en samordnet måte.**

Etter kvalitetsforskriften § 3 første ledd skal kommunen ha et system som søker å sikre at tjenestemottaker kontinuerlig får de tjenestene vedkommende har behov for til rett tid. For at dette skal bli mulig må det foreligge et system som overvåker behov og fanger opp endringer som er av en slik karakter at det krever revurdering av tjenestene. Kommunen skal ifølge re-/habiliteringsforskriften legge til rette for at personell skal kunne melde behov som de blir kjent med i tjenesten, jf re-/habiliteringsforskriften § 9.

Noen tjenester varer over tid, andre er mer sporadiske. Det kan derfor være ulike rutiner for å sikre en forsvarlig revurdering. Ofte er det slik at enkelttjenester kommer inn i avgrensede perioder. Det kan være ergoterapeut i forbindelse med ombygging eller utprøving av tekniske hjelpemidler, fysioterapeut for justering av opptreningsprogram eller for behandling av en skade, eller fastlege for kontroll og justering av medisiner.

Under tilsynet skal det også avklares om og hvordan kommunen sikrer at det skjer en prosess mellom tjenestemottaker og tjenesteyterne som muliggjør justering av tjenestenes innhold, herunder hvem som skal yte tjenestene og når de skal gis. I en slik prosess er det også en forutsetning at kommunen tar initiativ og gir informasjon om alternative løsninger for å imøtekomme tjenestemottakers behov på en bedre måte enn det som først var forutsatt. I dette ligger også at kommunen på eget initiativ igangsetter prosessen mot en endring av tjenestetilbudet (omfang eller type) dersom de iverksatte tjenestene enkeltvis eller samlet sett ikke fungerer som forutsatt eller har den effekt som først ble antatt. Noen endringer er slik at det kan være naturlig at de bare fører til justeringer av fortløpende tjenester, dagplaner ukeplaner el. Andre kan innebære behov for justering gjennom

planlegging, nye beslutninger og vedtak. Det må derfor undersøkes hvorvidt det er etablert systemer som sikrer at det igangsettes endringsprosesser der dette er nødvendig, og at prosessene er i samsvar med myndighetskravene og etterfølges av endringer i de planer som eventuelt måtte være utarbeidet, jf forskrift om individuell plan §§ 7 og 8.

## 8 Planlegging og gjennomføring av tilsynet

Tilsynet skal gjennomføres etter Helsetilsynets prosedyre for systemrevisjon. I denne veilederen kommenteres og utdypes enkelte forhold knyttet til dette tilsynet, for øvrig vises det til prosedyren.

Dette tilsynet gjennomføres i samarbeid mellom Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket. De to tilsynsmyndighetene er likestilte – og skal framstå som *det* overfor kommunene. Samtidig er det av hensyn til kommunene og det sektorovergripende temaet i tilsynet viktig at tilsynsmyndighetene er samordnet. Helsetilsynet har besluttet at det skal være ett felles tilsynslag, ett varsel om tilsyn, koordinert kontakt med kommunen under forberedelsen av tilsynet, en rapport og koordinert oppfølging av eventuelle avvik. Ved de embeter der lederansvaret for tilsyn med henholdsvis sosial- og helsetjenesten er delt, er det derfor en forutsetning at nødvendige beslutninger treffes i fellesskap.

Ved noen embeter innebærer det aktivitet i to avdelinger. For å unngå uklarhet om hvem som skal starte arbeidet med å forberede dette landsomfattende tilsynet gis Fylkesmannen ansvaret for å starte opp prosessen. Utvelgelse av revisjonsleder, revisjonsgruppe, hvilke ressurser som skal avsettes til planlegging og gjennomføring av tilsynet, valg av kommuner mv må skje ved felles beslutninger. Når revisjonsleder er oppnevnt, er det denne som har ansvaret for planleggingen av revisjonen og framdriften i revisjonsarbeidet, herunder fordeling av arbeid innen revisjonsgruppen.

### 8.1 Sammensetning av revisjonsgruppen

Revisjonsgruppen må være bredt faglig sammensatt og ha kompetanse om kommunens organisering og drift, oppgavene innen helse- og sosialtjenesten, med særlig vekt på tjenester til personer med langvarige og sammensatte behov, og systemrevisjonsmetodikk. Flere forhold ved dette tilsynet tilsier at det blir krevende å gjennomføre, revisjonsleder skal derfor ha erfaring fra ledelse av tidligere revisjoner.

Hele revisjonsgruppen skal oppnevnes av både Fylkesmannen og Fylkeslegen til å føre tilsyn både med helse- og sosialtjenesten, slik at taushetspliktreglene ikke skaper vansker under tilsynet.

Ved hvert embete skal det finnes kompetanse om den kommunale helsetjenesten og sosialtjenesten, samt om gjeldende lover og forskrifter for slike tjenester. Det anses derfor ikke i utgangspunktet nødvendig å benytte spesielle fagrevisorer. Dersom et embete mangler vesentlig fag- eller revisjonskompetanse, kan det være aktuelt å hente slik

kompetanse fra et annet embete eller Helsetilsynet sentralt, for eventuelt å bistå i planleggings- og/eller gjennomføringsfasen.

## 8.2 Antall og omfang

Helsetilsynet har besluttet at antallet tilsyn skal differensieres etter fylkenes befolkning slik at det i alle fylker skal gjennomføres minst to tilsyn, men det forventes at det i de folkerike fylkene gjennomføres flere enn to.

Revisjonene skal gjennomføres innen 1. november 2005. Det innebærer at rapportene da skal være endelige og oversendt Statens helsetilsyn.

Tilsynets omfang, sammenholdt med at både Fylkesmannen (sosial) og Helsetilsynet i fylket (helse) blir involvert, tilsier at det må avsettes to dager til besøk i kommunen for å gjennomføre åpningsmøte, intervjuer, verifikasjoner og sluttmøte. Antakelig må alle tilsynene gjennomføres over 2 dager. Men dette kan avhenge av kommunens størrelse og organisering, bruk av formøte og erfaringer fra første gjennomførte tilsyn.

Helsetilsynet ber om at Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket legger risiko- og sårbarhetsvurderinger til grunn ved valg av kommuner, men legger ellers ingen føringer.

## 8.3 Forberedelse

Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket skal sende ett felles varsel om tilsynet. Varselet skal gå fra Fylkesmannen. I varselet skal det framgå at tilsynet omfatter tjenester etter både sosial- og helselovgivningen og utføres i samarbeid mellom Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket. Det skal framgå at tilsynslaget som helhet er oppnevnt av begge tilsynsmyndigheter og dermed har de nødvendige fullmakter til å håndtere eventuelt taushetsbelagt materiale etter henholdsvis sosialtjenesteloven og helselovgivningen.

I varselbrevet skal revisjonsgruppen be om nødvendige dokumenter. Dokumentgranskingen er viktig for å kartlegge hvordan kommunen er organisert og hvilke planer, prosedyrer og rutiner den har for å ivareta krav fastsatt i helse- og sosiallovgivningen overfor målgruppen.

Dokumenter er en sentral informasjonskilde i selve tilsynet. Med treffsikkerhet når det gjelder dokumenter, kan revisjonsgruppen få vesentlige svar på de temaene som skal behandles.

Dokumentene bør innhentes i god tid før tilsynsbesøket. Dels for å planlegge intervju og verifikasjoner, og dels for å muliggjøre ytterligere dokumentinnhenting hvis nødvendig.

Tilsynet er ikke rettet mot en bestemt enhet i kommunen eller tjenester til en homogen brukergruppe. Kommunene kan ha valgt mange måter å organisere de forskjellige tjenestene på og gir oss dermed store utfordringer i forhold til å gjennomføre et forsvarlig tilsyn. Det vil derfor være nødvendig med utstrakt kontakt med kommunen i forkant for å avklare hvordan kommunen organiserer disse tjenestene og hvilke personer som dermed blir viktige informanter for tilsynet. Det kan variere om kommunen oppnevner personer som innehar kombinasjonen av tilstrekkelig oversikt og konkret kunnskap om tjenesten til

å kunne bidra med de nødvendige opplysninger. Revisjonsleder må derfor fortløpende vurdere om det vil være hensiktsmessig med et formøte med kommunen.

Både utarbeidelsen av denne veilederen og ”pilottilsynet” i Troms har vist hvor avgjørende grundig forarbeid vil være for at tilsynet skal kunne la seg gjennomføre. Vi ber derfor revisjonslederne særskilt merke seg dette.

Verifikasjoner er et virkemiddel for å bekrefte bl.a hvordan utredninger og vurderinger foretas, beslutninger og vedtak fattes og hvordan tjenestene utøves i praksis, om beslutninger og aktiviteter som helsepersonell utfører, er nedtegnet i journal. Det vil være nødvendig å drøfte med kontaktpersonen hvordan man skal finne fram til dokumentasjonen på tjenesteytingen til aktuelle tjenestemottakere i kommunen som kan bidra til å verifisere hvordan kommunen ivaretar sitt ansvar i praksis. Under kapittel 3 i veilederen er det skissert en aktuell personkrets som utgangspunkt for dialogen med kommunen. Siden det antakelig vil være behov for å samle inn dokumentasjon fra flere forskjellige virksomheter i kommunen (og evt fastlege) bør kommunen ha fått bestillingen på forhånd, slik at det er praktisk mulig å framlegge de dokumentene som skal verifiseres når tilsynet kommer. Erfaringer fra ”pilottilsynet” er at pleie- og omsorgstjenesten, fastlegene og re-/habiliteringstjenesten kan ha forskjellige oppfatninger av hvilke personer som faller innenfor tilsynets målgruppe, antakelig ut fra hvilke de selv har hatt mest befatning med. Det kan derfor være nødvendig å be om at flere instanser i kommunen forespørres når det skal avklares hvilke tjenestemottakere tilsynet bør innhente dokumentasjon om.

I dette tilsynet bør revisjonsgruppen gå igjennom 10-15 tjenestemottakeres:

- journaler
- vedtak
- individuelle planer e.l.
- referater fra samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter o.l
- andre relevante dokumenter som kan belyse forskjellige sider ved tjenesteytingen

#### **8.4 Gjennomføring**

Åpningsmøte, intervju, verifikasjoner og sluttmøte skal gjennomføres i henhold til prosedyrens pkt. 5.6 *Gjennomføring av revisjonsbesøket*.

I åpningsmøtet bør det, i likhet med i varselbrevet, presiseres at fylkesmannen og fylkeslegen har oppnevnt et felles team og gitt disse nødvendige fullmakter til å føre tilsyn på deres vegne. Dette for å forebygge eventuelle diskusjoner om taushetsplikt underveis i tilsynet.

Materiale fra innledningskapittelet i denne veilederen kan være aktuelt å benytte under åpningsmøtet for å forklare valg av tilsynstema.

Revisjonsgruppen bør sikre tid mellom åpningsmøte og intervjuene og mellom intervjuene for å avklare/justere innretningen, oppsummere hvilke opplysninger som er framkommet og klargjøre tema som må tas opp. Det bør legges til rette for at enkelte intervju kan tas etter verifikasjonene. Dette for å få sjekket ut forhold som framgår av saksmapper,

journaler mv. Det er viktig at våre tilsyn er opptatt av hva som er den praktiske virkelighet for tjenestemottakerne. Vi vil derfor oppfordre dere til å sette dere grundig inn i de saksmapper, journaler, møtereferater mv dere har innhentet slik at dere kan stille konkrete spørsmål ut fra hvordan kommunen faktisk håndterer sine utfordringer. For å kunne nyttiggjøre dere denne informasjonen under intervjuene må disse dokumentene gjennomgås under dag 1 av tilsynet. I tillegg til de verifikasjoner tilsynsgruppen har planlagt på forhånd må deltakerne i gruppen være oppmerksomme på opplysninger som framkommer under intervju om forhold som kan verifiseres.

## 8.5 Rapport og oppfølging etter tilsyn

Revisjonsgruppen skal i samsvar med prosedyren for systemrevisjoner pkt. 5.7 utarbeide rapport fra tilsynet.

Siden Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket skal følge opp eventuelle avvik i fellesskap vil det være hensiktsmessig å formulere ”felles” avvik der myndighetskravene og observasjonene gir grunnlag for det.

Den rapportmalen vi normalt bruker er delt opp etter områder. Denne oppdelingen har fungert greit i tilsyn der de enkelte områdene er selvstendige tema som i liten grad griper inn i hverandre. Denne veilederen er delt opp på en annen måte, med tre tidsfaser og fire tematiske perspektiver som har nær sammenheng med hverandre. En oppdeling av avvik/merknader etter tidsfasene kan føre til at det blir en høyt antall avvik med relativt likelydende innhold eller at innholdet i avvikene går ut over det som er tema i tidsfasen. Helsetilsynet er kommet til at det i dette tilsynet ikke vil være hensiktsmessig å pålegge å inndele funnene på denne måten. Innenfor de retningslinjer som er trukket opp i kapittel 4 i denne veilederen om internkontroll og de drøftelser av aktuelle myndighetskrav som er foretatt i kap 5-7 ønsker vi å gi de enkelte revisjonsgruppene litt handlingsrom til å innrette avvikene og merknadene på den måten dere finner det hensiktsmessig. For at det ikke skal bli kluss med utlegging på internett mv vil Helsetilsynet sende ut en mal for rapportene til dette tilsynet. I kapittel 5 i malen vil vi legge inn en oversikt over hva tilsynet har omfattet, mens et nytt kapittel 6 om funn ikke vil bli inndelt i områder, men inneholde de samme oppsettene for henholdsvis avvik og merknader som i dagens mal.

I denne malen vil det også framgå at den er en felles rapport for Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket.

Helsetilsynet ber om at også oppfølgingen av eventuelle avvik skjer koordinert mellom Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket, slik at kommunen får én tidsplan å forholde seg til og får entydige tilbakemeldinger om hvordan tilsynsmyndighetene vurderer de tiltak som er iverksatt. Lovhjemlene for å gi pålegg er forskjellige i sosial- og helsetjenesten. Skulle en sak utvikle seg slik at pålegg vurderes som nødvendig, bør Helsetilsynet kontaktes slik at også eventuelle pålegg kan samordnes.

Rapporten danner også, sammen med rapporter fra de andre embedene, grunnlaget for den oppsummeringsrapporten som skal utarbeides på bakgrunn av dette landsomfattende tilsynet. Av den grunn er det viktig at rapportene, i tillegg til eventuelle avvik og merknader, også inneholder tydelige observasjoner.

Endelige rapporter skal sendes i kopi til følgende adresse: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no).

## 9 Vedlegg

### Vedlegg 1: To eksempler på tjenestemottakere

Nedenfor beskrives to case for å tydeliggjøre målgruppen.

#### Case 1

Nils 49 år, sjåfør, gift og tre barn.

En hjemmeboende sønn på 14 år med ADHD, de to andre har flyttet hjemmefra. Kona arbeider 50% som rengjøringsassistent i kommunen. Ekteskapet har skrantet i flere år.

Nils har nylig fått slag med lammelser i høyre arm og bein. Han har store talevansker. Etter et opphold på sykehusets rehabiliteringsavdeling skal han nå utskrives til hjemmet. Kona er sliten og ønsker egentlig at mannen skal på kommunens sykehjem. Selv ønsker han å komme hjem. Huset er en "vanlig" 70-talls enebolig på bratt tomt. Huset med omgivelser er ikke tilpasset rullestol.

Ved utskrivelsen til hjemmet har Nils en del spasmer og sover dårlig. Han framstår som deprimert.

Av interesser har han alltid likt å reparere biler. Ut over dette er han filminteressert.

#### Trenger vurderinger vedr.:

- Hjelp til personlig stell (hjemmesykepleie)
- Opptrening/rehabilitering /ADL-trening / språk (fysioterapi, ergoterapi, logoped)
- Legetjenester
- Ombygging av hus
- Økonomisk råd og veiledning (sosialtjenester)
- Hjelpemidler (ergoterapitjenester)
- Støttekontakt
- Evt. avlastning
- Trygghetsalarm
- Aktiviteter, "fritid" inkl. et verdig liv
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Fokus på: Samhandling ved utskrivning fra rehabiliteringsavdelingen og internt i kommunen. Utforming av akutte tjenestetilbud og planlegging av behov for tilbud på sikt. Samhandling mellom de ulike instanser innen sosial- og helsetjenesten. Utforming av individuell plan som også inneholder rehabiliteringsaspektet. Brukermedvirkning med delaktighet i utforming av tjenestetilbud. Sammenheng mellom søknad om tjenester, vedtak på disse og gjennomføring. Evaluering av det som blir ytt i forhold til endring av behov for tjenester.

**Case 2:**

Kari, 56 år.

Kari bor hjemme, har tre barn som alle er flyttet ut. Ektefellen er yrkesaktiv. Hun har hatt Multippel Sclerose (MS) i 15 år. For 8 år siden ble hun uføretrygdet etter å ha arbeidet som merkantilt ansatt i en kommune. MS blitt betraktelig verre de siste 4 årene.

Siste året har hun begynt å få store balanseproblemer som medfører behov for bruk av rullestol i hjemmet. Hun har vansker med vannlatingen og mye lekkasje, spasmene har øket på og mye smerter i muskulatur. Hun klarer å lage litt mat, men har ingen mulighet til å utføre andre oppgaver i hjemmet. Ektefellen er gradvis blitt mer sliten.

Kari har de siste 2 år hatt hjemmesykepleie en gang ukentlig med hjelp til bading. Familien bygde om huset for 8 år siden slik at det er lagt til rette for rullestol. Hun har vært hos fastlegen en gang siste år. Hun har tidligere fått behandling hos fysioterapeut, men orker ikke nå alle de anstrengelsene dette medfører med å få tak på transport osv. Hun har derfor ikke hatt fysikalsk behandling siste år. Hun føler seg stadig mer sosialt isolert da hun må ha mye hjelp for å komme seg ut.

**Trenger vurderinger vedr.:**

- Økning av hjemmesykepleie
- Praktisk bistand i hjemmet
- Tettere oppfølging av lege
- Støttekontakt for å komme seg ut av isolasjon
- Mer fysisk tilrettelegging i hjemmet, inkludert tilpassing av ergonomisk utstyr for kanskje å kunne utføre flere oppgaver og/eller beholde den funksjon hun har i dag.
- Fysikalsk behandling
- Transport (med assistanse?) for å komme seg til / fra behandling.
- Behov for brukerstyrt personlig assistanse?
- Evt. behov for avlastning.
- Vurdere behov for omsorgslønn for ektefelle?

Fokus på: Hvordan fanges behov for endrede tjenester opp? Hvordan blir prosessen framover? Løpende evaluering av tidligere tjenester med bruk av individuell plan for å koordinere videre behov. Brukermedvirkning.

**Vedlegg 2: Aktuelle lover og forskrifter****LOV 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene (khl)**

<http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html>

**LOV 1991-12-13 nr 81: Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) (sotjl).**

<http://www.lovdata.no/all/hl-19911213-081.html>

**LOV 1984-03-30 nr 15: Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven)**

<http://www.lovdata.no/all/hl-19840330-015.html>

**LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (hlspl).**

<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

**LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) (pasl).**

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

**LOV 1967-02-10 nr 00: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven).**

<http://www.lovdata.no/all/hl-19670210-000.html>

**FOR 2002-12-20 nr 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. (internkontrollforskriften)**

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html>

**FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (kvalitetsforskriften)**

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>

**FOR 2004-12-23 nr 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. (forskrift om individuell plan)**

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20041223-1837.html>

**FOR 2001-06-28 nr 765: Forskrift om habilitering og rehabilitering (re-/habiliteringsforskriften)**

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20010628-0765.html>

### **Vedlegg 3: Litteraturliste**

Andersen J. Organisering av brukerstyrt personlig assistanse – betyr det noe? Paper presentert på 1.nasjonale konferanse om forskning om funksjonshemmede. Lillehammer, 2004.

Askheim OP. Personlig assistanse – modellutforming og myndiggjøring. Paper presentert på 1.nasjonale konferanse om forskning om funksjonshemmede. Lillehammer, 2004.

Begg IS. Hva skjer med klagesakene vedrørende brukerstyrt personlig assistanse? Paper presentert på 1.nasjonale konferanse om forskning om funksjonshemmede. Lillehammer, 2004.

Eriksen, J (2002) Omsorgslønn til familier med funksjonshemmede barn: en ordning full av spenninger. Embla nr 7/2002.

Grue, L. Motstand og mestring. Om funksjonshemming og livsvilkår. NOVA-rapport nr.1/01. Oslo, 2001.

Lillestø, B. Når omsorgen oppleves krenkende. En studie av hvordan mennesker med funksjonshemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten. Nordlandsforskning. Rapport nr.22/98. Bodø, 1998.

Nordstrøm, M., Dunér A. Bevilja och ta emot hjälp. Om biståndsbedömare og äldre i kommunal äldreomsorg. FoU i Väst. Rapport 5:2003. Göteborg, 2003.

NOU 2001:22 Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Sosial- og helsedepartementet. 2001.

Olsvik VM. Makt, avmakt og institusjonelle overgrep. Paper presentert på 1.nasjonale konferanse om forskning om funksjonshemmede. Lillehammer, 2004.

Woll, H. Å bli gammel med cerebral parese. En kvalitativ studie av aldring og mestring. Høgskolen i Oslo. Rapport nr.13/2003. Oslo, 2003.

Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av handlingsplanen for eldreomsorgen. Dokumentnr.3:9 (2003-2004).

Socialstyrelsen (2004) Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten. Artkkelnr. 2004-103-2. Stockholm.

Statens helsetilsyn. Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport 10/2003. Oslo, 2003.

Statistisk sentralbyrå. Helse- og omsorgstjenester. Sosialt utsyn. Statistisk analyser. Oslo – Kongsvinger, 2002.

St.meld. nr. 31 (2001-2002) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen "Fra hus til hender". Sosialdepartementet. Oslo.

St.meld. nr.40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne. Sosialdepartementet. Oslo.

St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Sosialdepartementet. Oslo.

Romøren, TI. Tjenestemottakere under 67 år. Internt arbeidsnotat til Statens helsetilsyn. November 2004.

Thommessen H., Normann T., Sandvins JT. Individuell plan. Et sesam, sesam? Kommuneforlaget. Oslo, 2003.