

Ressurskrevende tjenester

Nesbyen kommune

Sammendrag

Bestilling

Kontrollutvalget
sak 25/2022
30.november

Formål

Undersøke om kommunen etterlever krav til tjenestetilbud når det gjelder saksbehandling og oppfølging av fattede vedtak, samt at kommunen har utarbeidet rutiner for å sikre en hensiktsmessig ressursbruk på området for ressurskrevende tjenester.

Problemstillinger

- **Problemstilling 1**
Sikrer kommunen at det er rutiner for å tilfredsstillende budsjettering og ressursbruk innen området ressurskrevende tjenester?
- **Problemstilling 2**
Sikrer kommunen at det er etablerte prosesser og rutiner som bidrar til å gi kommunen tilskudd og refusjoner knyttet til ressurskrevende tjenester?
- **Problemstilling 3**
Sikrer kommunen at saksbehandling og utførelse av vedtak er i henhold til regelverk, herunder om det gjennomføres evalueringer og revurderinger av vedtak?
- **Problemstilling 4**
Sikrer kommunen at det er tilstrekkelig kompetanse innenfor tjenesteområdet for å yte forsvarlige tjenester, herunder bruk av tvang og makt?

Metode og praktisk gjennomføring

Informasjonen som er presentert i dette prosjektet, er hentet inn gjennom dokumentanalyse og intervjuer. Det har blitt gjennomført to gruppeintervjuer med ansatte ved to avdelinger, samt med et med tjenesteleder for tjenester til funksjonshemmede (kontaktperson).

Revisjonen har gjennomgått brukermappene til 7 innbygger med vedtak for kontroll av dokumentasjon av pålagte aktiviteter. Det ble også oversendt evalueringsdatoer for 13 vedtak innen sektoren.

Det har også blitt innhentet informasjon fra regnskapsrevisjonens dokumentasjon rundt ressurskrevende brukere i Nesbyen. Dette er supplert med samtaler med utførende og ansvarlige regnskapsrevisorer.

Revisjonskriterier

Kapittel 3 fremgår de utledede revisjonskriteriene til problemstillingene.

Relevante kilder til revisjonskriteriene er i denne undersøkelsen lovverk knyttet til ytelse av helse og omsorgstjenester i kommunene, og forskrifter som omtaler praksis for budsjett og refusjonshåndteringer.

Oppsummering og konklusjon

Undersøkelsen har hatt to relativt adskilte oppgaveområder knyttet til ressurskrevende tjenester i Nesbyen. Det har vært en undersøkelse av noen finansielle prinsipper og praksis for denne tjenesten, da det er en tjeneste som både er kostnadstung og refusjonsbasert. Det har også vært en undersøkelse av utførelsen av vedtak og oppfølgingen av disse, samt sektorens kapasiteter og kompetanse.

Nesbyen oppgir at de har en fast praksis for budsjettarbeidet, og viser til et samarbeid innad i tjenesten og med relevante aktører som tildelingsenheten og økonomiansvarlige i kommunen. Revisjonen mener at rutinene i større grad kunne vært formalisert.

Undersøkelsen viser at kommunens system for refusjonskrav knyttet til ressurskrevende i liten grad er formalisert. Det fremkommer også at praksis er ulik fra bruker til bruker. Det har også vært feil som har blitt tatt opp av regnskapsrevisjonens kontroll av refusjoner de siste årene. Revisjonen mener at det bør utarbeides rutiner som sikrer enhetlig praksis for refusjonshåndtering, og at det i større grad gjennomføres systematiske kontroller av dette arbeidet.

Når det gjelder problemstillingen som omhandler vedtaksutforming og evalueringer av disse, er konklusjonen at kommunen i all hovedsak følger de krav som gjelder for dette. Dette er etter revisjonens mening positivt, og særlig at brukermedvirkning ved opprettelse av vedtak er dokumentert.

Revisjonen konkluderer med at Nesbyen kommune har sikret tilstrekkelig kompetanse innenfor tjenestoområdet for å yte forsvarlige tjenester, herunder bruk av tvang og makt. Revisjonen vil imidlertid påpeke at effektiv bruk av ressurser og planlegging av disse opp mot fremtidige behov kan være nyttig for kommunen, særlig sett i lys av potensielt sykefravær og kommunens økonomiske handlingsrom.

Anbefalinger

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil vi anbefale kommunedirektør/ Nesbyen kommune å gjennomføre følgende:

- Nesbyen kommune bør sikre at det er formaliserte rutiner for budsjettarbeidet i sektor for ressurskrevende tjenester
- Nesbyen kommune bør sikre at det er rutiner og kontrollaktiviteter som sikrer enhetlig og god praksis for refusjonskrav i sektoren
- Nesbyen kommune bør sikre at evalueringer av vedtak dokumenteres
- Nesbyen kommune bør se på om kartlegging av kompetanse og kapasitet er tilstrekkelig, både for nåværende og fremtidige behov

Et utkast til rapport har blitt oversendt kommunedirektør til uttalelse. Kommunedirektørens uttalelse i brev av 1. november 2024 er vedlagt rapporten.

Innhold

1.	Innledning	7
1.1.	Bakgrunn for prosjektet	7
1.2.	Formål og problemstillinger	7
1.3.	Avgrensning av undersøkelsen	7
1.4.	Beskrivelse av enhet for ressurskrevende tjenester	8
2.	Metode	8
3.	Revisjonskriterier	11
3.1.	Kvalitet i saksbehandling og oppfølging	14
3.2.	Tilstrekkelig og nødvendig kompetanse	15
	Kompetanse på tvang og makt	16
4.	Budsjett og budsjettstyring	17
4.1.	Økonomiske forutsetninger i Nesbyen	17
	Økonomi rundt ressurskrevende tjenester	18
4.2.	Oppgitt praksis i budsjettarbeidet	20
4.3.	Vurdering	21
5.	Tilskudd og refusjon	22
5.1.	Oppgitt praksis	22
5.2.	Revisors kontroll av ressurskrevende tjenester	23
5.3.	Vurdering	24
6.	Saksbehandling og gjennomføring av vedtak	25
6.1.	Overordnede rutiner for saksbehandling	25
6.2.	Krav til vedtaksutforming	26
6.3.	Kartlegging og evaluering av vedtak	26
6.4.	Brukermedvirkning	28
6.5.	Vurdering	28
7.	Kompetanse	29
7.1.	Kapasitet	29
7.2.	Kompetanse	30
7.3.	Vurdering	33
8.	Oppsummering og konklusjon	34
9.	Anbefaling	35
	Referanser	36
	Vedlegg 1 – Uttalelse fra kommunedirektør	37
	Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon	39
	Vedlegg 3 – Metode	42

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for prosjektet

Kontrollutvalget i Nesbyen kommune vedtok i sitt møte 30.november 2022 sak 25/22, at Viken Kommunerevisjon IKS skulle gjennomføre en forvaltningsrevisjon av ressurskrevende tjenester.

1.2. Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke om kommunen etterlever krav til tjenestetilbud når det gjelder saksbehandling og oppfølging av fattede vedtak, samt at kommunen har utarbeidet rutiner for å sikre en hensiktsmessig ressursbruk på området for ressurskrevende tjenester.

- **Problemstilling 1**
Sikrer kommunen at det er rutiner for å tilfredsstillende budsjettering og ressursbruk innen området ressurskrevende tjenester?
- **Problemstilling 2**
Sikrer kommunen at det er etablerte prosesser og rutiner som bidrar til å gi kommunen tilskudd og refusjoner knyttet til ressurskrevende tjenester?
- **Problemstilling 3**
Sikrer kommunen at saksbehandling og utførelse av vedtak er i henhold til regelverk, herunder om det gjennomføres evalueringer og revurderinger av vedtak?
- **Problemstilling 4**
Sikrer kommunen at det er tilstrekkelig kompetanse innenfor tjenesteområdet for å yte forsvarlige tjenester, herunder bruk av tvang og makt?

1.3. Avgrensning av undersøkelsen

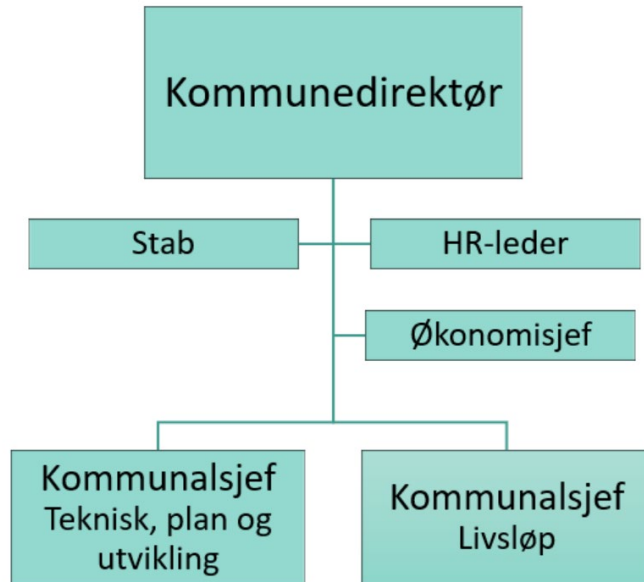
Som det går fram av problemstillingene i kulepunktene i kapittel 1.2, er det vedtatt relativt konkrete problemstillinger for forvaltningsrevisjonen. Det er ikke en fullstendig gjennomgang av de kommunale aktørene som bidrar i tjenesteytingen for ressurskrevende tjenester i Nesbyen kommune.

Av prosjektplan ble det vurdert som hensiktsmessig å se på de ressurskrevende brukerne med psykisk utviklingshemming og innlemme ressurskrevende brukere også over 67 år i undersøkelsen. I Nesbyen kommune er det ikke ressurskrevende brukere med psykisk utviklingshemming over alderen 67 år. Revisjonen har derfor i sin undersøkelse da sett på seks brukere i alderen 16-67 år, og en bruker under alderen 16 år.

1.4. Beskrivelse av enhet for ressurskrevende tjenester

Administrativt har kommunen følgende organisering:

Figur 1 Nesbyens kommunes administrative organisering (noe forenklet)¹



Tjenester for ressurskrevende tjenester for psykisk utviklingshemmede er underlagt kommunalområdet for Livsløp, tidligere helse og omsorg. Avdelingen for boligjenester driftes av tjenesteleder for tjenester til funksjonshemmede. Tjenesteleder har det overordnede ansvaret for driften og for personalet ved sykefraværsoppfølgingen, bemanning og rekruttering. Andre ting som faller under tjenesteleder er oppfølging av tvangsvedtak og tilsyn.

2. Metode

Prosjektet er gjennomført av revisjonens egne ansatte på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt. Det vil si at gjennomgangen er basert på «RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon»² som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF).

Samtlige revisorer som har deltatt i prosjektet er løpende vurdert å være uavhengige, habile og objektive, jf. RSK 001 punkt 3.

Dokumentanalyse

For å gjennomføre dokumentanalysen har revisjonen blant annet bedt om planer for området, rutiner og prosedyrebeskrivelser, samt oversikt over bemanning, kompetanse og kursplaner.

¹ [Ansatte i Nesbyen kommune - Nesbyen kommune](#)

² Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

Revisjonen har etterspurt utfyllende dokumentasjon og redegjørelser underveis i revisjonen, som har blitt besvart.

Intervju

Til sammen har 7 ansatte blitt intervjuet fordelt på 3 intervjuer. Informantene har forskjellig stilling og ansvarsgrad ved avdelingene.

Følgende intervjuer og møter er gjennomført i prosjektet:

- Oppstartsmøte med kommunalsjef helse og omsorg og tjenesteleder for miljøterapi-tjenesten virksomhetsleder
- Intervju med enhetsleder
- Intervju med ansattgruppe 1 (3 ansatte)
- Intervju med ansattgruppe 2 (3 ansatte)

Det ble brukt intervjuguider utarbeidet i forkant av intervjuene. Referater ble også oversendt for verifikasjon i etterkant av intervjuene. Samtlige referater er justert av intervjuobjektene, og det er kun de endelige verifiserte referatene, som er benyttet som datagrunnlag for rapporten.

Saksgjennomgang

Vi har mottatt filer med data av kontaktperson i kommunen i perioden høsten 2023 og tidlig 2024, og disse dataene er bearbeidet og analysert, og presenteres i rapporten. Videre foretok vi et utvalg i vår mappegjennomgang for alle ressurskrevende brukere i alder fra 16 til og med 67 år, pluss en bruker under 16 år. Totalt var det en mappegjennomgang av sju brukere, hvor to av disse har vedtak om tvang. Alle brukere i botjenesten er følgelig gjennomgått.

Revisjonen fikk oversendt evalueringstidpunktene for alle vedtak i tjenesten per mail, oppgitt med ID-nummer og vedtakstype.

I forbindelse med saksgjennomgangen behandler revisjonen sensitive personopplysninger. Disse opplysningene behandles i tråd med våre rutiner på området. Det innebærer blant annet at opplysningene lagres på et lukket område, som kun prosjektleder og eventuelt prosjektdeltakere har tilgang til. Opplysningene slettes etter at rapporten behandles av kommunestyret.

Styrker og svakheter ved valgt metode

Data innhentet fra mennesker gjennom intervjuer og spørreundersøkelser vil være kvalitative og subjektive av natur. For eksempel kan respondentenes svar være påvirket av deres egne forutinntatte meninger, og de kan gi unøyaktige eller ufullstendige svar. Det er også mulig at respondentene systematisk gir for positive svar på revisjonens spørsmål fordi de ønsker å gi et positivt inntrykk av sitt arbeid eller sin arbeidsplass.

I tillegg kan intervjueren ha forutinntatte holdninger, som kan både påvirke hvordan spørsmålene stilles og tolkningen av svarene. Det er også en risiko for at respondentene gir svar som de tror intervjueren ønsker å høre, i stedet for å gi ærlige svar. For å motvirke dette søker revisjonen å ha en balansert framtoning, og i størst mulig grad stille åpne (ikke lukkede spørsmål). Revisjonen vurderer også skriftlig dokumentasjon, som mer valid enn informasjon mottatt av mennesker gjennom intervju eller spørreundersøkelse ved motstrid.

Samlet sett mener vi datamaterialet gir et tilfredsstillende grunnlag for å beskrive dette undersøkelsesområdet ut fra prosjektets avgrensede rammer.

Vi mener dataene har en høy grad av gyldighet (validitet) ettersom det er samsvar mellom problemstillingene, revisjonskriteriene og de dataene som er samlet inn.

Likeledes er det vår oppfatning at dataene har en høy grad av pålitelighet (reliabilitet). Begrunnelsene for dette er blant annet at vi har innhentet relevant dokumentasjon direkte fra kommunen ved kontaktperson, samt benyttet kvalitetssikret regnskapsrevisjon. Til intervjuene har vi valgt ut ansatte som jobber med disse tjenestene på utførernivå (ansatt) og ledernivå. Ved alle intervjuene er det utarbeidet spørsmålsguider med utgangspunkt i problemstillingene og revisjonskriteriene. Endelig er referatene blitt skriftlig verifisert av de involverte.

Kontradiksjon

Revisjonen sendte rapporten til kommunedirektør for uttalelse den 17. oktober. Kontaktpersonen (tjenesteleder) kom i den forbindelse med noen foreløpige tilbakemeldinger den 28. oktober som medførte enkelte justeringer i rapporten.

Kommunedirektøren kom med sin endelige uttalelse den 1. november 2024. I den forbindelse må revisjonen gi noen avsluttende kommentarer:

1. kommunedirektøren hevder revisjonen viser til feil tallmateriale vedrørende prognosen for første tertial 2024 (side 17 i rapporten). Revisor har henvist til prognosen for første tertial 2024 (utarbeidet desember 2023). Der er det oppgitt et forventet merforbruk på ca. 6,9 mill. kroner, hvorav 3,6 millioner omhandler manglende finansiering av ressurskrevende tjenester. Revisjonen har altså henvist til kommunens egne beregninger for det forventede merforbruket.
2. kommunedirektøren viser til en rutine, som er inntatt i uttalelsen. Revisjonen anser det som positivt at denne rutinen er utarbeidet, men vi må påpeke at vi ikke har fått denne forelagt før rapporten ble sendt til uttalelse 17. oktober. Dette til tross for at vi har etterspurt slike aktuelle rutiner.
3. kommunedirektøren viser til at de vedtakene som mangler dokumentasjon for evaluering omhandler tjenester som ikke er av ressurskrevende karakter. Dette er vi klar over, kontaktpersonen gav tilbakemeldinger på dette i epost den 28. oktober. Revisjonen gjorde som nevnt noen endringer, deriblant ble anbefaling nummer 3 justert fra *må-krav* til *bør-krav*. Dette orienterte vi kommunedirektør og kontaktperson om i epost den 29. oktober.

Kommunedirektørens uttalelse er vedlagt i sin helhet i rapportens vedlegg 1.

3. Revisjonskriterier

Som kilder for revisjonskriteriene³ har vi i hovedsak benyttet lov om behandling i forvaltningssaker, lov om pasient- og brukerrettigheter, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, lov om helsepersonell med tilhørende forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og rundskriv om tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene.

På bakgrunn av problemstillingene og relevante krav i kildene, har vi utledet følgende revisjonskriterier for vår gjennomgang av ressurskrevende tjenester i Nesbyen kommune. Kriteriene er ikke nødvendigvis uttømmende for ethvert krav som stilles til alle sider av arbeidet innenfor ressurskrevende tjenester i kommunen. Kriteriene er oppstilt etter revisjonens vurdering av hva som er det sentrale, basert på en vurdering av virksomhetens egenart og regelverket den forvalter.

Relevante kilder i denne revisjonen er:

- LOV-1967-02-10 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven).
- LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven)
- FOR-2016-10-28-1250, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Rundskriv IS-4/2024 – Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene
- LOV-2018-06-22-83 Lov om kommuner og Fylkeskommuner (kommuneloven). Kapittel 14. økonomiforvaltning. §14-1. grunnleggende krav til økonomiforvaltningen
- LOV-2018-06-22-83 Lov om kommuner og Fylkeskommuner (kommuneloven). Kapittel 14. økonomiforvaltning. §14-4. økonomiplan og årsbudsjett
- Veileder om kommunelovens internkontrollbestemmelser. Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2021.

Budsjettering og ressursbruk

Etter kommuneloven skal kommunen forvalte økonomien på en slik måte at den økonomiske handleevnen blir ivaretatt over tid. Kommunen har ansvar for å utarbeide en samordnet og realistisk plan for egen virksomhet, økonomi og for lokalsamfunnets utvikling.

I økonomiplanen skal det vises til hvordan langsiktige utfordringer, mål og strategier i kommunens planer følges opp og vise kommunestyrets bevilgninger og de målene og premissene som økonomiplanen og årsbudsjettet bygger på. Økonomiplanen og årsbudsjettet skal settes opp i balanse og være realistiske, fullstendige og oversiktlige.

Helsedirektoratet peker på noen faktorer som er viktige i en budsjettprosess innen helse og omsorg:

³ Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for krav og forventninger som benyttes for å vurdere kommunens virksomhet, økonomi, produktivitet, måloppnåelse, regeletterlevelse osv. Sammenholdt med fakta beskrivelsen danner revisjonskriteriene basis for de analyser og vurderinger som foretas, de konklusjoner som trekkes, og de er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere avvik eller svakheter.

- **Analyser historiske data:** Se på tidligere års utgifter og inntekter for å identifisere trender og mønstre. Dette gir et godt grunnlag for å forutsi fremtidige behov
- **Involver relevante interessenter:** Inkluder helsepersonell, administrativt personale og brukere av tjenestene i budsjettprosessen. Deres innsikt kan hjelpe med å identifisere nødvendige ressurser og potensielle besparelser
- **Prioritering av tjenester:** Identifiser hvilke tjenester som er mest kritiske og sørg for at de får tilstrekkelig finansiering. Dette kan innebære å gjøre vanskelige valg om hvilke tjenester som kan reduseres eller effektiviseres
- **Kontinuerlig overvåking og justering:** Et budsjett er ikke statisk. Det er viktig å regelmessig overvåke utgifter og inntekter og gjøre nødvendige justeringer for å holde budsjettet balansert.
- **Langsiktig planlegging:** Utarbeid en økonomiplan som strekker seg over flere år for å sikre bærekraftig ressursbruk og for å kunne håndtere uforutsette hendelser.

Sikrer kommunen at det er rutiner for tilfredsstillende budsjettering og ressursbruk innen området ressurskrevende tjenester?

Til denne problemstillingen har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- *Kommunen skal utarbeide en samordnet og realistisk budsjettplan for ressurskrevende tjenester.*

Tilskudd og refusjon

Det årlige oppdaterte rundskriv IS-4 Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene legger føringer for hvordan kommunen skal håndtere tilskudd og refusjon fra Helsedirektoratet. For denne undersøkelsen har IS-4/2024 vært styrende. Behovet for ressurskrevende tjenester varierer betydelig mellom kommuner. Det er derfor behov for en egen tilskuddsordning for ressurskrevende tjenester som et supplement til kommunenes frie inntekter.

Rundskrivet har følgende grunnleggende føringer for kommunens beregninger av tilskudd og refusjon.

- **Direkte lønnsutgifter:** Det gis refusjon for 80 prosent av direkte lønnsutgifter som overstiger innslagspunktet på 1 520 000.
- **Aldersgrense:** Personer over 67 år omfattes ikke av ordningen. Det kan kun søkes refusjon for utgifter til personer født i 1956 eller senere
- **Sykdom og permisjon:** Ved sykdom og permisjon skal kun direkte lønnsutgifter til den som til enhver tid utfører arbeidet medtas.
- **Enkeltvedtak:** For å kunne kreve refusjon må det ligge et enkeltvedtak på tjenesten etter helse- og omsorgstjenesteloven.

I tillegg har rundskrivet detaljerte beskrivelser av hvordan beregningen skal gjøres ved ulike organiseringer av tjenesteytelsen.

- **Hjemmebaserte tjenester:** Direkte brukertid er når personalet er i direkte interaksjon med tjenestemottaker. Reisetid og administrativt arbeid som rapportering regnes ikke som direkte brukertid.
- **Bofellesskap:** Lønnen til alle ansatte som jobber i direkte interaksjon med tjenestemottakerne regnes som direkte lønn. Tjenesteyter må være til stede i boligen og ha sine arbeidsoppgaver i interaksjon med tjenestemottaker. Også her skal dette følge av individuelle vedtak. Dersom den ansatte yter bistand til flere mottakere, skal utgiftene fordeles mellom mottakerne. Kommunen må kontrollere at utgifter til andre mottakere enn ressurskrevende tjenestemottakere trekkes ut/korrigeres der kommunen yter tjenester til flere samtidig
- **Vedtak etter andre lovverk:** Her gjelder prinsippet om sektoransvar. Det er sektoren som er ansvarlig for gjeldende lovverk og som også har finansieringsansvaret.

For å kunne kreve refusjon må det ligge et enkeltvedtak på tjenesten etter helse- og omsorgslovgivningen. Tjenestens omfang må fremkomme direkte i enkeltvedtaket eller som særskilt dokumentasjon. Denne dokumentasjonen skal være i samsvar med innrapporterte direkte lønnsutgifter.

Tjenester som ikke er levert, selv om det foreligger enkeltvedtak, faller utenfor refusjonsordningen. Kommunen må kunne dokumentere at tjenesten er levert og at det ikke kun er utførte timer som legges til grunn for refusjonskravet. Det kan gis unntak for tjenester der det vanligvis ikke fattes enkeltvedtak, for eksempel fysio- og ergoterapitjenester. Kommunen må i så fall dokumentere ovenfor revisor faktisk ytte tjenestetimer (for eksempel faktureringsgrunnlag, arbeidslister, oppmøtelister og lignende). Dersom slike tjenester tas med, beregnes utgifter fra og med iverksettingsdato for tjenesten.⁴

Kommuneloven §25-1 slår fast at kommuner og fylkeskommuner skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Kommunedirektør i kommune og fylkeskommune er ansvarlig for internkontrollen. Andre ledd §25-2, sier at internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

I følge helse- og omsorgsdepartementet, direktorat for forvaltning og økonomistyring og statsforvalterembete kan kommuner jobbe for å styrke internkontrollen innen ressurskrevende tjenester. Dette følger i all hovedsak av veileder for kommunens internkontrollbestemmelser⁵. Oppsummert viser de til;

- **Styrke dokumentasjonsrutiner:** Sørg for at alle utgifter er godt dokumentert og at det finnes klare prosedyrer for hvordan dokumentasjonen skal føres. Dette inkluderer detaljerte timelister og lønnsutgifter knyttet til direkte brukertid.
- **Regelmessige revisjoner:** Gjennomføre regelmessige interne revisjoner for å sikre at alle krav og retningslinjer følges. Dette kan bidra til å identifisere og rette opp eventuelle avvik tidlig
- **Opplæring av ansatte:** Gi opplæring til ansatte om viktigheten av korrekt rapportering og dokumentasjon. Dette inkluderer forståelse av hvilke utgifter som er refusjonsberettigede og hvordan disse skal rapporteres.
- **Risikovurdering:** Utfør regelmessige risikovurderinger for å identifisere potensielle svakheter i internkontrollen og utvikle tiltak for å håndtere disse risikoene.

⁴ Rundskriv IS-4/2024 Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene s. 12

⁵ . Veileder for kommunens internkontrollbestemmelser, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021.

- Tydelige retningslinjer og prosedyrer: Utarbeid og vedlikehold klare retningslinjer og prosedyrer for internkontroll. Dette inkluderer detaljerte beskrivelser av ansvar og oppgaver for alle involverte parter.

Sikrer kommunen at det er etablerte prosesser og rutiner som bidrar til å gi kommunen tilskudd og refusjon knyttet til ressurskrevende tjenester?

Til denne problemstillingen har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen må ha rutiner og praksis som sikrer riktig beregning av tilskudd og refusjoner
- Kommunen må ha rutiner for internkontroll av tilskudd og refusjonsberegninger

3.1. Kvalitet i saksbehandling og oppfølging

Vedtektsfastsettelse

Når det fattes enkeltvedtak av kommunen, skal det alltid gis begrunnelse, med henvisninger til reglene vedtaket er bygget på. Det kan gjøres unntak, dersom det ikke er grunn til at noen part vil være misfornøyd med vedtaket. En part har likevel rett til å kreve begrunnelse etter at vedtaket er truffet.⁶ Medvirkning til vedtak skal tilpasses evnen brukeren har til å gi og motta informasjon, og tjenestetilbudet bør i størst mulig grad utformes i samarbeid med brukeren i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Pasienter eller brukere har rett til å ønske at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, og dette ønsket skal som hovedregel imøtekommes.⁷ Kommunen pliktes til å sikre at saker de behandler er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Hvis kommunen mottar informasjon om søkeren, må søkeren gis anledning til å uttale seg, med mindre spesielle unntak gjelder, som for eksempel når informasjonen er bekreftet av søkeren selv eller det haster med en rask avgjørelse. Det samme gjelder for opplysninger av vesentlig betydning, der søkeren skal informeres med tanke på deres rett til å kjenne til dokumentene i saken, med vurdering av behovet for rask avgjørelse og om søkerens interesser er ivaretatt på andre måter.

Evaluerings av vedtak

Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven.⁸ Eventuelle endringer i tjenestetilbudet må det etter helse- og omsorgsloven fortsatt påse at tjenestetilbudet er forsvarlig, dette gjelder også gjennomføringen av eventuelle endringer i tjenestetilbudet.⁹ Det skal legges stor vekt på hva personen mener om hvordan endringene nærmere skal gjennomføres, jf. retten til brukermedvirkning i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.¹⁰ Der kommunen i slike tilfeller ønsker å gi bruker et nytt og bedre tjenestetilbud, for eksempel flere timer eller institusjonsplass i stedet for hjemmetjenester, kan kommunen endre det opprinnelige vedtaket, så lenge

⁶ Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). § 24. Når enkeltvedtak skal grunngi og § 25 begrunnelsens innhold.

⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven hvilken paragraf da?

⁸ LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). § 4-1 første ledd, bokstav b.

⁹ LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

¹⁰ LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). §3-1. pasientens eller brukerens rett til medvirkning.

endringen er i tråd med brukers ønsker. Det kan også være faglige grunner til at en endring må skje gradvis, f.eks. ved tjenester til personer med demens, psykisk utviklingshemming, psykiske lidelse eller rusavhengighet.

Brukermedvirkning

Når tjenestetilbudet skal utformes skal dette være i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven og i størst mulig grad utformes i samarbeid med brukeren, dette skal tilpasses til brukerens evne til å gi og motta informasjon. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Pasienter eller brukere har rett til å ønske at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, og dette ønsket skal som hovedregel imøtekommes.¹¹

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester i henhold til denne loven, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Dette innebærer en generell forpliktelse for tjenesteytere til å arbeide aktivt med å forbedre kvaliteten på tjenestene og sikre pasienters og brukeres sikkerhet.¹²

Sikrer kommunen at saksbehandling og utførelse av vedtak er i henhold til regelverk, herunder om det gjennomføres evalueringer og revurdering av vedtak?

Til denne problemstillingen er det utledet følgende problemstillinger;

- Kommunen skal kartlegge søkerens behov i tilstrekkelig grad i saksbehandlingen
- Kommunen skal sikre brukermedvirkning og innhenting av brukererfaringer når det fattes vedtak
- Kommunen skal regelmessig evaluere de vedtak som brukeren har i omfang og kvalitet.

3.2. Tilstrekkelig og nødvendig kompetanse

Helsepersonelloven § 16 slår fast at virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Nasjonal veileder oppgir at kommunen skal sørge for nok personell med rette kompetanse i helse- og omsorgstjenesten til personer med utviklingshemming. Dette innebærer at de skal ha en oversikt over kompetanse- og opplæringsbehov, sett opp mot brukernes behov for tjenester og de oppgavene som skal løses. Kompetansekartlegging, planlegging og prioritering bør omfatte:

- utfordringsbildet og kompetansebehov
- ansattes kompetanse
- kompetanse kommunen har behov for
- dagens personellbehov opp mot framskrevet personellbehov
- innsatsområder for kompetanseutvikling

¹¹ Pasient- og brukerrettighetsloven §§3-1-3-7

¹² LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven).

- kompetansetiltak som kurs, veiledning, utdanning og etterutdanning
- rekrutteringsstrategi
- ansvarlig for oppfølging av tiltak

Veilederen understreker at dette betyr tilstrekkelig personell med høyskoleutdanning innen helsefag, sosialfag og spesialpedagogikk, og tilstrekkelig personell med fag- og yrkesspesifikk kompetanse. Virksomhetsledere bør legge til rette for og understøtte at personell med spesifikk kompetanse kan brukes på tvers av tjenesteområder og sektorer.

Vernepleiere er særlig sentrale, med bred kunnskap om utviklingshemming, miljøterapeutisk arbeid, habilitering, rehabilitering, helsefremming og helsehjelp. Leder/faglig ansvarlig for virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming bør både ha vernepleierutdanning eller annen relevant helse- eller sosialfaglig høyskoleutdanning, og lederkompetanse.

Kommunen må sørge for at alle tjenesteytere har felles grunnleggende kompetanse innenfor sentrale kompetanseområder og at de får nødvendig veiledning. Kommunen må legge til rette for kompetanseheving, som kurs, videreutdanning og etterutdanning.

Kompetanse på tvang og makt

Kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. I tillegg til å tilrettelegge tjenestetilbudet i overensstemmelse med reglene i § 9-1 andre ledd, jf. også § 9-5 første ledd, plikter kommunen å gi nødvendig opplæring etter § 8-1, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter kapitlet her.¹³

Ved bruk av tvang og makt skal andre tiltak ha vært prøvd før tvangsvedtak blir fattet. Tvang og makt skal kun brukes når det er etisk forsvarlig og faglig begrunnet. Tiltakene skal aldri gå lenger enn det som er nødvendig for formålet og stå i forhold til det formål som skal ivaretas. Når det er fattet et tvangsvedtak på en tjenstemottager skal tvang og makt kun brukes til å hindre eller begrense vesentlig skade. etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 kan tvang og makt i kun brukes i følgende tilfeller:¹⁴

- skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner
- planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner
- tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, personlig hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak

Tjenstemottager med tvangsvedtak har rett på kvalifisert personale ved gjennomføring av disse tiltakene. når tiltak for planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner skal gjennomføres, har tjenstemottageren krav på at den ene av de to tjenesteyterne har bestått utdanning i helse-, sosial eller pedagogiske fag på høyskolenivå.

¹³LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). § 9-4. Krav til forebygging

¹⁴ LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. § 9-9. krav til gjennomføring og evaluering

Sikrer kommunen at det er tilstrekkelig kompetanse innenfor tjenesteområdet for å yte forsvarlige tjenester, herunder bruk av tvang og makt?

- Kommunen må sørge for at tjenesten har tilstrekkelig personale med nødvendig kompetanse
- Kommunen skal kartlegge kompetansen i tjenesten opp mot behov
- Kommunen skal sikre at ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å treffe vedtak om tvang og makt i samsvar med gjeldende regelverk

4. Budsjett og budsjettstyring

Sikrer kommunen at det er rutiner for tilfredsstillende budsjettering og ressursbruk innen området ressurskrevende tjenester?

Til denne problemstillingen har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal utarbeide en samordnet og realistisk budsjettplan for ressurskrevende tjenester.

4.1. Økonomiske forutsetninger i Nesbyen

Figur 1 Kommuneøkonomi Kostra

Kommunefakta ¹⁵	
	Per 2023 Nesbyen kommune
Kommunens økonomi	
Driftsresultat	-2,3%
Kommunens driftsinntekter per innbygger	163 327 kr
Kommunens driftskostnader per innbygger	164 249 kr

Det reviderte årsregnskapet for Nesbyen viser et netto negativt driftsresultat på kr – 20 269 722. ¹⁶

Per august 2024 er kommunen innmeldt i ROBEK (register om betinget godkjenning og kontroll), som betyr økonomisk administrasjon ved Kommunal- og distrikts departementet, med statsforvalter som utførende enhet.

Det er utarbeidet et strategidokument, Bærekraftige Nesbyen 2030, som omhandler både videre prosess rundt økonomihåndteringen og konkrete tiltak for innsparing og justeringer av budsjett.

I strategien «Bærekraftige Nesbyen 2030», er sektor helse og omsorg foreslåtte innsparinger 24 555 000 kr, som utgjør 35 % av kommunens samlede innsparingstiltak. Det er beskrevet at tiltakene i denne

¹⁵ KOSTRA kommunefakta

¹⁶ Årsberetning 2023

sektoren i all hovedsak handler om vesentlig endring av tjenesteyting ved at tjenester gjøres i egenregi, i tillegg til at tilbud reduseres og/ eller gjennomføres på annen måte enn i dag.

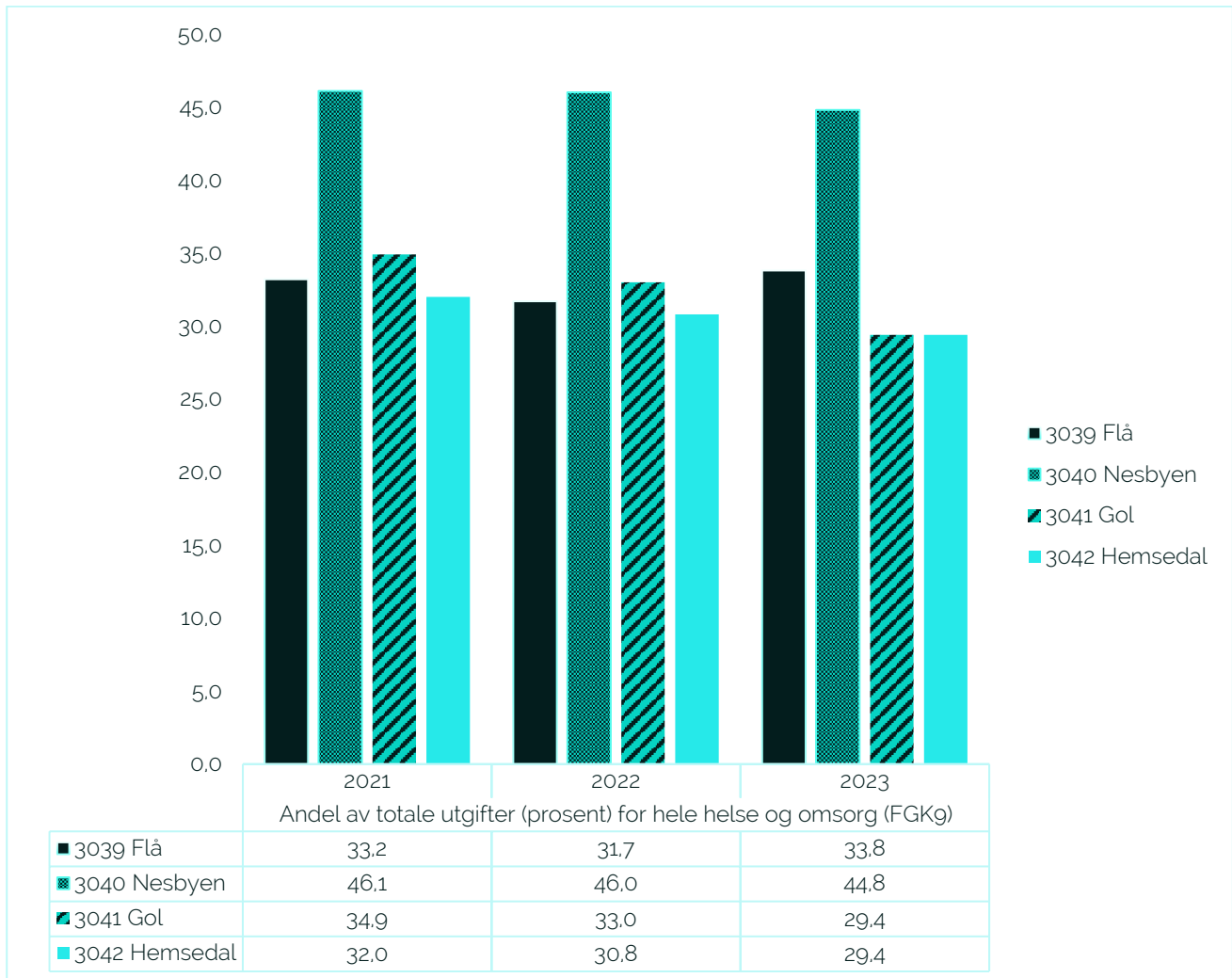
Økonomi rundt ressurskrevende tjenester

I kommunens økonomiplan er det reist en del problemstillinger rundt kommunens økonomiske forutsetninger for denne gruppen. I økonomiplanen er det oppgitt at kommuner med store utgifter til ressurskrevende tjenester får tilleggskompensasjon. Det pekes på i rapporten at de nasjonale kompensasjonsordningene hjelper ikke kommunen slik de kunne forventet. Over flere år har Nesbyen kommune prøvd å belyse utfordringsbildet om at tilskuddsordningen som har innslag på færre enn 3200 innbyggere, ikke harmonerer med intensjonen.

Videre vises det til at Nesbyen kommune bruker ca. 60 mill. kr på ressurskrevende tjenester, og får ca. 28 mill. kr i refusjon fra staten. Pr. 01.07.2023 har Nesbyen 3299 innbyggere, altså slår ikke refusjonen inn ifølge økonomiplanen. Videre peker de på at det virker svært urimelig at ikke helhetsbildet rundt pasientenes behov spiller inn på utfallet av refusjonen. Kommunen mener at en del av disse tjenestene tilhører spesialhelsetjenesten og skal ikke belastes den enkelte kommune. Dette begrunnes med at det er en selvfølge at pasienter skal ha forsvarlige helsetjenester. Dersom kommunene ikke har kompetanse til å utføre tjenestene selv, så er alternativet å kjøpe tjenestene av private foretak.

Sammenlignet med nærliggende kommuner går en høyere andel av totale utgifter til helse og omsorgssektoren i Nesbyen.

Figur 2 Andel utgifter til sektor helse og omsorg 2021-2023



I prognosen for første tertial 2024 (utarbeidet desember 2023) er det oppgitt et forventet merforbruk på ca. 6,9 mill. kroner, hvorav 3,6 millioner omhandler manglende finansiering av ressurskrevende tjenester.

Tjenesteleder viser til i mail til revisjonen at i forbindelse med gjennomgang av kostratall fikk kommunen beskjed om at Nesbyen kommune har over 70% flere psykisk utviklingshemmede enn andre sammenlignbare kommuner.

Årsrapporten 2023 viser at sektoren helse- og omsorg har et budsjettavvik på 35 mill. kroner. Av disse er 7 mill. kr for ny ressurskrevende bruker, 8 mill. kroner for lite budsjetterte kostnader for kjøp av spesialiserte helsetjenester, samtidig for lite budsjettert tilskudd til tjenester innen ressurskrevende helse og omsorgstiltak på ca. 2,5 mill. kr.

Fra kommunens handlings- og økonomiplan er det oppgitt noen målsetninger og tiltak knyttet til økonomistyringen i sektoren.

Figur 3 Skjermklipp økonomi- og handlingsplan

Økonomistyring

Delmål	Enhetens tiltak	Ansvar
Reduksjon av vikarbudsjett og overtid	Betydelig økte tillegg på kveld og helgedager Ass.lederledd Sykepleiepool	Kommunalsjef Tjenesteledere
Budsjett 2023-2024	Budsjett i balanse	Kommunalsjef Tjenesteledere

Videreføring og gjennomføring av tiltak. Tiltak som følges opp i økonomi/budsjett 2023-2024

Enhetens investeringstiltak	Økonomi	Ferdig	Ansvar
Investeringstiltak i perioden 2023 og 2024	1,4 mill avsatt til prosjektering av Elverhøy-området	Innen utgangen av våren 2023	Kommunalsjef helse og teknisk Tjenesteledere

4.2. Oppgitt praksis i budsjettarbeidet

Revisjonen har fått oversendt dokumentet *Ansvarsfordeling* (Oppdatert 25.01.2023) som viser hvilke oppgaver som er tillagt henholdsvis tjenesteleder og assisterende tjenesteleder.

Her fremgår det blant annet at tjenesteleder har ansvar for;

- budsjett
- fakturagrunnlag
- attestering, anvisning og kontering

Assisterende tjenesteleder har også ansvar for de to sistnevnte kulepunktene.

Det fortelles i intervju at tjenesteleder har ansvaret for planleggingen av tjenesteytingen. Kommunalsjef helse og omsorg har ansvar for å rapportere opp i systemet, og gjennomgår vedtakene. Det oppgis at kommunalsjef har nær kontakt med regnskapsrevisor og kommunens økonomisjef. Noen ganger kan datoer for evalueringer endres, men som regel gjennomføres det midt på høsten.

Tjenesteleder forteller i intervju at det er praksis at arbeidet starter på høsten, hvor kommunen ser på dette hvert år og sammenligner med fjoråret. Dette innebærer også at en vurdering planlagt ressursbruk er i samsvar med vedtakene. Beregningene gjøres med et anslag med i utgangspunkt i fjoråret. Det oppgis at det er et tett samarbeid mellom tjenesteleder og økonomisjef.

Videre forteller tjenesteleder at økonomisjef har kompetanse vedrørende pensjon mm, og legger inn nødvendige tall i regnearket. Det er praksis at alle vedtak på plass før budsjettarbeidet. Godt samarbeid med tildelingskontor, økonomisjef, tildelingskontor, tjenesten/kommunalsjef og revisor. Revisor går igjennom dokumentasjon, vurderer, gir tilbakemeldinger/godkjenner og signerer. Frist 2.mai for innlevering. Synes ordningen og samarbeidet med revisor fungerer bra.

Revisjonen etterspurte per mail om det forelå rutiner eller prosedyrer for budsjettarbeidet i sektor helse og omsorg. Det vises til i svaret at den generelle prosedyren for budsjettarbeidet faller under økonomisjefens ansvar, men oppgir at praksisen som er omtalt over er gjeldende rutine. Det vises til at nye ressurskrevende tiltak vil bli fortløpende rapportert og lagt inn i budsjett.

4.3. Vurdering

Revisjonen har lagt til grunn at kommunen må ha en god praksis for å lage samordnede og realistiske budsjetter for ressurskrevende tjenester. Undersøkelsen viser at Nesbyen kommune har en oversikt over de elementer som påvirker ressursbruken i sektoren. Det vises også til at det er rutiner for å oppgi og fange opp endringer og avvik i ressursbruk fortløpende. Dette er positivt.

Nesbyen oppgir at de har en fast praksis for budsjettarbeidet, og viser til et samarbeid innad i tjenesten og med relevante aktører som tildelingsenheten og økonomiansvarlige i kommunen. Revisjonen mener at rutinene i større grad kunne vært formalisert.

Det vil blant annet være risiko knyttet til eventuelle vakanser eller skifte av personell som ikke er kjent med nåværende praksis. Generelt sett vil det være risiko knyttet til at aktiviteter i forbindelse med budsjett, og kvaliteten på denne, er personavhengig. Revisjonen anbefaler kommunen å formalisere rutiner og prosedyrer for budsjettarbeidet i sektoren.

5. Tilskudd og refusjon

Sikrer kommunen at det er etablerte prosesser og rutiner som bidrar til å gi kommunen riktig tilskudd og refusjon knyttet til ressurskrevende tjenester?

- Kommunen må ha rutiner og praksis som sikrer riktig beregning av refusjoner
- Kommunen må ha rutiner for kontroll av tilskudd- og refusjonsberegninger

5.1. Oppgitt praksis

Revisjonen har ikke mottatt noen skriftlige beskrivelser av praksis vedrørende refusjon og tilskudd innen sektoren, utover rolle- og ansvarsbeskrivelser hvor økonomi og budsjett ligger under tjenesteleder og assisterende tjenesteleder. Det bekreftes i oppfølgingsspørsmål fra revisor at det ikke er utarbeidet en skriftlig prosedyre for håndtering av refusjon og tilskudd.

Det beskrives imidlertid at det rutinemessig etter hver sommer blir gjennomført et møte i sektor helse og omsorg hvor en oversikt over antall innbyggere med psykisk utviklingshemmede blir gjennomgått, herunder ressurskrevende brukere i kommunen. Videre forklares at det er utnevnt en person som koordinerer møtene. Deltagerne i dette møtet er økonomisjef, tjenesteledere for aktuelle avdelinger og kommunalsjef for livsløp. I dette møtet blir det forberedt en oversikt og hver leder tar i etterkant på vedtak og hvor mye den reelle ressursbruken er rundt den enkelte. Det beskrives at hver enkelt tjenesteleder da har kontakt med tildelingskontor i forbindelse med gjennomgang av vedtak. Når denne kartleggingen er ferdig, legger koordinator antall vedtakstimer inn i regneark.

Tjenesteleder opplyser i intervjuet at kommunen gjennomgår rutinene for refusjonsordningene før jul hvert år og sammenligner dette med fjoråret. Det vurderes også om dette er i samsvar med vedtakene. Tjenesteleder samarbeider med økonomisjef om dette, vedtakene evalueres en gang i året og tjenesten kartlegger direkte rundt bruker. Vedtakene er fattet når det årlige rundskrivet IS-4 fra Helsedirektoratet foreligger. Videre opplyser tjenesteleder at det er tett dialog mellom kommunalsjef, tildelingskontor og økonomiavdelingen. I tillegg har økonomisjef kompetanse om pensjonsregler (KLP) og legger inn nødvendige tall i regnearket.

Videre fortelles det at alle vedtakene foreligger, sortert i permer. Dette inkluderer vedtak for brukere med en eller flere diagnoser. Kommunen har samtidig gode rutiner på at dette gjøres i god tid og før dette sendes over til revisor.

Kvalitetssikring

Kommunen oppgir ved forespørsel om rutiner ved refusjonsbehandling, at etter at koordinator har lagt inn vedtakstimer i regneark så blir regneark sjekket av økonomisjef med tanke på variabler. Hvis det er feil eller mangler blir dette fanget opp. Det vises til eksempler hvor kommunen selv fant avvik og kontaktet statsforvalteren med den følge at kommunen fikk avkortning i refusjonskrav.

Videre blir regnearket klargjort for gjennomgang og godkjenning av revisor rundt nyttår.

I den oversendte dokumentasjonen er det det lagt ved bekreftelser som legges ved oversendelse til Helsedirektoratet ved krav om refusjon, hvor kommunen erklærer at kravene er i henhold til forskrift.

Bekreftelsene er i 2020 og 2022 underskrevet av kommunalsjef, og i 2021 av både kommunalsjef og økonomisjef.

Tjenesteleder oppgir i intervju at for å møte refusjonsordningen på best mulig måte er det snakk om at Hallingdalsregionen skal samarbeide mer om ett felles system/kriterier for å håndtere ordningen.

5.2. Revisors kontroll av ressurskrevende tjenester

Regnskapsrevisor gjennomgår beregninger for alle brukere kommunen sender inn refusjon på i henhold til krav om kontroll i forskrift. Her blir også krav i forskrift om refusjon gjennomgått som;

- Kravet om refusjon gjelder for 80 prosent av direkte lønnsutgifter som overstiger innslagspunktet på 1 520 000
- At krav ikke omfatter personer over 67 år. Det kan kun søkes refusjon for utgifter til personer født i 1956 eller senere
- At beregninger har en korrekt føring ved sykdom og permisjon, hvor direkte lønnsutgifter for den som utfører arbeidet skal medtas
- At det ligger et enkeltvedtak på tjenesten etter helse- og omsorgstjenesteloven

Dokumentasjon fra regnskapsrevisor viser at kravene i forskrift i all hovedsak er møtt ved revisors gjennomgang. Gjennomgangene gjort årlig av ressurskrevende tjenester har imidlertid vist noen enkeltfeil og merknader til praksis fra revisor. De fleste bemerkningene regnskapsrevisor har tatt opp med kommunen, oppgis å ha blitt korrigert før innsendelse og følgelig ikke gitt ytterligere merknader fra revisor.

	Bemerkninger revisor
2021	• Feil i utregninger av blant annet overtid, nattvaktsberegning og oppsett i regneark • Feil i formlene i excel-arket • Alle avvik som ble avdekket, ble korrigert før refusjonskravet ble sendt inn.
2022	• Det ble gjort en gjennomgang av excel-arket etter merknadene fra 2021 • Revisors gjennomgang ga ingen særskilte merknader vedrørende refusjon
2023	• Store beregningsfeil, som ga store utslag i refusjonsgrunnlaget • Oppgis som rettet før revisjonens beretning.

Regnskapsrevisor understreker at kommunen står fritt til å sette opp disse beregningene som de selv ønsker, så lenge dette er i henhold til kravene fra Helsedirektoratet.

Gjennomgang av refusjonsberegninger for den enkelte bruker

Revisjonen har sett på alle mottakere av ressurskrevende tjenester, og oppsettet av refusjonskrav rundt den enkelte.

En gjennomgang av beregningen som er gjort for hver av brukerne er det variasjoner i hvordan disse er satt opp og hvilken detaljgrad de har. Av de 11 brukerne så har refusjonsoppsettet i Excel følgende likheter og forskjeller. To av oppsettene synes å være til kjøpte plasser, og har følgelig mindre oppgitt informasjon utover månedsbeløp for refusjon. Av de resterende er det flere ulikheter.

- Alle har oppgitt timer per uke/år, ressurskostnad og refunderbare kostnader over 80 %
- 8 av 9 har oppgitt type vedtak og antall vedtakstimer.
- 4 av oppsettene oppgir en timelønn hvor det er kommentert at denne regnes ut av andel bruk av ansatte med høyskole eller fagarbeider (varierer mellom 50/50, 60/40 og 80/20). Det er lagt inn hvor mye av timene som ordinært og ulike typer overtid. Her er det oppgitt antall årsverk og stillinger som har ytt tjenester til bruker.
- To av oppsettene har en lavere detaljgrad, hvor bare antall timer koordinator/ fagansvarlig har brukt i året, utover en kommentar om en fordeling på 50/50 høyskole og fagarbeider. Det er ingen referanser til antall årsverk eller ansatte.
- Et oppsett inkluderer en oversikt over hvilke ansatte som har jobbet med bruker, med beskrivelser av antall timer per ansatt, inklusive tillegg og feriepenges. Timelønnen som er beregnet her ligger noe lavere enn timelønnen for de der bare andelen fagarbeider/høyskole er oppgitt.

Det er ingen av oppsettene som ikke møter kravene satt i rundskriv IS-4-2024, tilskuddsordning for særlige ressurskrevende tjenester i kommunen.

5.3. Vurdering

Kommunen oppgir at de har rutiner og praksis for beregning av refusjoner, og at denne er kjent for ansatte som arbeider med det. Det oppgis også at det er en praksis med kontrollaktiviteter. Det er imidlertid ikke utarbeidet noen skriftlige beskrivelser av dette. Undersøkelsen viser at krav i henhold til forskrift er møtt, og kontrollert av regnskapsrevisjon.

Det fremkommer imidlertid også at det ikke er en enhetlig praksis om hvordan refusjonsregnskap skal settes opp og detaljgraden i disse. Revisjonen mener at Nesbyen kommune bør styrke praksisen rundt refusjonshåndtering og internkontrollen av denne praksisen.

For det første mener revisjonen at prosedyrer og rutiner bør formaliseres. Dette vil ta ned risikoer for at kjennskap til prosedyrer er personavhengig og sikrer større grad av kontinuitet og lik praksis. Dette sammenfaller med funn knyttet til budsjettstyring (se kapittel 4.4).

6. Saksbehandling og gjennomføring av vedtak

Sikrer kommunen at saksbehandling og utførelse av vedtak er i henhold til regelverk, herunder om det gjennomføres evalueringer og revurdering av vedtak?

Til denne problemstillingen har vi i kapittel 3 utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal sikre at vedtaket er tilstrekkelig opplyst, og begrunnet, samtidig skal klageadgangen fremgå
- Kommunen skal kartlegge pasientens behov i tilstrekkelig grad i saksbehandlingen.
- Kommunen skal sikre brukermedvirkning og innhenting av brukererfaringer når det fattes vedtak

6.1. Overordnede rutiner for saksbehandling

Det tidligere omtalte dokumentet *Ansvarsfordeling* beskriver de ansattes plikt til å skriftliggjøre vurderinger som tas ved oppfølging av en bruker.

Revisjonen har fått oversendt dokumentasjon som viser at Nesbyen kommune har rutiner for saksbehandling av vedtak for ressurskrevende brukere (psykisk utviklingshemmede). Det fremgår at tildelingskontoret avgjør om det skal gjennomføres kartlegginger. I den forbindelse er det satt ulike punkter som skal gjennomføres i prosessene.

I forbindelse med skiving av vedtak har saksbehandler ansvar for at søknadsskjema, endringsskjema, og kartleggingsskjema blir arkivert i saksbehandlingssystemet CosDoc senest når vedtaket er protokollert.

Gjennomgangen viser at Nesbyen kommune har et omfattende sett med skriftlige rutiner kartlegging, tildeling, gjennomføring og evaluering av tjenestetilbudet til ressurskrevende brukere. Noen av rutinene er også styrende for andre brukergrupper/helsetjenester. Revisjonen har fått oversendt og gått igjennom rutiner og prosedyrer for:

- Behovskartlegginger
- Rutinen *Brukermedvirkning i vedtaksprosessen* (barn og unge) viser til at helsestasjonen skal sikre at denne gruppen blir sett og hørt i møte med de kommunale helsetjenestene. Dette er også av relevans i de tilfeller der en mindreårig mottar ressurskrevende tjenester.
- Tildeling av Individuell plan (IP) og/eller koordinator
- Evalueringer av vedtak

Medisinansvarlig skal fortløpende rapportere på sitt arbeid, mens primærkontakt skal evaluere vedtakene sammen med primærkontakt.

I 1. tertialrapport for 2024 vises det til at det ikke foreligger kjente utfordringer som gjelder gjennomføringen av vedtakene knyttet til ressurskrevende tjenester.

Videre fremgår det i tertialrapporten at tildelingsenheten har manglende bemanning, med konsekvens at tildelingskontoret ikke har vært operativt. Dette anser kommunen for å være svært alvorlig, og jobber derfor med å lukke dette avviket gjennom rekruttering.

I rapporten vises det til [at]

tildelingsenheten koordinerer tjenester mellom kommunen, sykehus og andre hjelpeinstanser ved utskrivning fra sykehus, kartlegger behov og fatter enkeltvedtak om tjenester og har dialog med avdelingene om iverksetting av vedtakene. Som følger mister kommunen data, og de innrapporterte KOSTRA-tallene blir basert på IPLOS-kartlegginger.

Ifølge dette dokumentet fører manglende data til at vurderingene av hvilke tjenester den enkelte bruker skal ha i mindre grad baseres på objektive vurderinger, noe som i neste omgang gjør tjenestene unødvendig kostbare. Alle tjenestene der søkerne oppfyller kravene skal være iverksatt, men det mangler likevel flere viktige vedtak. Det pekes på at manglende dokumentasjon medfører avvik som statsforvalteren ser svært alvorlig på.

Tjenesteleder oppgir i en redegjørelse til revisjonen at utfordringene knyttet til kapasiteten ved tildelingsenheten ikke har påvirket vedtakene til ressurskrevende tjenester.

6.2. Krav til vedtaksutforming

Rutinen for samarbeid mellom tjenesteutøver og tildelingskontoret omhandler blant annet kartlegging og saksbehandling, samt beskriver gjeldende ansvarsområder for saksbehandler når det gjelder dokumentasjon i forbindelse med tjenestetildeling til psykisk utviklingshemmede. Teamansvarlig har ansvar for å skrive vedtak, og gjennomføre øvrig dokumentasjon. Her inngår blant annet kvalitetssikring av daglige rapporter i CosDoc.

I mappegjennomgangen fremgår det at alle de åtte vedtakene for ressurskrevende brukere med psykisk utviklingshemming følger alminnelig oppsett for et innhold i enkeltvedtak; som begrunnelse, lovbestemmelser og klagebestemmelser (jmf. forvaltningsloven mv). Revisjonen har gjennomgått alle mappene tilhørende de ressurskrevende brukerne.

6.3. Kartlegging og evaluering av vedtak

I mappegjennomgangen har revisor undersøkt brukere med psykisk utviklingshemmede både med enkeltvedtak og tvangsvedtak. Gjennomgangen viser at brukerne er kartlagt i forkant av vedtakene, samt ved oppstart av tjenestetilbudet.

I intervju med tjenesteleder oppgis det at vanlige enkeltvedtak evalueres minst en gang i året og at tjenesten i den forbindelse kartlegger brukerne. Tvangsvedtakene blir i ytterligere grad evaluert, med rapporteringer til Statsforvalter.

Revisjonen har i tillegg i form av epostredegjørelse forespurt om kommunens praksis som gjelder evaluering av enkeltvedtak. Også her fremgår det at vedtakene evalueres minimum årlig, og ved behov. Tjenesten benytter eget kartleggingsskjema som er utarbeidet i samarbeid med tildelingskontoret. Samtidig gjennomgås fagsystemet Iplos hvor brukernes helsetilstand er beskrevet.

Videre utdypes det at avdelingen har egne teamansvarlige som kartlegger i samarbeid med tjenesteyter. Dette skjer ofte sammen med primærkontakten til brukeren. Resultatet av kartleggingen gjennomgås sammen med tildelingskontoret og tjenesteleder.

Vedtakene som følger blir evaluert skriftlig, dersom evalueringen ikke medfører noen endring i tjenestenivået blir vedtaket videreført med kommentar om at kartlegging er gjennomført.

Samme dag oversendte tjenesteleder per epost en skriftlig oppstilling av alle gjeldende vedtak for ressurskrevende tjenester. Noen av vedtakene i oversikten, faller ikke under kategorien ressurskrevende tjenester. De ble allikevel valgt inkludert, da de ble sendt over fra tjenesten selv. Oversikten viser ID-nummeret til hver bruker og dato for sist evaluering.

Figur 4 Oversikt over antall vedtak og evalueringsdato¹⁷

ID A	vedtak på omsorgslønn sist evaluert 17.08-22
	vedtak på privat avlastning sist evaluert 13.06-23
ID B	vedtak på praktisk bistand og helsetjenester sist evaluert 08.03-24
ID C	vedtak på personlig assistanse ved fritid sist evaluert 08.03-24
ID D	vedtak på personlig assistanse og helsetjenester sist evaluert 08.03-24
ID E	vedtak på privat avlastning i avlastningshjem sist evaluert 17.08-22
ID F	vedtak på praktisk bistand og helsetjenester sist evaluert 08.03-24
ID G	vedtak på praktisk bistand og helsetjenester sist evaluert 05.03-24
ID H	vedtak på omsorgslønn sist evaluert 23.09-22
	Vedtak på støttekontakt og privat avlastning sist evaluert 17.12-21
ID I	vedtak på praktisk bistand og helsetjenester sist evaluert 05.03-24
ID J	vedtak på praktisk bistand og helsetjenester sist evaluert 08.03-24
ID K	vedtak om brukerstyrt personlig assistanse, barnebolig vedtak fra 14.06-24
ID L	vedtak på praktisk bistand og helsetjenester sist evaluert 06.03-24
ID M	vedtak på praktisk bistand og opplæring datert 12.06-23
	Støttekontakt datert 06.06 -23
ID N	vedtak på praktisk bistand og helsetjenester sist evaluert 08.03-24
ID O	vedtak på praktisk bistand og helsetjenester sist evaluert 08.03-24
ID P	vedtak på praktisk bistand og helsetjenester sist evaluert 05.03-24
ID Q	vedtak på praktisk bistand og helsetjenester sist evaluert 05.03-24
ID R	vedtak på praktisk bistand og helsetjenester sist evaluert 10.03-24

¹⁷ ID-numrene med bokstaver i denne rapporten. Bokstavene er opplistet i samme rekkefølge som ID-numrene revisor fikk oversendt fra kommunen.

ID S

vedtak på søknad om matombringing vedtak datert 24.05-19

I den oversendte oversikten fremkommer det at vedtakene i all hovedsak er evaluert det siste året, 2024. Det er imidlertid en bruker som har vedtak som sist ble evaluert i 2023, to brukere som har siste vedtak evaluert i 2022, en som har siste i 2021 og en bruker som har siste evaluering gjort i 2019. Tjenesteleder redegjorde i epost til revisjonen at dette skyldes at noen vedtak er fra 2023, og dermed er så nye at dette ikke har vært aktuelt ennå. I tillegg er et av vedtakene fra 2021, samt et fra 2022 blitt evaluert fortløpende, men dette har ikke blitt dokumentert i Cos-Doc på revisjonstidspunktet. Videre oppgir tjenesteleder at samtlige vedtak skal evalueres i løpet av 2024.

6.4. Brukermedvirkning

Det fremkommer av kommunens rutiner at alle brukere med ressurskrevende tjenester skal tilbys individuell plan (IP) og koordinator,

Gjennomgang av alle vedtakene for brukere med ressurskrevende tjenester viser at brukerne får medbestemmelse på tiltak og rutiner etter det nivået bruker har evne til. Brukernes individuelle behov er i den sammenheng beskrevet. Erfaringer og innspill er også hentet fra brukerens pårørende/verge, som er dokumentert i saken.

6.5. Vurdering

Gjennomgangen viser at Nesbyen kommunes nedskrevne rutiner og praksis vedrørende vedtak innen ressurskrevende tjenester følger sentrale krav vedrørende opplyste vedtak og kartlegging. Informasjonen fra intervjuene støtter opp om dette. En gjennomgang av vedtakene viser at de følger den oppgitte praksisen på området, og revisor anser denne praksisen som god.

Vedrørende evaluering av vedtak fremgår det av oversendt dokumentasjon at hovedvekten av vedtakene er evaluert det siste året eller året før, 2024-2023. Det oppgis at noen av vedtakene er evaluert, men ikke registrert i fagsystemet. Revisjonen mener kommunen må sikre at all evaluering er dokumentert.

Mappegjennomgangen viser også at erfaringer og innspill blir innhentet fra henholdsvis brukerne og pårørende. Revisor vurderer som følger at kravene til brukermedvirkningen i all hovedsak er sikret.

Av forbedringspunkter viser undersøkelsen at det har vært noen avvik med hensyn til rapportering av vedtak til staten. Det fremkommer også en sårbarhet knyttet til organiseringen av tildelingstjenesten og manglende kapasitet der, selv om denne ikke vurderes å ha påvirket vedtakene knyttet til ressurskrevende tjenester på revisjonstidspunktet

7. Kompetanse

Sikrer kommunen at det er tilstrekkelig kompetanse innenfor tjenesteområdet for å yte forsvarlige tjenester, herunder bruk av tvang og makt?

- Kommunen må sørge for at tjenesten har tilstrekkelig personale med nødvendig og oppdatert kompetanse
- Kommunen skal kartlegge kompetansen i tjenesten opp mot behov
- Kommunen skal sikre at ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å treffe vedtak om tvang og makt i samsvar med gjeldende regelverk.

7.1. Kapasitet

Tjenesten har totalt fire vernepleiere, en sykepleier, åtte miljøterapeuter, to miljøarbeidere, fem hjelpepleiere, fire helsefagarbeidere, to fagarbeidere, to barne- og ungdomsarbeidere, en aktivør og 19 pleiemedarbeidere.

Som det fremgår av oversendt dokumentasjon hadde Nesbyen til sammen 12 ressurskrevende brukere i 2022, dette er et antall som har vært svært stabilt gjennom flere år. Mappegjennomgangen viste at dette tallet har holdt seg stabilt per 2024. Antall tjenestetimer per bruker varierer fra litt over 5000 timer per år til over 12 000 timer, med et snitt på omkring 8000 timer.

KOSTRA-statistikk viser at Nesbyen kommune hadde vesentlig høyere utgifter til helse- og omsorgstjenester enn flere andre Hallingdalskommuner. Utgiftene per innbygger forløp seg til 76 204 kroner i Nesbyen, 47 255 kroner i Gol, samt 46 880 kroner i Hemsedal. Nesbyen hadde tilsvarende flere årsverk i helse- og omsorgstjenestene samlet sett, målt opp mot antall innbyggere.

Tjenesteleder viser til i epostredegjørelse at Nesbyen kommune har fått tilbakemelding på at de har over 70 prosent flere psykisk utviklingshemmede enn andre sammenlignbare kommuner.

Figur 5 KOSTRA 12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg, etter statistikkvariabel, region og år for 2023

	Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)	Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent)
	2023	2023
Nesbyen	76 204	50,6
Gol	47 255	34,9
Hemsedal	46 880	29,5

Ål	54 565	35.0
----	--------	------

Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning var på 67,3 prosent, omtrent som Gol kommune, men vesentlig lavere enn for Hemsedal kommune (80,2 prosent).

Figur 6 KOSTRA 12209: andel brukerrettede årsverk 2023

	Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning (prosent)
	2023
Nesbyen	67,3
Gol	69,7
Hemsedal	80,2
Ål	73,8

7.2. Kompetanse

Vernepleierne har det faglige ansvaret og skal være pasientens/brukerens kontakt- og talsmann og har ansvaret for sikring av kontinuitet, faglig forsvarlighet og koordinering av tjenestetilbudet. Hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere skal utføre sykepleieroppgaver etter Lov om helsepersonell, utføre arbeid etter rutiner og metoder. Helsefagarbeidere med primærkontakt skal vurdere, melde og ivareta behovene hos bruker og samarbeide med tjenesteansvarlig sykepleier/vernepleier for å sikre kontinuitet til brukeren. Dokumentere forhold i forhold til skriftlig plan. Pleiemedarbeider er medansvarlig for å følge opp bruker og daglige rutiner/oppgaver i avdelingen.¹⁸

Av intervjudata fremgår det at fem ansatte jobber på dispensasjon i kommunen. Tjenesteleder viser til konkrete eksempler på hvorfor dette kan regnes som forsvarlig tjenestetilbud til de aktuelle brukerne, dette støttes av de ansatte som jobber i tjenesten.

Av tjenesteleders redegjørelse per 2. september 2024 fremgår det at tildelingskontoret foretar en oppbemanning som blir gjennomført i løpet av samme måned. Foreløpig skal organiseringen innrettes ved at avdeling helse og forebygging samt miljøterapi-tjenesten saksbehandler sine egne søknader innenfor de eksisterende ressursene. Dette gjelder også vedtak på ressurskrevende tjenester.

På spørsmål fra revisjonen om bruken av bonusordning for ansatte som tar på seg ekstra vakter, oppgir tjenesteleder at dette skyldes utfordringer med å rekruttere nye ansatte, særlig til arbeid i helger og kvelder. Tiltaket ble avsluttet den 1. juli 2024, og sykefraværet i kommunens helsesektor har i denne perioden vært på et lavt nivå.

¹⁸ Kompetanseoversikt, Internt dokument i Nesbyen kommune

Oversendt oversikt over sykefravær viser at de to avdelingene har henholdsvis 4,4 % og 2,7 % i samlet sykefravær i 2023.

Figur 7 Oversikt over totalt antall ansatte og fravær fordelt på enhet og stilling

	Miljøterapi- tjenesten	Prosjekt 7
Samlet fravær	4,4 %	2,7 %
Vernepleiere	4	1
Sykepleiere	1	
Miljøterapeuter	8	3
Miljøarbeidere	2	
Hjelpepleiere	5	
Helsefag-arbeidere	4	
Fagarbeidere	2	1
Barne- og ungdoms- arbeidere	2	
Aktivitør	1	
Pleiemedarbeidere	19	1
Totalt antall ansatte:	=48	=6
Totalt årsverk	=31,7	=5,96

Kompetansehevedende tiltak

Gjennom intervjuene fremgår det at ledelsen oppfordrer sine ansatte til å gjennomføre vernepleie- og sykepleieutdanning i de tilfellene det er behov for økt kompetanse. I tillegg ønsker kommunen å legge til rette for stipendordninger, men dette er avhengig av kommunens økonomiske situasjon. Ved stillingsutlysninger søker kommunen fortrinnsvis etter vernepleiere for å sikre relevant kompetanse ut fra de lokale behovene.

Når kommunen gjennomfører kurs, blir eksterne veiledere benyttet. Dette er kurs som er pålagt alle som jobber med psykisk utviklingshemmede. I tillegg gjennomføres eget opplegg for vergetrening og konflikthåndteringskurs, samt en egen kurspakke for nyansatte.

I intervju med ansattgruppe 1 vises det til at primærkontakt eller teamansvarlig står for opplæring av nyansatte og at de har en egen fadderordning for veiledning. Gjennomføringen av kurspakken for nyansatte kan likevel bli bedre. I tillegg forteller ansattgruppe 1 at de får tilbud om etterutdanningskurs, men at dette tilbudet kunne ha vært bedre. Kommunens økonomiske ressurser setter en begrensning for slike tilbud.

De ansatte som jobber med ressurskrevende brukere nyttegjør seg i stor grad av ekstern veileder i forbindelse med kurs, men de savner opplæring og diskusjonsforumer om dilemmaer rundt tvangsbruk. Ansattgruppe 2 forteller at ansatte jevnlig blir sendt på kurs og at dette har vært regelmessig opp gjennom årene. Tjenesteleder opplyser om at det er tett samarbeid med øvrige Hallingdalskommuner og

siden kommunen implementerer KSX Compilo¹⁹ skal dette verktøyet tas mer i bruk for å for eksempel skrive like kriterier for vedtak og opplæring.

Kompetanse vedrørende bruk av tvang og makt

Tjenesteleder viser til at de jobber ulikt med evalueringen av henholdsvis enkeltvedtak og tvangsvedtak, der statsforvalter kobles på de sistnevnte sakene. Det er således strengere krav fra statsforvalter når det gjelder utforming og gjennomføring av tvangsvedtak. I den forbindelse blir aktuelle hendelser eller andre relevante forhold dokumentert etter hver vakt, som blir benyttet i evalueringsarbeidet.

Ansattgruppe 2 opplyser at det gjennomføres personalmøter ukentlig for evaluering av hendelser som har skjedd gjennom uken. Disse møtene anses som viktig for overføring av erfaringer og kunnskap.

Når tvangsvedtak skal fattes eller evalueres var det slik at fagansvarlig som jobbet 100% administrativt som skrev vedtakene. Statsforvalter har nå bestemt at de som skriver vedtakene skal jobbe i tiltakene. Det innebærer at de fagansvarlige også jobber rundt brukeren. Man bør være vernepleier/sykepleier for å kunne skrive slike vedtak.

Ansattgruppe 1 opplyser at det er krevende å utforme vedtakene og bruker veileder hver 6 uke til dette. De bekrefter at det er personalet med kompetansekrav etter kapittel 9 som utformer vedtakene, med inngående samarbeid med pårørende/verge.

Ansattgruppe 2 forteller at kontinuiteten i disse tiltakene vurderes som bra, de som jobber med brukeren i denne gruppen har svært lang erfaring med bruker og opplever samarbeidet med tjenesteleder som god.

Kommunen gjennomfører halvårs evalueringsmøte hvor de går gjennom vedtakene som omhandler tvang. I den forbindelse blir det vurdert om bruken av tvang kan lempes på, de ser på andre former for tvangsmidler i sammenheng med formålet for tvangsvedtaket på den aktuelle brukeren.

Vurderingene sendes til verge/nærmeste pårørende for uttalelse før endelig vedtak om tvang fattes. Disse må være evaluert og fattet før de sendes til Statsforvalter tre måneder for forrige vedtak utløper. Videre viser tjenesteleder til eksempler på hva tvangsvedtakene normalt inneholder og kategoriseres etter A, B og C etter graden av styrke eller omfang. Tjenesteleder viser også til stedlig tilsyn av statsforvalter på B tiltak, hvor kommunen fikk gode tilbakemeldinger og null avvik. Kommunen evaluerer også enkeltvedtak en gang i året.

Ansattgruppe 1 forteller at bruk av tvang og makt evalueres fortløpende og spesialisthelsetjenesten er koblet på dette arbeidet.

Ved avvik rundt kapittel 9, tilbys det kurs til de ansatte og tjenesteleder opplever at de ansatte har god forståelse ved avvik. Ved andre avvik som ikke går på kapittel 9 kan det være varierende praksis, der kan noen være mer restriktive i sitt arbeid med avvik, med følge av mulig underrapportering. Kommunen har en egen fagansvarlig innenfor helse som følger opp dette. Det skal videre følges opp med ansatte som jobber i tjenesten for å skape økt bevissthet rundt viktigheten av å registrere avvik.

Ansattgruppe 2 bruker ukentlige personalmøter til å drøfte avvik, det er i tillegg stabil arbeidsgruppe. Diskusjonene på møtene blir dokumentert av tjenesteleder.

Gjennomgangen viste tre avvik for første halvår 2023. Revisors dokumentgjennomgang viser at kommunen gikk over til nytt avvikssystem høsten 2023 og er i begynnelsesfasen for opplæring av det

¹⁹ Dette er et vanlig nettbasert internkontrollsystem for kommuner.

nye systemet. Revisor har derfor ikke ha komplett oversikt over antall avvik som er meldt i kommunen etter dette. For å sikre en riktig og ensartet forståelse for avvik skal den enkelte ansatte gjennomføre kurs, samt opplæring av avvik i Compilo. Prosessen med å innføre Compilo er i gang og de ansatte skal få mer opplæring når systemet er fullt ut implementert i kommunen.

Ansattgruppe 1 og ansattgruppe 2 viser også til utføring av tvangsvedtak der det skal være to ansatte for gjennomføring av tiltak. Og at unntakene gjøres bare i tilfeller der dette er avklart som forsvarlig i dialog med statsforvalteren.

Revisjonens gjennomgang i fagsystemet viser tvangsvedtak blir regelmessig evaluert.

7.3. Vurdering

Revisjonen vurderer at Nesbyen kommunen i stor grad sørger for å sikre at tjenesten har tilstrekkelig antall personale med nødvendig og oppdatert kunnskap. Det er vår vurdering at kommunen jobber aktivt med å rekruttere nye ansatte, og gi eksisterende ansatte oppdatert kompetanse ved behov. Dette er etter revisjonens mening positivt.

Det fremgår samtidig at kommunen i perioder har hatt problemer med å sikre en tilfredsstillende bemanning. Vi finner det sannsynlig at det derfor til tider har vært misforhold mellom omfanget av tjenesteyting og kommunens kapasiteter, særlig dekning av helge- og ferievakter. Det oppgis at det har blitt jobbet med sykefravær, og at dette er stabilt lavt.

Revisjonen mener at kommunen må fortsette å sikre tilstrekkelig bemanning og effektiv bruk av ressursene, sett i lys av kommunens begrensede økonomiske handlingsrom i årene fremover.

Undersøkelsen viser at tjenesten har en variert portefølje av ulike typer helsestillinger, hvorav mange har relevante utdannelser. I tillegg blir det gjennomført kursing, og gitt tilbud om etterutdanning/videreutdanning. Vi vurderer det som positivt at kommunen over tid har prioritert etterutdanning og andre kompetansehevende tiltak.

Informasjonen som er gitt i intervjuene og dokumentasjonen sannsynliggjør at de ansatte er bevisste på bestemmelsene i regelverket som omhandler bruk av tvang og makt. Denne delen av undersøkelsen viser at tvangsbruken jevnlig blir drøftet og formelt evaluert etter rutinene. Revisjonen finner det godtgjort at kommunen sikrer at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap til å treffe vedtak om tvang og makt, i samsvar med gjeldende regelverk. Revisjonen finner det også sannsynliggjort at kommunen i all hovedsak lykkes med å sikre denne nødvendige kunnskapen blant de ansatte.

8. Oppsummering og konklusjon

Undersøkelsen har hatt to relativt adskilte oppgaveområder knyttet til ressurskrevende tjenester i Nesbyen kommune. Det har vært en undersøkelse av finansielle prinsipper og praksis for denne tjenesten, da det er en tjeneste som både er kostnadstung og refusjonsbasert. Det har også vært en undersøkelse av utførelsen av vedtak og oppfølgingen av disse, samt sektorens kapasiteter og kompetanse.

Undersøkelsen viser at kommunens system for refusjonskrav knyttet til ressurskrevende i liten grad er formalisert. Det fremkommer også at praksis er ulik fra bruker til bruker i hvordan beregningen settes opp. Det har også vært gjentagende feil som har blitt tatt opp av regnskapsrevisjonens kontroll av refusjoner de siste årene. Revisjonen konkluderer med at det bør utarbeides rutiner som sikrer enhetlig praksis for refusjonshåndtering, og at det i større grad gjennomføres systematiske kontroller av dette arbeidet.

Når det gjelder problemstillingen som omhandler vedtaksutforming og evalueringer av disse, er konklusjonen at kommunen i all hovedsak følger de krav som gjelder for dette. Dette er etter revisjonens mening positivt, og særlig at brukermedvirkning ved opprettelse av vedtak er dokumentert. Det er enkelte vedtak som oppgis som evaluert, men som ikke er dokumentert. Revisjonen mener at kommunen må sikre at alle evalueringer dokumenteres.

Revisjonen konkluderer med at Nesbyen kommune har sikret tilstrekkelig kompetanse innenfor tjenestområdet for å yte forsvarlige tjenester, herunder bruk av tvang og makt. Revisjonen vil imidlertid påpeke at effektiv bruk av ressurser og planlegging av disse opp mot fremtidige behov kan være nyttig for kommunen, særlig sett i lys av potensielle sykefravær og kommunens økonomiske handlingsrom.

9. Anbefaling

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil vi anbefale kommunedirektør / Nesbyen kommune å gjennomføre følgende:

- Nesbyen kommune bør sikre at det er formaliserte rutiner for budsjettarbeidet i sektor for ressurskrevende tjenester
- Nesbyen kommune bør sikre at det er rutiner og kontrollaktiviteter som sikrer enhetlig og god praksis for refusjonskrav i sektoren
- Nesbyen kommune bør sikre at evalueringer av vedtak dokumenteres
- Nesbyen kommune bør se på om kartlegging av kompetanse og kapasitet er tilstrekkelig, både for nåværende og fremtidige behov

Et utkast til rapport har blitt oversendt kommunedirektøren til uttalelse. Kommunedirektørens uttalelse i brev av 1. november 2024 vil bli vedlagt rapporten.

Ski/Drammen, den 4. november 2024

Hanne Ingeborg Tømte
Oppdragsansvarlig
forvaltningsrevisor

Mathilde Tomasgård
Forvaltningsrevisor

Jørund Sagedal
Forvaltningsrevisor

Torkild Halvorsen
Avdelingsleder forvaltningsrevisjon/oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Referanser

LOV-1967-02-10 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven).

LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven)

FOR-2016-10-28-1250, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Rundskriv IS-4/2024 – Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjeneste i kommunene

LOV-2018-06-22-83 Lov om kommuner og Fylkeskommuner (kommuneloven). Kapittel 14. økonomiforvaltning. §14-1. grunnleggende krav til økonomiforvaltningen

LOV-2018-06-22-83 Lov om kommuner og Fylkeskommuner (kommuneloven). Kapittel 14. økonomiforvaltning. §14-4. økonomiplan og årsbudsjett

Veileder om kommunelovens internkontrollbestemmelser. Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2021.

Dokumentasjon fra Nesbyen kommune

Vedlegg 1 – Uttalelse fra kommunedirektør



Viken kommunerevisjon IKS

Kopi: kontrollutvalget Nesbyen kommune

Nesbyen, 1. november 2024

Forvaltningsrevisjon ressurskrevende tjenester – kommunedirektørens uttalelse

Det vises til oversendt utkast til forvaltningsrevisjonsrapport innen området ressurskrevende tjenester fra Viken kommunerevisjon IKS i epost 17. oktober 2024.

Formål med revisjonen, vedtatt 30. november 2022 av kontrollutvalget i sak 25/2022, er:

«Undersøke om kommunen etterlever krav til tjenestetilbud når det gjelder saksbehandling og oppfølging av fattede vedtak, samt at kommunen har utarbeidet rutiner for å sikre en hensiktsmessig ressursbruk på området for ressurskrevende tjenester.»

Oversendt utkast til revisjonsrapport har følgende oppsummerende anbefaling:

- *Nesbyen kommune bør sikre at det er formaliserte rutiner for budsjettarbeidet i sektor for ressurskrevende tjenester*
- *Nesbyen kommune bør sikre at det er rutiner og kontrollaktiviteter som sikrer enhetlig og god praksis for refusjonskrav i sektoren*
- *Nesbyen kommune må sikre at alle evalueringer er dokumentert*
- *Nesbyen kommune bør se på om kartlegging av kompetanse og kapasitet er tilstrekkelig, både for nåværende og fremtidige behov*

Kommunedirektøren ønsker først å presisere at forvaltningsrevisjon innen dette området er positivt og ønskelig. Administrasjonen i Nesbyen har hatt forventninger om læring og funn for bedring av rutinene som følge av revisjonen. Særlig fordi dette er et komplekst tjenestoområde, hvor finansieringsordningen er spesielt krevende. Av den grunn er ledelse, styring evaluering, dokumentasjon av vedtak og samhandling med revisor noen av de viktigste temaene for ledelse og styring.

Med forventninger til funn og læringspunkter etter forvaltningsrevisjonen finner vi at rapporten er noe generell og overordnet. Dette gir dermed dessverre begrenset med læringspunkter. Revisjonsoppdraget er fra 2022. Som beskrevet har arbeidet strukket seg over tid. Rapporten bærer preg av funn og referanser fra både 2023 og 2024. Disse funnene og referansene fremstår i enkelte sammenhenger slik at det er egnet til misforståelser eller upresise beskrivelser.

Dette finner vi spesielt under Faktabeskrivelsen (jmf utkastet side 17): Her må det være feil at prognosen for første tertial 24 ble laget i desember 23. Dette er før budsjettåret for 2024 begynner.

Et avvik i forhold til forventet refusjon knyttet til manglende finansiering av ressurskrevende tjenester i 2024, kan umulig være kartlagt i desember 2023 før budsjettåret 2024 var påbegynt. Her må revisjonens gjennomgang være en misforståelse, eventuelt at det refereres til at refusjonen for 2023 vil bli mindre enn det som tidligere var forventet og budsjettet for regnskapsåret 2023.

Forvaltningsrevisjonen anbefaler at kommunen etablerer skriftlige rutiner for budsjettering og ressursbruk for å få til en bedre og formalisert prosess. Forslaget er fornuftig, og kommunen har allerede utarbeidet en enkel rutine som fastlegger dette. I denne fremkommer følgende:

1. Vedtak om tjenester fattes av livsløp. Vedtak skal tilfredsstille kravene som stilles helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven m.v og følger ellers kommunens ordinære saksbehandlingsregler og rutiner.
2. Dersom saksbehandler og leder med vedtakskompetanse fatter vedtak der antall vedtakstimer overstiger 2.000 timer per år, tilsvarende 38 timer per uke, skal kommunens økonomisjef kontaktes. Økonomisjef skal involveres slik at det kan gjøres vurderinger av om brukeren blir så kostnadskrevende at ressursbruket skal søkes refusjon for etter reglene «ressurskrevende tjenester».
3. Kommunen har laget et eget oppsett for beregning av refusjon til særlig ressurskrevende tjenester innvilget enkeltbrukere i Nesbyen kommune. Beregningene benyttes både i budsjettssammenheng, løpende rapportering/oppfølging gjennom året og ved utarbeidelsen av refusjonskrav til Helsedirektoratet som er ansvarlig statlig myndighet. Kommunens refusjonskrav skal i god tid før oversendelse til direktoratet (normalt i mai året etter regnskapsåret) og regnskapsføring ifm årsoppgjøret (februar året etter regnskapsåret) oversendes kommunerevisjonen for attestasjon og godkjenning.
4. Sentrale deler i refusjonskravet er;
 - utgangspunkt i vedtakene knyttet til tjenester per bruker
 - beregning av ressursinnsats etter budsjetterte eller faktiske direkte pleieutgifter i tråd med reglene fastsatt av statlige myndigheter.Kommunerevisjonen involveres i rutiner og beregninger i god tid før endelig refusjonskrav sendes. Hensikten med involvering er å forhånds godkjenne kommunens rutiner og system for refusjon, slik at oversendelse av refusjonskrav og inntektsføring av tilskudd kan skje ved årsavslutningen det enkelte regnskapsår.
5. Sektor livsløp er ansvarlig for vedtak/revurdering av vedtak og at tjenesteutøvelse er i tråd med fattede vedtak.
6. Økonomisjef er ansvarlig for løpende beregninger og ajourhold ved endringer i statlige bestemmelser.

Overstående rutine er ikke nevnt i utkastet til rapport.

Kommunedirektøren har også følgende kommentarer til anbefalingene:

- Nesbyen kommune bør sikre at det er formaliserte rutiner for budsjettarbeidet i sektor for ressurskrevende tjenester.
 - Det er egne rutiner for budsjett- og rapportering på tjenestenivå og tilsvarende på virksomhetsnivå. Dette videreutvikles gjennom implementering av Framsikt i 2025.
- Nesbyen kommune bør sikre at det er rutiner og kontrollaktiviteter som sikrer enhetlig og god praksis for refusjonskrav i sektoren
 - Se rutine over
- Nesbyen kommune må sikre at alle evalueringer er dokumentert
 - De vedtak hvor det ikke er dokumentert evaluering gjelder ikke vedtak om ressurskrevende tjenester.

Avslutningsvis vil kommunedirektøren også nevne at vi i møte med kommunerevisjonen 10. oktober i år inviterte til et avklarende møte, der vi gjennomgår rutiner og beregninger for kommende refusjonskrav knyttet til ressurskrevende tjenester i 2024. Dette med erfaring fra revisjonen etter 2023, hvor håndteringen av beregningene og rådgivningen rundt dette ble avgjørende for kommunens sluttresultat med påfølgende innmelding i ROBEK.

Vennlig hilsen

Bente Rudrud Herdlevær
Kommunedirektør Nesbyen kommune

Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

Nedenfor følger et kort resyme av RSK 001, med de viktigste punktene som skal følges.

Fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020.

Standarden er bygget opp med 34 punkter bestående av grunnleggende prinsipper og revisjonshandlinger i forvaltningsrevisjon, hvor noen er anbefalinger og noen er obligatoriske krav. Standarden fastsetter normer for planlegging, gjennomføring og rapportering av forvaltningsrevisjon i kommuner, fylkeskommuner og i (fylkes)kommunalt eide selskap.

Gjennomføring av forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave i kommuner og fylkeskommuner²⁰, og kontrollutvalget skal påse at det utføres forvaltningsrevisjon. Det skal utarbeides en plan for forvaltningsrevisjon som viser på hvilke områder det skal gjennomføres forvaltningsrevisjoner. Denne skal baseres på en risiko- og vesentlighetsvurdering, og den skal vedtas av kommunestyret eller fylkestinget selv.

Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger. Forvaltningsrevisjon skal ikke overprøve politiske prioriteringer som er foretatt av kommunens eller fylkeskommunens folkevalgte organer.

Punkt	Innhold
	Innledning
1-3	Krav til revisor
4-8	Bestilling og problemstilling
9-13	Revisjonsdialogen
14-15	Revisjonskriterier
16-19	Metode og data
20-22	Vurderinger og konklusjoner
23	Anbefalinger
24-28	Rapport
29-31	Dokumentasjon
32-34	Kvalitetssikring og kvalitetskontroll

Krav til revisor:

Det skal utpekes en oppdragsansvarlig for hvert oppdrag i forvaltningsrevisjon, og denne er ansvarlig for å påse at standardens krav er oppfylt. Oppdragsansvarlig revisor skal sikre at forvaltningsrevisjonen gjennomføres med tilstrekkelig kunnskap om og ferdigheter i relevante metoder, og med tilstrekkelig kunnskap om temaet som revisjonen omhandler. Revisor skal være uavhengig og objektiv ved utførelsen av sine oppgaver.

Bestilling og problemstilling:

Forvaltningsrevisjonen skal gjennomføres i samsvar med kontrollutvalgets bestilling, og revisor skal vurdere om kontrollutvalgets bestilling lar seg gjennomføre. Revisor skal forsikre seg om at kontrollutvalget og revisor har lik forståelse av oppdraget, at rammene er tilstrekkelig klarlagt, og om nødvendig avklare bestillingen med kontrollutvalget.

Revisor skal sikre at det utarbeides problemstillinger som er tilstrekkelig konkretisert og avgrenset til å kunne besvares, og at de er egnet til å besvare kontrollutvalgets bestilling. Dersom det er behov for å

²⁰ LOV 2018-06-22 nr 83, Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), syvende del, kapittel 22 til 26, §§ 22-1 til 26-1

endre problemstillinger underveis slik at det kan ha betydning for gjennomføringen av oppdraget, skal dette avklares med kontrollutvalget.

Revisor skal utarbeides en skriftlig prosjektplan for hver forvaltningsrevisjon, som redegjør for problemstillinger, revisjonskriterier eller grunnlaget for disse, og metodebruk.

Revisjonsdialogen:

Revisor skal iverksette tiltak som er egnet til å sikre god dialog med revidert enhet, øvrige involverte og andre relevante aktører. Senest før datainnsamling starter skal revisor sende oppstartsbrev til kommunedirektøren (alt. selskapet). Som hovedregel skal det avholdes oppstartsmøte hvor det redegjøres for bakgrunn, problemstillinger, revisjonskriterier, informasjonsbehov og planlagt gjennomføring av forvaltningsrevisjonen.

Utkast til rapport skal sendes kommunedirektøren (alt. selskapet som er gjenstand for forvaltningsrevisjon), og uttalelsen skal fremgå av rapporten i sin helhet. Endelig rapport skal oversendes kontrollutvalget, med kopi til kommunedirektøren (alt. selskapet).

Revisjonskriterier:

Med utgangspunkt i problemstillinger skal revisor etablere revisjonskriterier utledet fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det reviderte området. Kildene skal presenteres for revidert enhet, som skal gis anledning til å komme med innspill. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for revidert enhet innenfor den aktuelle tidsperioden.

Metode og data:

Revisor skal sikre dataenes relevans (gyldighet, validitet) for problemstillingen, og datainnsamlingen skal gjennomføres på en måte som sikrer dataenes pålitelighet (reliabilitet). Metodevalg skal begrunnes og eventuelle svakheter i datamaterialet skal synliggjøres. Det skal innhentes data i tilstrekkelig omfang til å kunne gjøre vurderinger og svare på problemstillingene. Data som er fremkommet muntlig skal nedtegnes skriftlig og bekreftes av kilden. Personopplysninger skal behandles i tråd med kravene i personopplysningsloven.

Vurderinger, konklusjoner og anbefalinger:

Revisor skal vurdere innsamlede data opp mot revisjonskriteriene, og dersom det avdekkes vesentlige avvik skal det komme tydelig frem i rapporten. Vurderinger må være objektive, og med bakgrunn i disse skal revisor konkludere i forhold til problemstillingene.

Anbefalinger er ikke obligatorisk, men skal gis der dette er hensiktsmessig ut fra data, vurderinger og konklusjoner. Anbefalinger skal ikke gis i form av detaljerte løsninger.

Rapport:

Det skal skrives rapport til hvert forvaltningsrevisjonsprosjekt, og rapporten skal utformes så leservennlig som mulig med hensyn til språk og struktur.

Rapporten skal vise sammenhengen («den røde tråden») mellom problemstillinger, revisjonskriterier, innsamlede data, vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger, og det skal være et klart skille mellom hva som er presentasjon av data (fakta) og hva som er revisors vurderinger. Praksis eller tilstand

innen det reviderte området skal beskrives i et omfang som i tilstrekkelig grad underbygger revisors vurderinger og konklusjoner.

Dokumentasjon:

Forvaltningsrevisjon skal dokumenteres på en måte som er tilstrekkelig til å gi en totalforståelse av utførelsen av prosjektet, og til å underbygge revisors vurderinger og konklusjoner. Forhold som tilsier at det kan foreligge misligheter eller feil, skal dokumenteres særskilt. Det samme gjelder dersom det avdekkes åpenbare brudd på annet regelverk enn det som inngår i revisjonen. Dokumentasjon skal oppbevares i minst 10 år.

Kvalitetssikring og system for kvalitetskontroll

Utførelse av forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres, og denne skal dokumenteres. Den skal sikre at undersøkelse og rapport har nødvendig faglig og metodisk kvalitet og følger denne standard.

Revisjonsenheten skal dokumentere et system for kvalitetskontroll.

Vedlegg 3 – Metode

Prinsipper for metodebruk i forvaltningsrevisjon følger av «RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon»²¹ som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF). Denne bygger i stor grad på samfunnsvitenskapelig metode om etterprøvbarehet av funn, og rettslige prinsipper om at revidert enhet skal kunne få frem sitt syn (kontradiksjon) ut fra vår gjennomgang og vurdering av område vi ser på.

Sett i lys av en forvaltningsrevisjons begrensede ressursramme, samt hensiktsmessigheten i forhold til dens formål, er dokumentasjonen og sikring av denne ikke så omfattende som kravene som settes til vitenskapen og domstolene. Ut fra en vitenskapelig og filosofisk side er det ingen informasjon/dokumentasjon som er helt objektiv eller kilde som er 100% pålitelig.

I forvaltningsrevisjon tilstreber vi at vurderinger og anbefalinger skal gjøres på et objektivt og etterprøvbart grunnlag. Ofte er problemstillingene i en forvaltningsrevisjon mer lukkede og definerte enn forskning og etterforskning. Dette påvirker også våre valg av metode. En av hovedhensiktene med forvaltningsrevisjon er å få til læring og endring om det vurderes behov for dette. Ofte vil dette også skje gjennom prosessen når vi gjennomfører en forvaltningsrevisjon. Ved at det settes fokus på et tema og/eller område, vil ofte den reviderte selv se behov for endring.

Det å pålegge endring er en politisk prosess som er gjenstand for saksbehandling. Av den grunn vil ikke våre vurderinger få direkte virkning for å sette i gang endringsprosesser. Gjennom å fremme vurderinger, og eventuelt anbefalinger, som er relevante for problemstillingene søker vi å bidra til utvikling i den reviderte enhet.

I prosjekter kan vi benytte oss av kvalitative og kvantitative metoder²². Kvalitativ metode vektlegger forståelse og analyse av sammenhenger i en prosess hos den enkelte. De er viktige for å utvikle bedre forståelse av individer, i forhold til for eksempel motivasjon, følelser, holdninger, kognitive prosesser. Kvantitativ metode består av opptelling av fenomener eller kjennetegn ved en gruppe individer. Det brukes for å analysere et stort antall enheter, som for eksempel land, personer eller bedrifter. Kvalitative og kvantitative metoder er supplerende metoder som ikke kan erstatte hverandre.

Eksempler på aktuelle metoder for innsamling og analyse av informasjon / fakta ved forvaltningsrevisjon:

- Dokumentanalyse
- Samtaler / intervju / gruppeintervju
- Spørreundersøkelser
- Statistiske analyser
- Trendanalyser
- Økonomiske analyser (som regnskapsanalyse)
- Case
- Scenarioanalyse
- Observasjon

I denne revisjonen har vi i hovedsak benyttet følgende metode:

²¹ Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

²² Store norske leksikon – https://snl.no/kvalitativ_metode og https://snl.no/kvantitativ_metode

Dokumentanalyse

Dokumentanalyse består av å hente informasjon fra planer, rapporter, rutiner, vedtak, referater og lignende.

Styrkene ved dokumentanalyse er at informasjonen er skriftlig, og i mange tilfeller har flere personer vært involvert i utarbeidelsen av den. Er dokumentasjonen utarbeidet av den reviderte kan den antas å ha stor grad av pålitelighet. Er dokumentasjonen utarbeidet av, eller på vegne av, noen med en saksinteresse, er det grunn til å være mer forsiktig i bruken av dem.

Dokumentanalyse er ofte hensiktsmessig i forvaltningsrevisjon, siden det ofte finnes mange dokumenter med relevante data for våre undersøkelser. Svakheten er at dokumentanalyse i seg selv bare fanger opp det som er skriftlig dokumentert. For å motvirke dette vil dokumentanalyse ofte benyttes i kombinasjon med andre metoder.

Samtaler / intervju / gruppeintervju

Samtaler, intervju og/eller gruppeintervju egner seg godt til å undersøke åpne, beskrivende problemstillinger, og særlig der det er begrenset med skriftlig informasjon / dokumentasjon.

Utfordringer er å vurdere om det i tilstrekkelig grad gir et helhetlig og «korrekt» bilde av virkeligheten. Utvalgets størrelse og hvordan man velger ut hvem som skal intervjues vil ha betydning for påliteligheten.

Ved gjennomføring av intervjuer skal det føres referat fra samtalen, og de som er intervjuet skal i ettertid verifisere at referatet gir en riktig fremstilling av deres syn på et tema og/eller område.

Statistiske analyser

Statistikk dreier seg om analyse av tallfestede dataobservasjoner, og er et sentralt verktøy når man skal analysere kvantitative data. Det er også egnet for å analysere data der hvor man kan etablere sammenlignbare størrelser som kan kvantifiseres.

Den enkle formen for statistikk er beregninger som gjennomsnitt, median og prosentandeler. Den mer teoretiske delen er basert på sannsynlighetsteori, hvor begreper som tilfeldighet og usikkerhet står sentralt.

Det finnes flere ulike tilnærminger for statistisk analyse, og disse ulike tilnærmingene er ofte overlappende og brukes ofte om hverandre.

- *Deskriptiv statistikk* presenterer data gjennom tall og figurer, som eksempelvis gjennomsnitt, standardavvik, korrelasjon, histogramer og spredningsplott.
- *Statistisk inferens* søker å trekke konklusjoner om populasjonen basert på et utvalg som er heftet med usikkerheter gjennom bruk av modeller. Dette deles ofte inn i hovedområder som estimeringsteori, statistisk hypotesetesting og statistisk beslutningsteori.
- *Eksplorativ statistikk* er en tilnærming som prøver å analysere data for å finne hypoteser som kan testes. Disse metodene kan basere seg på enkel manuell gransking av tall og figurer, eller mer beregningsmessige metoder som for eksempel clusteranalyse.

Økonomiske analyser (som regnskapsanalyse)

Økonomisk analyse er bruk av økonomiske data (regnskap o.l.) til å se økonomiske faresignaler og muligheter i organisasjonen. Målsettingen er å komme bak tallene i regnskap og budsjett for bedre å forstå helheten i organisasjonens økonomiske resultat og utvikling. Her vil forhold som lønnsomhet, likviditet, finansiering og soliditet være sentrale.

Dataene er analysert ved hjelp av revisjonsverktøyet CaseWare IDEA²³, som gjør det mulig å sortere og gjøre uttrekk av datagrunnlaget etter gitte kriterier.

²³ CaseWare IDEA® Data Analysis Software



Vi kan kommuner

Viken kommunerevisjon IKS

Org.nr.: 985 731 098 MVA

post@vkrevisjon.no | vkrevisjon.no

Hovedkontor - Drammen

Postadresse: Postboks 4197, 3005 Drammen

Avdelingskontor - Hønefoss

Postadresse: Postboks 123, Sentrum, 3502 Hønefoss

Avdelingskontor - Follo

Postadresse: Postboks 173, 1401 Ski

Avdelingskontor - Hallingdal

Besøksadresse: Alfarsegen 117, 3540 Nesbyen