K-Sekretariatet

Utvalg:	Saksnummer:	Møtedato:	Saksbehandler:
Kontrollutvalget i Sortland kommune	40/2024	23.10.2024	Tage Karlsen

RAPPORTERING OM OPPFØLGING AV KOMMUNESTYRETS VEDTAK – FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT «KVALITET I RUS- OG PSYKIATRITJENESTEN

Innstilling til v e d t a k:

1. Kontrollutvalget tar kommunedirektørens rapportering av 9.3.2023 om oppfølgingen av kommunestyrets vedtak i sak 117/22 til orientering og vurderer at kommunestyrets vedtak er fulgt tilfredsstillende opp.

2. Kontrollutvalget registrerer at rapporteringen er oversendt til og har vært behandlet av driftsutvalget i stedet for kontrollutvalget. Dette er i strid med § 5 i forskrift om kontrollutvalg og revisjon, hvoretter «Kontrollutvalget skal påse at kommunestyrets eller fylkestingets vedtak om regnskapsrevisjoner, forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller blir fulgt opp og skal rapportere til kommunestyret eller fylkestinget om vedtaket er fulgt opp.»

3. Kontrollutvalget oversender saken til kommunestyret med **følgende innstilling til vedtak**:

   Kommunestyret tar kontrollutvalgets vurdering av kommunedirektørens oppfølging av kommunestyrets vedtak i sak 117/22 i sak om forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i rus- og psykiatritjenesten» til orientering.

Saken gjelder:

Kontrollutvalgets oppfølging av kommunestyrets vedtak i sak 117/22 – tilbakerapportering til kommunestyret

Vedlegg til saken:

1. Kontrollutvalgets sak 20/24
2. E-post av 3.9.2024 fra Jørn Martinussen
3. Rutiner for individuell plan

Saksutredning:

1. Bakgrunn/innledning

Kontrollutvalgets sak 20/24 om oppfølging av kommunestyrets vedtak ved behandlingen av forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitet i rus og psykiatritjenesten» ble fremmet med følgende innstilling til vedtak:

«Kontrollutvalget rår kommunestyret treffe slikt vedtak:

1. *Kommunestyret finner kommunedirektøren svar av 07.05.2024 som tilfredsstillende oppfølgning av kommunestyrets vedtak i sak 117/22.*

2. *Kommunestyret legger til grunn at tiltak som fremkommer av ovennevnte redegjørelse legges til grunn i det videre arbeid.»*

1. Kontrollutvalgets vedtak i sak 20/24

Kontrollutvalget fulgte ikke innstillingen, men fattet følgende vedtak i møtet 22.5.24:
Saken utsettes til neste møte. Kontrollutvalget ber sekretariatet undersøke om statsforvalterens tilsynsrapport vedrørende rus- og psykiatritjenesten. Kommunedirektør innkalles til neste møte.

Kommunedirektøren er innkalt til møtet i henhold til kontrollutvalgets vedtak. Sekretariatet mener imidlertid at Helsetilsynets rapport og forholdene omkring oppfølgingen av denne er en helt annen sak enn den kontrollutvalget skal behandle.

Bakgrunnen for kontrollutvalgets vedtaket er oppsummert av Jørn Martinussen i e-post av 3.9.2024 til kontrollutvalgets sekretariat:

«Fylkesmannen gjennomførte i 2018 et landsomfattende tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse.

Under tilsynet var det undersøkt om Sortland kommune gjennom systematisk styring og ledelse legger til rette og følger opp at voksne personer over 18 år med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse mottar individuelt tilpassede, samordnede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester.

Det ble under tilsynet avdekket ett lovbrudd.
Sortland kommune har ikke gjennom systematisk styring og kontroll sikret at ROP-brukere i kommunen får samordnede og koordinerte tjenester.

Allerede i 2019 var kommunen i gang med å rette opp de påpekte manglene. Se link til oppslag i Bladet Vesterålen: – Har prioritert brukerkontakt framfor byråkrati (blv.no)
I forvaltningsrevisjonsrapporten «kvalitet i rus og psykiatritjenesten tas samme problemstilling opp på nytt:
2. Etterlever kommunen regelverkets krav til samhandling, herunder til koordinerte tjenester og individuell plan, for pasienter og brukere med rus- og psykiatrilidelser som har behov for langvarige og koordinerte tjenester?

Revisor redegjør i forvaltningsrevisjonsrapporten for at han blitt forelagt noen individuelle planer for noen av de enkeltindividene som undersøkelsene omfatter, og har derfor ikke grunnlag for å gjøre vurderinger av kommunens utarbeidelse av slike planer.

Det har gått 4 år siden kommunen var i full gang med å rette de påpekte manglene etter Fylkesmannens tilsyn. Derfor finner jeg det betenkelig at revisor ikke har fått seg forelagt noen individuelle planer for noen av de enkeltindividene som undersøkelsene omfatter.

Formålet med å invitere kommunedirektøren er å be om en nærmere redegjørelse for hvordan de påpekte manglene etter Fylkesmannens tilsyn i 2018 med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse i Sortland ble fulgt opp.»

3. Tilsyn fra Helsetilsynet i 2018

Helsetilsynet gir følgende opplysninger om selve gjennomføringen av tilsynet:

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 27.06.2018. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Åpningsmøte ble avholdt 06.11.2018.

Intervjuer

Til sammen 13 personer ble intervjuet. Det ble også gjennomført intervjuer med 5 brukere. Brukerintervjuene ble gjennomført 06.11.-07.11.2018. Det ble de samme dagene gjennomført befaring ved rus- og psykiatritjenestens lokaler i Parkveien, herunder bofelleskapet i andre etasje.

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Sluttmøte ble avholdt 08.11.2018.

Tilsynet avdekket ett lovbrudd. De konkrete funnene som ble gjort beskrives i rapportens kapittel 5 om lovbruddene og i kapittel 6 om vurdering av styringssystem:

5. Funn

Lovbrudd:

Sortland kommune har ikke gjennom systematisk styring og kontroll sikret at ROP-brukere i kommunen får samordnede og koordinerte tjenester.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første og tredje ledd og § 3-4, jfr. § 4-1.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9.

Lovbruddet bygger påfølgende:

- Ved dokumentgjennomgang og intervjuer ble det avdekket:
  - Ved avslag på tjenester fra ROP-tjenesten fattes det ikke vedtak
  - Det er ikke alltid samsvar mellom tildelte tjenester og den faktiske tjenesteytingen (det er ikke alltid tildelte timer blir gitt, og noen ganger blir antall timer oversteget)
  - Vedtakene er generelle (somatisk status mangler)
  - Den faglige vurderingen som ligger til grunn for tildeling av tjenesten kommer ikke frem i begrunnelsen for vedtaket
  - Vedtakene er ikke tidsavgrenset
  - Dersom brukerens behov for helse- og omsorgstjenester endres, er det ikke rutine for å endre vedtaket

- I intervju av ansatte fremkommer det at oppfølging av brukere i for stor grad blir avhengig av enkeltansatte
- Ansatte var i intervju i tvil om hvilken informasjon som skal deles mellom ROP-tjenesten og hjemmetjenesten
    - I intervju ble det avdekket manglende rutine for hvilken informasjon som skal deles mellom ROP-tjenesten og hjemmetjenesten
    - Vanskelig å finne enkelte opplysninger i journalsystemet, f.eks. tiltaksplaner og vedtak

6. Vurdering av styringssystem

Kommunens ledelse skal etablere et styringssystem som sørger for at helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenestens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen og sosialtjenesteloven.

Ledelsen i kommunen skal gjennom systematisk styring sikre klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, at ansatte har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre sine oppgaver. Ledelsen skal også ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt, behov for kvalitetsforbedring eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, håndtering av avvik og systematisk kvalitetsforbedring av tjenestene.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene og sosiale tjenestene som kommunen gir til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse er et område med stor fare for svikt. Brukerne er ofte selv ikke i stand til å ivareta sine rettigheter, melde fra om behov for tjenester eller endringer i tjenestebehovet. Svikt på ett eller flere områder i tjenesten kan gi alvorlige konsekvenser.

I avdeling for psykisk helse og rus i Sortland kommune blir nye brukere vurdert av et «inntaksteam». Brukere blir deretter fordelt til en medarbeider i tjenesten som foretar kartleggingen av brukeren. Ved kartleggingen benyttes en kartleggingsmal for innkomstsamtale, herunder en sjekkliste ved førstesamtale. Vedtak fattes deretter ofte av medarbeideren som utførte kartleggingen. I de undersøkte vedtakene fra avdeling for psykisk helse og rus fremkommer det at vedtaket gjelder inntil nytt vedtak foreligger og at vedtaket evalueres fortløpende.

En viktig del av internkontrollen overfor sårbare grupper er å følge med på om tjenestetilbudet er i tråd med brukernes vedtak, herunder om det er en endring i hjelpebehovet. Fylkesmannen fant ingen dokumentasjon på at det regelmessig gjøres en gjennomgang og evaluering av vedtak. Dersom brukerens behov for helse- og omsorgstjenester fra avdeling for psykisk helse og rus endres, er det ikke rutine for å endre vedtaket.

Ved tildeling, endring eller avslag på tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, § 3-6 og § 3-8 som forventes å vare lenger enn to uker, skal reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven følges, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7.

For den enkelte bruker er det en viktig rettsikkerhetsgaranti at det treffes enkeltvedtak, da bruker vil få en skriftlig begrunnelse, informasjon om hvilke tjenester som skal gis, omfanget av tjenestene og tidspunktet for tjenesteyting, samt en rett til å klage. Dersom det ikke fattes vedtak, eller at vedtaket gir en feil beskrivelse av tjenestetilbudet som gis til den aktuelle brukeren, kan det være en indikasjon på at brukeren ikke får de tjenestene han eller hun har behov for eller at tjenestene ytes tilfeldig ut fra hva den enkelte tjenesteyter mener er behovet.

Kommunens styringssystem på området viser at det er risiko for svikt ved tildeling av tjenester og om brukerne får de tjenestene de til enhver tid har behov for. De gjeldende rutinene på området fører til at det i for stor grad blir overlatt til den enkelte ansatte hvordan tjenestebehovet skal kartlegges, utføres og samordnes. Det er ikke etablert kontrollrutiner eller rapporteringsrutiner mellom tjenesteutøvere og avdeling for psykisk helse og rus. Dette gjør det vanskelig å følge med på sårbare områder og status i tjenesten både for fagledelsen og overordnet ledelse i kommunen.

Det fremkommer i Helsetilsynets publisering av rapporten at Sortland kommune har iverksatt tiltak som ble vurdert som tilstrekkelige. Det fremkommer ikke konkrete opplysninger om hva kommunen har meldt til Helsetilsynet og som ligger til grunn for at Helsetilsynet avsluttet saken.:

Rapport fra tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse i Sortland kommune 2018

Tidsrom for tilsynet:
27.06.2018 – 12.12.2018

Fylkesmannen i Nordland 14.12.2018

Oppfølging av tilsynet
Ved dette tilsynet ble det avdekt lovbrudd. Tilsynsmyndigheten har vurdert de tiltakene som er satt i verk som tilstrekkelige. Tilsynet er derfor avsluttet.

4. Funnene i forvaltningsrevisjonsrapporten fra 2022

KomRev NORD avga rapporten «Kvalitet i rus- og psykiatritjenesten» 26.9.2022, altså omtrent tre år og ti måneder etter Helsetilsynets rapport.
I rapporten redegjør revisor for sine funn. Revisor påpeker her manglende individuelle planer. Revisor viser dessuten til «tiltaksplaner», som i en viss utstrekning synes å ha vært brukt i stedet for individuell plan ikke tilsvarer individuell plan og at det ikke har vært noen enhetlig praksis med hensyn til hva som har vært ført inn i tiltaksplanen. Kapittel 5 i rapporten gjengis:

5 SAMHANDLING OG KOORDINERING AV TJENESTER

Etterlever kommunen regelverkets krav til samhandling, herunder til koordinerte tjenester og individuell plan, for pasienter og brukere med rus- og psykiatrilidelser som har behov for langvarige og koordinerte tjenester?

Revisjonskriterier

- Tilby individuell plan til tjenestemottakere (med ROP-problemer) som har behov for det
- Innhente samtykke til utarbeidelse av individuell plan i tråd med regelverkets krav
- Innhente samtykke til utveksling av taushetsbelagte opplysninger i tråd med regelverkets krav
- La tjenestemottaker medvirke ved utarbeidelse av individuell plan
- Sørge for at individuelle planer som utarbeides, tilfredsstiller forskriftsfestede innholdskrav. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:
  - *en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester*
  - *en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen*
  - *en angivelse av hvem som er koordinator*
  - *en oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet*
  - *en oversikt over hvilke tiltak som er aktuell og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse*
  - *en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres*
  - *en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen*
  - *pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakerne i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger*
  - *en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater*
- Tilby koordinator til tjenestemottakere som har krav på det

Revisors funn

Kommuneadministrasjonen har i den innledende dialogen med revisor i anledning denne forvaltningsrevisjonen, opplyst at det i stor grad er såkalte «tiltaksplaner» - fremfor individuelle planer – som brukes i denne «brukergruppa». Det vises til at «noen har vedtak på IP og koordinator», men tiltaksplan er fortsatt et godt redskap i jobben som skal gjøres. Systemet legger opptil at det er den enkelte selv som skal søke om individuell plan eller koordinator gjennom tjenestekontoret. Vi har fått opplyst at det dokumenteres i journal dersom det gis tilbud om individuell plan og brukeren ikke ønsker slik. I kartleggingssamtale for alle nylig henviste er IP ett av temaene som gjennomgås. Det gis informasjon om hvordan man søker. Etter møtet skrives vedtak og en tiltaksplan. Det vises videre til at brukere med tiltaksplan er fornøyde med denne, og de «ser gjerne ikke forskjellen på» en slik plan og IP – ettersom mange av de samme områdene beskrives. Mange som har rett til individuell plan, er ikke så interesserte i å være med å utarbeide en slik selv.

Innholdet i de femten mappene[31] revisor har blitt forelagt, kan oppsummeres som følger:

- I samtlige femten mapper fremgikk det av dokumentasjonen at den aktuelle tjenestemottakeren led av rusavhengighet og psykisk sykdom/lidelse.
- I fjorten av mappene fremgikk det av dokumentasjon at den aktuelle tjenestemottakeren var mottaker av tjeneste(r) fra spesialisthelsetjenesten i tillegg til å motta helse- og/eller omsorgstjeneste(r) fra Sortland kommune
- I elleve av de femten mappene tilsa dokumentasjonen tydelig at den aktuelle innbyggeren er mottaker av to eller flere tjenester fra kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven
- I fire av de femten mappene inngikk det søknad (fra tjenestemottaker) om individuell plan og koordinator
- I fire av de femten mappene inngikk det dokumentert samtykke fra tjenestemottaker til utveksling av taushetsbelagte opplysninger mellom deltakere i planarbeidet[32]
- I tre[33] av mappene forelå det *vedtak om bistand til utarbeidelse av individuell plan*
    - De tre vedtakene var datert i henholdsvis 2014, 2020 og 2021
    - I ett av disse tre vedtaksdokumentene fremgikk det at koordinator for utarbeidelse av individuell plan var blitt utnevnt. I de to øvrige vedtakene ble det opplyst at koordinator *kom til å bli* utnevnt.
- I ytterligere to av mappene var den aktuelle tjenestemottakeren *registrert med* individuell plan
- Ingen av mappene inneholdt noen individuell plan etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7 første ledd

Revisor har i etterkant av mappegjennomgangen etterlyst de individuelle planene for de fem brukerne med vedtak om dette. I e-post av 11. mai fra kommuneadministrasjonen v/ kontaktperson opplyses følgende:

> *«For disse fem tjenestemottakerne har vi nå undersøkt DIPS Samspill med følgende resultat:*
> - *Hos tre brukere finnes det ingen IP i DIPS Samspill*
> - *Hos en bruker ser det ut til at en plan er opprettet, men denne planen har ikke noe innhold*
> - *Hos en bruker er plan opprettet, men denne kan ikke åpnes fordi bruker ikke har gitt samtykke*
>
> *Avdelingsleder for psykisk helse og rus Olav Fenes sier at det er tiltaksplanene som har vært benyttet som IP, og tiltaksplanene har dere sett i deres mappegjennomgang. Vi har derfor ikke noen andre planer enn tiltaksplanene vi vil kunne fremlegge for dere.»*

I ni av de femten mappene vi ble forelagt, forelå det *tiltaksplan*. Tiltaksplanene var bygget opp som en tabell med fire kolonner; «Problem/ressurs/behov», «Målsetning», «Tiltak» og «Evaluering». Bare én av tiltaksplanene inneholdt notater eller formuleringer i samtlige fire kolonner. Kolonnen «Evaluering» var tom i samtlige av planene. Ellers var det betydelig variasjon planene imellom med hensyn til omfanget av notater og informasjon i disse. I tre-fire av planene var det hovedsakelig kolonnen «Problem/ressurs/behov» som var fylt ut. I de øvrige planene var det også innføringer under kolonnene «Målsetning» og «Tiltak». I én av planene var det også noen notater/formuleringer under kolonnen «Evaluering». Det varierte planene imellom hvilke overordnede tema relatert til tjenestemottakerens tilværelse de tok for seg. De mest omfattende planene tok for seg følgende tema:

---

[31] Jf. redegjørelsen i kapittel 3.1 ovenfor.

[32] Tre av disse mappene inngikk det også søknad om individuell plan og koordinator i.

[33] To av disse vedtakene gjaldt tjenestemottakere som vi fant søknad om individuell plan og koordinator fra i de saksmappene vi ble forelagt.

- Familie/nettverk
- Arbeid/Skole/Dagtilbud
- Økonomi
- Somatisk helse
- Psykisk helse
- Spesialisthelsetjeneste

Det varierte tilsynelatende også en del mellom plandokumentene hvor lenge det var siden det sist – og hvor ofte – det ble skrevet noe i dem. I flere av planene indikerte dateringene at planene har blitt jobbet med på noen få tidspunkter/videreutviklet over tid. I det store flertallet av planene, var den siste oppdateringen av planen gjort i 2021 eller tidligere. Planene var i forbindelse med opprettelse og godkjenning av enkelttiltak signert (elektronisk) av navngitte ansatte i kommunen, men de var ikke signert av tjenestemottaker.

Fra vår gjennomgang av de femten saksmappene ser vi grunn til å trekke frem at ni hadde (vedtak om) oppfølging av FACT-team. FACT står for *Flexible Assertive Community Treatment* og kan oversettes til *fleksibel, aktiv oppsøkende behandling* (Helsedirektoratet, 2022). Et FACT-team er en samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen med den hensikt å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og store og sammensatte behov. Teamet er tverrfaglig sammensatt – med ansatte fra både spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjenester. Ifølge avdelingsleder ved *Avdeling for psykisk helse og rus* består et typisk FACT-team av psykiater, psykolog, miljøterapeut, forløpskoordinator, erfaringskonsulent og to miljøarbeidere. Ordningen med FACT-team er et prosjekt av tre års varighet som i utgangspunktet avsluttes ved utgangen av 2022. Kommunen er i en evaluerings- og vurderingsfase der det skal tas stilling til hvorvidt og hvordan denne arbeidsformen videreføres når prosjektmidlene tar slutt ved årsskiftet. Kommunalsjef for helse og omsorg opplyser at de kommunalt ansatte som inngår i FACT-team skriver journaler i spesialisthelsetjenestens dokumentasjonssystem; DIPS.

Se kapittel 7 for revisors vurderinger.

5. Sekretariatets vurdering

Sekretariatet påpeker at kontrollutvalgets sak 20/24 gjelder oppfølgingen av kommunestyrets vedtak fattet under behandlingen av forvaltningsrevisjonsrapporten i sak 117/22. Det er kommunedirektørens rapportering som er gjenstand for behandling. Kontrollutvalgets vedtak i sak 20/24 innebærer etter sekretariatets vurdering en avsporing. Sekretariatet kan ikke se at Helsetilsynets rapport av 2018 inneholder informasjon som er av betydning for denne behandlingen. Det er den nye undersøkelsen i form av forvaltningsrevisjonen og oppfølgingen av denne som forelå til behandling. Revisors funn vedrørende individuell plan gjør det berettiget og nærliggende å stille spørsmål ved om de tiltak som forårsaket at Helsetilsynet avsluttet saken i desember 2018 har vært gjennomført i henhold til kommunens uttrykte intensjoner. Men det var altså ikke dette som skulle være gjenstand for kontrollutvalgets behandling av saken i 2024. Derimot kan det være aktuelt å vurdere en fremtidig forvaltningsrevisjon for å klargjøre hvorvidt praksis skjer i henhold til de reviderte rutinene kommunedirektøren har rapportert om til driftsutvalget og kontrollutvalget.

For så vidt gjelder sekretariatets vurdering av oppfølgingen vises til saksutredningen til kontrollutvalgets sak 20/24. Med hensyn til de deler av oppfølgingen som relaterer seg til revisors anbefaling for så vidt gjelder individuell plan er det innhentet supplerende dokumentasjon i forbindelse med utarbeidelsen av saksutredningen til sak 40/24.

Revisors anbefaling, som kommunedirektøren er pålagt å følge opp, er for individuell plans vedkommende slik:

«På bakgrunn våre funn, vurderinger og konklusjoner i denne rapporten anbefaler vi Sortland kommune:
(…)

2. *Å sørge for at alle tjenestemottakere som har rett til og ønsker utarbeidelse av individuell plan etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, får slik plan utarbeidet*

På Sortland kommunes hjemmeside er det lagt ut skjema for melding om behov for koordinator eller individuell plan som er redigert eller utarbeidet i oktober 2022. Der ligger også tjenestebeskrivelse for individuell plan og koordinator som fremstår primært som orientering til tjenestemottakerne. Denne er behandlet i driftsutvalget 23.11.2023 (sak 34/23).

I sin rapportering til driftsutvalget, som senere er oversendt til kontrollutvalget og som ligger til grunn for sak 20/24 sier kommunedirektøren:
«Det er satt ned en arbeidsgruppe som skal utarbeide felles rutine for Helse og omsorg ift hvordan individuell plan skal utarbeides. Arbeidet skal være avsluttet innen utgangen av mai (2023). Rutinen vil inneholde en veiledning for medlemmer i ansvarsgruppen og koordinator som leder av ansvarsgruppen. Ansvar, oppgaver og forpliktelser skal tydeliggjøres. Alle eksisterende rutiner ift IP og koordinator skal revideres av arbeidsgruppen og i dette arbeidet vil det tas med hvordan dokumentasjon i journal skal gjøres (dette inkluderer både at bruker har fått informasjon/tilbud om individuell plan og/eller koordinator og om bruker har takket ja eller nei til dette). I revidert rutine vil det også framkomme hvordan man skal forholde seg dersom bruker ikke benytter seg av individuell plan (evaluering og eventuell avslutning av tiltaket).»

Sekretariatet har innhentet og gjennomgått rutinebeskrivelsen. Sekretariatet vurderer at rutinen inneholder de momenter kommunedirektøren beskriver.

Sekretariatet vurderer at det formelle systemet for å tilrettelegge for at tjenestemottakerne skal få individuell plan er etablert. Det ønskede resultat forutsetter imidlertid at systemet brukes slik det er ment.

Harstad, 14.10.2024

Tage Karlsen
seniorrådgiver