FORVALTNINGSREVISJON

Kvalitet i rus- og psykiatritjenesten

Sortland kommune
Suorttá souhkan



KOMREV NORD

Rapport 2022

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Sortland kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot kvalitet i rus- og psykiatritjenesten. Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner § 23-2 bokstav c. Ifølge kommuneloven § 23-3 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Krav til revisors uavhengighet følger av kommuneloven § 24-4 og av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16, 17, 18 og 19. Før igangsetting av forvaltningsrevisjonen har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor Sortland kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Sortland kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Tromsø, 26.9.2022
(En redigert utgave overlevert K-Sekretariatet pr. e-post den 18. oktober)

Knut Teppan Vik
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor
Prosjektleder

Ida Lejon
Prosjektmedarbeider, forvaltningsrevisor

Margrete Mjølhus Kleiven
Ansvarlig for kvalitetssikring

SAMMENDRAG

KomRev NORD har etter bestilling fra kontrollutvalget i Sortland kommune gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot kommunens tjenestetilbud overfor mennesker med kombinert rusavhengighet og psykisk sykdom. Forvaltningsrevisjonen har tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger:

Hovedproblemstilling:

Har Sortland kommune et tjenestetilbud for personer med rus- og psykiatrilidelser som er i tråd med nasjonalt regelverk, lokalt planverk og faglige anbefalinger på området?

Underproblemstillinger:

1. Har kommunen rutiner som skal sikre at personer med rus- og psykiatrilidelser som bor utenfor institusjon gis et tilbud som er i henhold til regelverket? Etterleves eventuelle rutiner?

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?

3. Har kommunen rutiner for å medvirke til å skaffe bolig til personer med rus- og psykiatrilidelser?

Revisors undersøkelser under disse problemstillingene har tatt form av intervjuer med strategisk utvalgte informanter blant kommunens ansatte samt analyse av dokumentasjon relatert til kommunens styringssystem og tjenestetilbud overfor enkeltindivider.

Våre funn under underproblemstilling 1 viser at Sortland kommune har et relativt velutviklet kvalitetssystem som inneholder flere relevante plandokumenter og rutine- og tjenestebeskrivelser med relevans for planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av kommunens rus- og psykiatritjenestetilbud i tråd med gjeldende regelverk. Kommunen har et dokumentert styringssystem for rus- og psykiatritjenestetilbudet. Systemet er en integrert del av kommunens mer overordnede kvalitetssystem for helse- og omsorgstjenestene. Når det gjelder kommunens *praktisering* av den interkontrollen som gjeldende regelverk foreskriver, vurderer vi at Sortland kommune

- *i stor grad, men ikke fullt og helt, planlegger Avdeling for psykisk helse og rus sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

- *i stor grad, men ikke fullt og helt, gjennomfører Avdeling for psykisk helse og rus sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

- *evaluerer Avdeling for psykisk helse og rus sine aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*

- *til dels korrigerer Avdeling for psykisk helse og rus sine aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Våre funn under underproblemstilling 2 (samordning og koordinering av tjenester til enkeltindivider) stammer i all hovedsak fra en mappegjennomgang utført våren 2022. Mappegjennomgangen ble rettet mot tjenestemottakere i Sortland kommune som har en kombinasjon av rusavhengighet og psykisk sykdom.

Våre funn fra mappegjennomgangen ga grunnlag for å konkludere med at *Sortland kommune i noen grad etterlever regelverkets krav til samhandling, herunder koordinerte tjenester og individuell plan, for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenestebehov i den aktuelle gruppen av tjenestemottakere*.

Konklusjonen bygger blant annet på nedenstående grunnlag:

- I flertallet av undersøkte saker har revisor ikke grunnlag for å vurdere hvorvidt Sortland kommune har oppfylt revisjonskriteriene om å tilby individuell plan og koordinator. I tre saker foreligger slike dokumenterte tilbud.

- Kommuneadministrasjonen opplyser selv at det bare i ett av fem tilfeller der tjenestemottakere i utvalget har vedtak der det fastlås at de har rett til – og dermed tilbys - individuell plan, finnes en slik plan (med innhold). I utvalget inngår fire tilfeller der tjenestemottaker selv har søkt om individuell plan (og koordinator).

- Avdelingsleder ved psykisk helse og rus viser til at tiltaksplaner i stor utstrekning har blitt benyttet i stedet for individuelle planer.

Revisor finner dermed å ha grunnlag for å konstatere at Sortland kommune ikke utarbeider individuell plan til alle tjenestemottakere som har behov for dette (og som ønsker slike planer).

Selv om revisor har avdekket betydelige mangler i Sortland kommunes arbeid med koordinering og samordning på individnivå, indikerer også våre funn at det i praksis besørges en viss samordning og koordinering av tjenester til individer i den her aktuelle målgruppen – gjennom bruk av tiltaksplaner og etablering av FACT-team.

Funnene og vurderingene med henblikk på kommunens arbeid overfor enkeltindivider er fra vår side *også* blitt tillagt vekt med henblikk på konklusjonen på om kommunen har rutiner som skal sikre at personer med rus- og psykiatrilidelser som bor utenfor institusjon gis et tilbud som er i henhold til regelverket, jf. underproblemstilling 1: *Vi konkluderer med at Sortland kommune i stor grad, men ikke fullt og helt, har rutiner som skal sikre at personer som bor utenfor institusjon og som har rus- og psykiatrilidelser, gis et tilbud som er i henhold til regelverket. Revisor finner det dokumentert at mange av disse rutinene etterleves.*

Revisor ser ikke å ha grunnlag for å vurdere hvorvidt Sortland kommunes rutiner for å medvirke til å skaffe bolig til personer med rus- og psykiatrilidelser, er *gode nok* i lys av medvirkningsplikten som følger av henholdsvis sosialtjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Dette skyldes at medvirkningsplikten er noe uklart definert i gjeldende regelverk. Vi konstaterer at *det er etablert rutiner for å medvirke til å skaffe bolig til personer med rus- og psykiatrilidelser i Sortland kommune.* Som kommuneadministrasjonens representanter påpeker, er det like fullt boligsosiale utfordringer i kommunen. Revisors funn

indikerer at kommuneadministrasjonen i tråd med dette arbeider for å videreutvikle sine systemer og rutiner på området.

Vår konklusjon med hensyn til den overordnede problemstillingen for denne forvaltningsrevisjonen, er at *Sortland kommune **til dels** har et tjenestetilbud for personer med rus- og psykiatrilidelser som er i tråd med nasjonalt regelverk, lokalt planverk og faglige anbefalinger på området.*

På bakgrunn våre funn, vurderinger og konklusjoner i denne rapporten anbefaler vi Sortland kommune

- Å vurdere behovet for videreutvikling sitt styringssystem med hensyn til tjenestetilbudet overfor innbyggere med psykisk sykdom og rusavhengighet, herunder:
    - Eventuelle tiltak for å styrke arbeidet med kartlegging og videreutvikling av kompetanse hos relevante medarbeidere
    - Jevnlig gjennomføring av medarbeidersamtaler ved *Avdeling for psykisk helse og rus*
    - Eventuelle tiltak for å styrke oppfølgingen av gjennomførte risiko- og sårbarhetsanalyser
- 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
- Å forbedre rutinene for dokumentering av tjenestetilbudet til innbyggere med psykisk sykdom og rusavhengighet

Sammendrag **3**
1 Bakgrunn og bestilling **7**
2 Problemstillinger og revisjonskriterier **7**
2.1 Revisjonskriterier - underproblemstilling 1 - styringssystem 8
2.2 Revisjonskriterier – underproblemstilling 2 – samhandling og koordinerte tjenester 11
2.3 Underproblemstilling 3 – rutiner for å medvirke til å skaffe bolig 13
3 Metode, datamateriale og avgrensing **17**
3.1 Revisjonsobjektet – avgrensninger 17
3.2 Gyldighet og pålitelighet 19
4 Systemet for å sikre tjenestekvalitet **21**
4.1. Pliktene til å planlegge og gjennomføre 21
4.2. Pliktene til å evaluere og korrigere 39
5 Samhandling og koordinering av tjenester **44**
Revisors funn 44
6 Rutiner for å medvirke til å skaffe bolig **47**
6.1 Sortland Boligstiftelse: Omsorgsboliger og gjennomgangsboliger 47
6.2 Øvrig boligsosialt arbeid overfor den aktuelle målgruppen 48
7 Revisors vurderinger og konklusjoner **53**
Revisors vurderinger: Styringssystemet for rus- og psykiatritjenesten 53
Revisors vurderinger: Samordning og koordinering av tjenester 55
Revisors konklusjoner 56
8 Andre funn **58**
9 Kommunedirektørens uttalelse **59**
10 Anbefalinger **60**
11 Referanser **61**

1 BAKGRUNN OG BESTILLING

Kontrollutvalget i Sortland kommune vedtok i sak 9/21 å bestille forvaltningsrevisjon av kvalitet i tjenestene til brukere med kombinerte problemer innenfor rus og psykiatri. Revisors overordnede prosjektskisse ble behandlet i sak 18/21 i kontrollutvalgets møte den 26.3.2021. I lys av kontrollutvalgets vedtak i saken, gjorde revisor noen avklaringer med henblikk på (nedenstående) underproblemstilling nr. 3 i notat av 5.5.2021. Revisors redegjørelser i nevnte notat ble behandlet i kontrollutvalget – og tatt til orientering – i kontrollutvalgets møte den 20.5.2021.[1]

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstillinger:

Hovedproblemstilling:

Har Sortland kommune et tjenestetilbud for personer med rus- og psykiatrilidelser som er i tråd med nasjonalt regelverk, lokalt planverk og faglige anbefalinger på området?

Underproblemstillinger:

1. Har kommunen rutiner som skal sikre at personer med rus- og psykiatrilidelser som bor utenfor institusjon gis et tilbud som er i henhold til regelverket? Etterleves eventuelle rutiner?
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?
3. Har kommunen rutiner for å medvirke til å skaffe bolig til personer med rus- og psykiatrilidelser?

Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes opp mot. Revisjonskriterier utledes fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det aktuelle området. I denne forvaltningsrevisjonen har vi utledet revisjonskriterier fra følgende kilder med henblikk på underproblemstilling 1 og 2:

- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om *kommunale helse- og omsorgstjenester* (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 18. desember 2009 nr. 181 om *sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* (Sosialtjenesteloven)
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om *pasient og brukerrettigheter* (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om *ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- Forskrift av 16. desember 2011 nr. 1256 om *habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*[2]
- Veileder til lov og forskrift: *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet

[1] Jf. vedtak i sak 28/21.
[2] Nå endret – se delkapittel 2.2.

Underproblemstilling 3 besvarer vi deskriptivt – uten vurderinger. Se delkapittel 2.3 nedenfor for begrunnelsen for dette.

2.1 Revisjonskriterier - underproblemstilling 1 - styringssystem

Lov 24. juni 2011 nr. 30 *om kommunale helse- og omsorgstjenester*, heretter *helse- og omsorgstjenesteloven*, gjelder for helse- og omsorgstjenester som ytes av kommunen. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester fremgår av § 3-1. Etter denne bestemmelsen skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter blant annet en plikt til å tilby helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon. Det er derfor klart at loven gjelder for Sortland kommune og kommunens tilbud overfor mennesker med rus- og/eller psykiatrirelaterte sykdommer eller utfordringer. Kommunens ansvar innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om *ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* er gitt med hjemmel i flere lover, herunder blant annet helse- og omsorgstjenesteloven. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves[3]. Forskriften gjelder virksomheter som er pålagt internkontrollplikt som nevnt ovenfor i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd, og dermed også for Sortland kommunes *rus- og psykiatritjenestetilbud*.[4] Ifølge § 3 i forskriften skal den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med de videre bestemmelsene i forskriften, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Det er kommunedirektøren som har det overordnede ansvaret for virksomheten - og som derfor har det øverste ansvaret for internkontrollen.

Av forskriftens § 4 følger det at i forskriften betyr «styringssystem for helse- og omsorgstjenesten» den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Det følger av forskriftens § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart og aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres i det omfang og i den form som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Kravene i forskriften er altså relative og forholdsmessige. *Styringssystemet skal ha det omfang som er nødvendig og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold*. Det innebærer at hvilket omfang av styringssystemet som er nødvendig, vil variere mellom virksomheter. Også kravet til dokumentasjon av styringssystemet er forholdsmessig; det skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Det innebærer at det ikke kan oppstilles konkrete krav til hvilket omfang styringssystemet skal ha, eller i hvor stor grad det skal være dokumentert. Forskriftskravene innebærer imidlertid at kommunen jevnlig må

[3] Jf. § 1
[4] Jf. § 2 c)

vurdere styringssystemets omfang og grad av skriftlighet. Sortland kommune må uansett sørge for at styringssystemet ivaretar kravene som følger videre av forskriften. Disse fremgår nedenfor.

Av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6, 7, 8 og 9 følger de nærmere kravene til innholdet i styringssystemet. Bestemmelsene gjelder pliktene til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter.

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter fremgår av § 6 i forskriften. Etter denne bestemmelsen innebærer plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter følgende oppgaver:

> *a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten*
> *b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
> *c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten*
> *d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*
> *e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*
> *f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring*
> *g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter reguleres av § 7 i forskriften, og innebærer følgende oppgaver:

> *a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres*
> *b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet*
> *c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
> *d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes*
> *e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende*

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter reguleres av § 8 i forskriften, og innebærer følgende oppgaver:

> *a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres*

b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
f) minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:
a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres
c) forbedre nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Det følger av *veilederen til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring mv*. at dersom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten i konkrete tilfeller ikke velger å følge nasjonale faglige retningslinjer for internkontrollarbeidet, bør dette begrunnes faglig og dokumenteres. Internkontrollveilederen peker på dokumentasjon som et virkemiddel som skal bidra til å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt. Ifølge veilederen er det virksomheten selv – ved den øverste lederen og medarbeiderne – som må avgjøre hvilke ordninger, arbeidsprosesser eller resultater som skal foreligge i skriftlig form, samt etablere rutiner som sikrer skriftlighet på disse områdene. Hva som skal dokumenteres, må avgjøres ut ifra virksomhetens egne interne behov.

På bakgrunn av ovenstående utleder vi som revisjonskriterier for problemstilling 1 at Sortland kommunes rus- og psykiatritjeneste skal:

- **Ha et dokumentert styringssystem for rus- og psykiatritjenestetilbudet**
- **Planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**
- **Gjennomføre virksomhetens aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**
- **Evaluere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**
- **Korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**

Selv om det ligger til virksomheten selv å avgjøre i hvilken grad internkontrollen skal dokumenteres skriftlig, har vi i våre vurderinger tatt utgangspunkt i veilederens eksempler og anbefalinger som beste praksis. Beste praksis er ikke noe kommunen er pålagt å følge, men som kommunen sannsynligvis vil ha fordel av å følge. Veilederen peker blant annet på flere

elementer av internkontroll som av erfaring bør skriftliggjøres, samt at det bør tas hensyn til medarbeidernes, og spesielt vikarer og nyansattes behov med hensyn til skriftliggjøring av faglige prosedyrer.

2.2 Revisjonskriterier – underproblemstilling 2 – samhandling og koordinerte tjenester

Samhandling mellom ulike tjenester og tjenesteytere
Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.[5]

Kommunen plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 første ledd. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 annet ledd.

Individrettet samordning av tjenester
Kapittel 7 i helse- og omsorgstjenesteloven omhandler individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. Det nærmere innholdet i disse tre tiltakene var fram til 1.8.2022 regulert samlet i *Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*.[6] Revisor legger derfor nevnte forskrift til grunn for vurderinger av de enkeltsakene vi undersøkte i mai i år. Formålet med individuell plan, koordinator og koordinerende enhet er blant annet å sikre samhandling og/eller samordning mellom ulike tjenestesteder og -nivåer.

Individuell plan
Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har etter forskriftens § 16, jamfør helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, rett til å få utarbeidet individuell plan. I «langvarige» ligger det at behovet må være av en viss varighet, men det kreves ikke at behovet skal være permanent eller strekke seg over et bestemt antall måneder eller år.[7] Det må i alle tilfeller foretas en konkret vurdering av pasientens eller brukerens behov for individuell plan. I «koordinerte tjenester» ligger det et vilkår om at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester, og at tjenestene bør ses i sammenheng.[8]

Individuell plan skal etter bestemmelsene i § 17 i forskriften ikke utarbeides uten samtykke fra pasienten eller brukeren – eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende. Tilsvarende gjelder ved oppnevning av koordinator. Ved oppstart av individuell plan skal to samtykker innhentes; samtykke til å få utarbeidet individuell plan og samtykke til at involverte tjenester

[5] Jf. St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen,* s. 13
[6] Fra og med 1.8.2022 er innholdet i individuelle planer regulert i *Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester*.
[7] Jf. prop. 91 L (2010-2011) kap. *31.7.4. Koordinator i kommunen*
[8] Se fotnote 5.

utveksler taushetsbelagt informasjon om den aktuelle pasienten eller brukeren. Samtykket kan fritt trekkes tilbake av brukeren/pasienten.

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte. Planen skal etter forskriftens § 19 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 aktuelle 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 deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater.

Brukermedvirkning
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator angir i § 16 første ledd at brukeren har rett til å delta i arbeidet med den individuelle planen.[9] Av pasient- og brukerrettighetsloven fremgår det videre at tilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Dennes meninger skal tillegges stor vekt ved utformingen av helse- og omsorgstjenestetilbudet. Hvis brukeren ikke har samtykkekompetanse, har dennes nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med brukeren.

Koordinator
For pasienter eller brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen etter forskrift om habilitering m.m. § 21 tilby koordinator. Plikten til å tilby koordinator gjelder uavhengig av om pasienten/brukeren ønsker å benytte seg av retten til individuell plan.

Oppnevning av koordinator innebærer ifølge forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven at en bestemt person får hovedansvar for koordinering og oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, men ikke at vedkommende skal ha eneansvar for å koordinere tjenestetilbudet. Ansvaret for å utarbeide individuell plan må være forankret hos ledelsen av virksomheten, og ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle.[10] Koordinatorrollen innebærer blant annet å være kontaktperson og ha ansvar for å følge opp innspill fra tjenestemottaker og pårørende. Koordinator har en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten og skal bidra til at pasienten får et «sømløst» tilbud.[11]

Med bakgrunn i ovenstående fremstilling utleder vi som revisjonskriterier for underproblemstilling 2 at Sortland kommune skal:

- **Tilby individuell plan til tjenestemottakere som har behov for det**

[9] Jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd, første setning.
[10] Jf. prop. 91 L (2010-2011) kap. *31.7.4. Koordinator i kommunen*
[11] Se fotnote 8.

- **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**
- **Tilby koordinator til tjenestemottakere som har krav på det**

2.3 Underproblemstilling 3 – rutiner for å medvirke til å skaffe bolig

Det er bred politisk enighet om, og et nasjonalt mål, at alle skal bo godt og trygt. *Vanskeligstilte på boligmarkedet* er personer som ikke selv klarer å skaffe seg og beholde en egnet bolig og som enten er uten bolig, står i fare for å miste boligen sin eller bor i uegnet bolig eller bomiljø. Revisor ser grunn til å anta at personer med psykisk sykdom kombinert med rusavhengighet er blant de vanskeligstilte på boligmarkedet.

Boligsosialt arbeid omfatter alt kommunene gjør for å sikre vanskeligstilte på boligmarkedet en trygg bosituasjon, herunder bistand til å skaffe og beholde en egnet bolig og til å mestre bosituasjonen.

Det boligsosiale feltet favner bredt og er tverrsektorielt, men lovforankringen av kommunens oppgaver er svak. Det finnes i dag ingen egen lov som regulerer kommunens ansvar på det boligsosiale feltet, men staten har pålagt kommunene noen få oppgaver i lov. Kommunens ansvar på det boligsosiale feltet er fordelt på ulike regelverk, i hovedsak på sosialtjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, men også andre regelverk er relevante på det boligsosiale området, herunder bostøtteloven, plan- og bygningsloven, folkehelseloven og forvaltningsloven. Dette innebærer at lovforankringen på det boligsosiale området også er fragmentert. I denne forvaltningsrevisjonen fokuserer vi på kommunens boligsosiale ansvar etter sosialtjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

Etter sosialtjenesteloven § 27 er kommunen forpliktet til å finne *midlertidig botilbud* for dem som ikke klarer det selv. Ansvaret for tjenesten ligger i NAV-kontoret. Bestemmelsen gir rettskrav på *midlertidig botilbud* når en person er i en akutt nødsituasjon. Det midlertidige botilbudet skal altså avhjelpe akutt bostedsløshet og er ikke ment å vare over tid. Med akutt bostedsløshet menes at tjenestemottaker ikke har et sted å sove og oppholde seg det neste døgnet. Det midlertidige botilbudet må være kvalitetsmessig forsvarlig ut fra den enkelte tjenestemottakers behov. Det er et mål at bruken av midlertidige botilbud begrenses i omfang og at et opphold ikke overstiger tre måneder.[12]

Når det gjelder *varige botilbud,* gir ikke lovgivningen noen rettskrav på dette. Kommunen har imidlertid et ansvar for å «medvirke» til å skaffe boliger til vanskeligstilte på boligmarkedet. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7 skal kommunen *medvirke til* å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak til dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemning eller av andre årsaker. Et medvirkningsansvar for å skaffe boliger til vanskeligstilte er også regulert i sosialtjenesteloven § 15, men uten sistnevnte presisering.

[12] Rundskriv av 22. juni 2012 til lov om sosiale tjenester i NAV og Prop. 132 L (2021-2022), kapittel 5.2.2.

For å besvare underproblemstilling 3 i denne forvaltningsrevisjonen har revisor undersøkt hva Sortland kommune gjør for å oppfylle medvirkningsansvaret på det boligsosiale feltet etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7 og sosialtjenesteloven § 15. Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) vil i hovedsak ha kjennskap til behovet for boliger til sosialt og økonomisk vanskeligstilte, og har et lovpålagt ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til disse. Kommunens helse- og omsorgstjeneste vil i hovedsak ha oversikt over behovet for tilpassede boliger til personer som trenger det på grunn av helse- og omsorgsbehov.[13]

Medvirkningsansvaret innebærer blant annet at ovennevnte tjenester må delta i den kommunale planleggingen av hvordan boligproblem kan løses for vanskeligstilte boligsøkere generelt. Det innebærer også et generelt ansvar for å gjøre andre kommunale myndigheter kjent med behovene. Av forarbeidene til sosialtjenesteloven følger det at kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen i samarbeid med andre instanser også bør ta initiativ til tiltak som kan lette situasjonen for vanskeligstilte på boligmarkedet. Medvirkningsansvaret etter begge lovverk innebærer videre at de aktuelle delene av kommunen vil ha et ansvar overfor brukere gjennom å bistå med råd og veiledning, tilrettelegging og finansiering der dette ikke kan dekkes på annen måte. I noen tilfeller vil det dessuten være nødvendig at tjenesten engasjerer seg direkte i å skaffe vanskeligstilte boliger. Det presiseres i forarbeidene at bestemmelsene ikke legger organisatoriske bindinger på kommunene og at det er viktig at kommunene står mest mulig fritt i forhold til å organisere arbeidet med boliger til vanskeligstilte ut fra behovene i den enkelte kommune.

Når det gjelder kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen, er det ovennevnte medvirkningsansvaret nærmere konkretisert i et rundskriv til loven.[14] Rundskrivet tydeliggjør hvilken lovforståelse som skal legges til grunn og hvilke hensyn det skal legges vekt på i de skjønnsmessige vurderingene. Av rundskrivet følger det blant annet at for tjenestemottakere som ikke klarer å ivareta sine interesser på boligmarkedet, bør tiltak og tjenester for å sikre en stabil bosituasjon bør være en del av *individuell plan*. Medvirkningsansvaret etter sosialtjenesteloven § 15 er både generelt og individuelt, og det innebærer at NAV-kontoret skal

- bidra med sin kunnskap i den kommunale planleggingen av hvordan boligproblem kan løses for vanskeligstilte
- gjøre andre kommunale organer kjent med behovet for ordinære boliger og tilpassede boligløsninger
- samarbeide med andre instanser, som Husbanken, om tiltak som kan lette situasjonen for vanskeligstilte på boligmarkedet
- tilby tjenestemottaker råd og veiledning for å bidra til å sikre en tilfredsstillende bosituasjon. Dette kan være i form av økonomisk rådgiving, informasjon om økonomisk stønad, informasjon om kommunale og statlige låne- og støtteordninger, og hjelp til søknad om kommunal bolig og andre ordninger for etablering i bolig
- bistå tjenestemottakere som kan ha behov for tjenester i boligen, for eksempel ved å etablere kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester
- bistå tjenestemottaker med å skaffe bolig når det er nødvendig, for eksempel ved å hjelpe tjenestemottaker med å finne leiligheter som er til leie, ringe for å avtale visning,

[13] Ot.prp. nr. 13 (2008-2009) kapittel 6.7 og Prop.91 L (2010-2011), kapittel 15.5.13.3

[14] Rundskriv av 22. juni 2012 til lov om sosiale tjenester i NAV. Rundskrivet er et grunnleggende dokument for alle som utfører oppgaver etter loven. Det er skrevet særlig med tanke på å gi NAV-veileder god støtte og veiledning i det daglige arbeidet. Det gir føringer for ansvaret og oppgavene kommunen og NAV-leder har etter loven og lovtolkingen som klageorgan og tilsynsmyndighet skal legge til grunn. Rundskrivet er også en informasjonskilde for NAV-kontorets samarbeidspartnere og andre instanser som jobber opp mot dette velferdsområdet, samt for mottakere av tjenester etter loven.

og eventuelt bli med på visning, eller på annen måte tilrettelegge for å skaffe varig bolig.

Råd og veiledning er en del av den ovennevnte medvirkningsplikten, men også en selvstendig individuell rettighet etter sosialtjenesteloven § 17. Etter denne bestemmelsen skal kommunen *gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer*. Dersom kommunen ikke selv kan gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det. Plikten etter nevnte bestemmelse er en tjeneste som kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal fatte vedtak om, eller som skal inngå som en del av et vedtak. Enkeltvedtak skal være skriftlige, begrunnede og inneholde informasjon om at de kan påklages.

I desember 2020 ble det nasjonale strategien «Alle trenger et trygt hjem – Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021-2024)» lagt frem. Det er i strategien fastsatt fire mål for å forsterke den boligsosiale innsatsen, og til hvert mål er det knyttet flere tiltak. Ett av målene er tydelige roller og nødvendig kunnskap og kompetanse, og ett av tiltakene for å nå dette er *forslag om en boligsosial lov* som klargjør kommunens ansvar på det boligsosiale feltet. [15]

Forslag til en ny, boligsosial lov er nå fremlagt av *Kommunal- og distriktsdepartementet*. I forarbeidene til lovforslaget beskrives dagens regelverk som fragmentert og utydelig med hensyn til forpliktelsene kommunen egentlig har på det boligsosiale feltet, samtidig som det synes å være forutsatt og en allmenn oppfatning at kommunenes ansvar er større enn det som er nedfelt i lov. Det påpekes at lovforankringen er svakere enn på andre velferdsområder, som helse, utdanning og arbeid, samt at flere aktører over tid har påpekt behovet for en styrking av den rettslige forankringen av det boligsosiale feltet.[16]

I kommunal- og moderniseringsdepartementets høringsnotat vedrørende ny, boligsosial lov ble det påpekt at det forhold at medvirkningsplikten er delt på sosialtjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, kan bidra til at det er mer uklart hvor i kommunen ansvaret ligger, og at det dermed blir vanskeligere for den enkelte å få bistand. Siden innholdet i medvirkningsansvaret er uklart, oppfattes også kravene til saksbehandlingen som uklare. Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak innebærer blant annet at kommunen skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes, at vedtak begrunnes og at det er klageadgang. På det boligsosiale feltet er det imidlertid ikke tydelig i hvilke tilfeller det skal fattes vedtak om bistanden som gis. Manglende vedtak fører til at brukerne ikke får mulighet til å følge med på hva som ytes av tjenester, og de blir heller ikke informert om muligheten til å klage på innholdet.[17]

Det følger av gjeldende standard for forvaltningsrevisjon; RSK 001, pkt. 15 at revisjonskriterier skal være utledet fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det reviderte området. De skal videre være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for revidert enhet innenfor den aktuelle tidsperioden.[18] Revisor registrerer at kommunene, jf. forarbeidene til de to bestemmelsene som regulerer kommunens medvirkningsansvar på det boligsosiale feltet, er tilkjent en stor grad av organisatorisk frihet med hensyn til arbeidet med boliger til vanskeligstilte ut fra behovene i den enkelte kommune.

[15] Prop. 132 L (2021-2022), kapittel 1, 2.1, 2.2 og 3.2.
[16] Prop. 132 L (2021-2022), kapittel 3.1 og 6.1.
[17] Høringsnotat av 2. desember 2020, kapittel 7.2
[18] Jf. pkt. 15.

Når det gjelder kommunens ansvar for boliger til vanskeligstilte, anser revisor ikke å ha grunnlag for å utlede revisjonskriterier og vurdere Sortland kommunes praksis på området. Vi viser til vårt notat som ble behandlet – og tatt til orientering – av kontrollutvalget i sak 28/21. Vi viser videre til departementets vurdering av dagens regelverk som lite tydelig med hensyn til kommunens forpliktelser på det boligsosiale feltet. Selv om kommunens ansvar etter sosialtjenesteloven § 27 for *midlertidig botilbud* for personer i akutte nødsituasjoner fremstår klart og tydelig, har revisor ikke mulighet for å undersøke *de faktiske forhold* – den aktuelle (nød)situasjonen - i de tilfellene der kommunen eventuelt må gjøre vurderinger opp mot denne bestemmelsen. Videre anser revisor – under henvisning til departementets uttalelser - at *medvirkningsplikten* etter sosialtjenesteloven § 15 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7 er for relativ til at den kan legges til grunn for den type vurderinger som RSK 001 oppstiller krav om. Vi har derfor besvart underproblemstilling 3 deskriptivt i kapittel 6 nedenfor, der vi også innledningsvis redegjør nærmere for vår faglige tilnærming til underproblemstilling 3.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

3.1 Revisjonsobjektet – avgrensninger

Kommuneadministrasjonen opplyser pr. april 2022 at det er 26 innbyggere i Sortland kommune som er «registrert» eller diagnostisert med en kombinasjon av rusavhengighet og psykisk sykdom. Revisor har ut ifra ordlyden i kontrollutvalgets bestilling oppfattet at det er kommunens tjenestetilbud til *denne* populasjonen kontrollutvalget har ønsket av revisor skal gjøre vurderinger av; herunder tjenestemottakere som ikke bor i institusjon.

Sortland kommune er organisert som vist i utklipp 1.

Utklipp 1. Organisasjonskart, Sortland kommune (pr. 29.10.2020)



Kilde: Sortland kommune

Avdeling for psykisk helse og rus sorterer under *Helse og omsorg*[19] og består av en tverrfaglig sammensatt gruppe medarbeidere. Pr. mai 2022 er det 22 ansatte ved avdelingen – fordelt på 19,1 årsverk. Sytten av de 22 ansatte har høyskole- eller universitetsutdannelse, herunder:

- Én sosionom
- Én barnevernspedagog
- Én førskolelærer
- To ergoterapeuter
- To fysioterapeuter
- To pedagoger
- To vernepleiere
- Fem sykepleiere
- En erfaringskonsulent[20]

[19] Kommunens helse- og omsorgstjenester består for øvrig av følgende hovedområder: Krise- og støttesenter, legetjenester, helsestasjon, hjemmetjenester, sykehjem, miljøtjenesten, omsorgstjenester, ergo-, fysioterapi og hjelpemidler, folkehelse og sosiale tjenester/støtteordninger

[20] Se utklipp 10 på side 35 for nærmere informasjon.

Ti av de ovennevnte ansatte har en eller flere videreutdanninger innen psykisk helsearbeid, rus, kognitiv terapi, familieterapi, gruppeterapi, foreldreveiledning og utdanning som kursholdere med hensyn til depresjonsmestring, angstmestring og bekymringsmestring.
Tjenestetilbudet ved *Avdeling for psykisk helse og rus* består av

- **Psykososialt kriseteam**
- **Rustjenesten**
- **Aktivitetstilbud**
- **Samtale**
- **Miljøtjeneste**
- **Psykiatrisk bofellesskap**
- **Kurs i bekymringsmestring**
- **Koordinator for samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak**
- **Sinnemestringstilbud**

Avdelingens tjenestetilbud omfatter både hjemmeboende tjenestemottakere og tjenestemottakere som bor i bofellesskapet. I kapittel 4.1 beskriver vi tjenestetilbudet nærmere.

Fra kommuneadministrasjonen får revisor opplyst at *hjemmetjenesten* har medisinansvar for alle hjemmeboende.[21] Dette gjelder også hjemmeboende tjenestemottakere med rus- og psykiatrirelaterte lidelser. Selv om den her aktuelle gruppen av tjenestemottakere jf. utklipp 2 ovenfor åpenbart mottar helse- og omsorgstjenester også fra *andre deler* av kommunen enn hjemmetjenesten og ovennevnte *Avdeling for psykisk helse og rus*, har vi avgrenset våre undersøkelser av rutiner for å sikre et tjenestetilbud som er i henhold til regelverket, jf. problemstilling 1 ovenfor, til å omfatte de deler av kvalitetssystemet som eksplisitt gjelder for *Avdeling for psykisk helse og rus* samt rutiner for legemiddelhåndtering ved *hjemmetjenesten*. Som vi legger til grunn i kapittel 2 ovenfor, anser vi spørsmålet om *rutiner som skal sikre et tilbud som er i henhold til regelverket*, som, for det første, å dreie seg om et *styringssystem*, jf. *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene*.

For å få informasjon om styrings- eller kvalitetssystemet til kommunen og de relevante organisasjonsleddene, har revisor benyttet flere metoder. Vi har gjennomført oppstartsmøte med representanter for helse- og omsorgstjenestene generelt og for den aktuelle avdelingen spesielt. Etter oppstartsmøtet ble vi forelagt relativt mye dokumentasjon relatert til tjeneste-områdets og avdelingens kvalitetssystem. Denne dokumentasjonen beskriver vi i kapittel 4. Vi har i tillegg hatt dialog med avdelingsleder ved *Avdeling for psykisk helse og rus*.

Regelverkets krav til samhandling, jf. problemstilling 2, innebærer også *krav til tjenestetilbudet*. Spørsmålet om hvorvidt kommunen har rutiner for å sikre et tilbud i henhold til regelverket til hjemmeboende personer med psykisk sykdom og rusavhengighet, jf. problemstilling 1, dreier seg *også* om hvorvidt kommunen har rutiner for å sikre *samhandling* i tråd med gjeldende regelverk, herunder individuell plan og koordinator jf. problemstilling 2. Funn og vurderinger under problemstilling 2 (samhandling og koordinering overfor enkeltindivider) har dermed relevans for konklusjonen på problemstilling 1 (styringssystem). Våre undersøkelser av problemstilling 2 er *ikke* avgrenset til å gjelde praksis ved *Avdeling for psykisk helse og rus* eller hjemmetjenestene spesifikt. Under problemstilling 2 har vi undersøkt *kommunens* praksis for samhandling og koordinering overfor enkeltindivider i den aktuelle målgruppen.

[21] Det følger av underproblemstilling 1, jf. kapittel 2 ovenfor, at revisors undersøkelser er rettet mot tjenestetilbudet til personer som ikke bor på institusjon.

Mappegjennomgang
Revisor har, med henblikk på å kunne besvare problemstilling 2, gjennomført en mappegjennomgang. Den aktuelle populasjonen for mappegjennomgangen har vært tjenestemottakere i Sortland kommune som har en kombinasjon av rusavhengighet og psykisk sykdom. Kommuneadministrasjonen har altså, pr. april 2022, opplyst at 26 innbyggere inngår i denne gruppen. Av disse mottok pr. april 2022 elleve innbyggere to eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg var det på dette tidspunktet, ifølge kommune-administrasjonen, tre tjenestemottakere som mottok én kommunal helse- og omsorgstjeneste *og* tjeneste(r) fra spesialisthelsetjenesten. Fem av tjenestemottakerne hadde ifølge kommune-administrasjonen *vedtak om individuell plan*. Kommuneadministrasjonen opplyste videre at alle de elleve brukerne med to eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester hadde *tiltaksplaner*. Disse brukes i stor grad *i stedet for individuelle planer* overfor den aktuelle gruppen av tjenestemottakere i Sortland kommune.[22]

Revisor har i lys av ovennevnte opplysninger bedt om å bli forelagt følgende dokumentasjon/ informasjon tilknyttet de fjorten tjenestemottakerne:

- Hvilke kommunale tjenester (etter helse- og omsorgstjenesteloven) den aktuelle tjenestemottakeren mottar
- Hvilke tjenester den enkelte tjenestemottakeren mottar fra spesialisthelsetjenesten (eller private aktører på vegne av spesialisthelsetjenesten)
- *Individuelle planer* i de tilfellene der dette er opprettet for den aktuelle tjenestemottakeren. I disse tilfellene også:
    - Dokumentasjon på den aktuelle tjenestemottakerens samtykke til utarbeidelse av den individuelle planen
    - Dokumentasjon på den aktuelle tjenestemottakerens samtykke til utveksling av taushetsbelagt informasjon mellom involverte tjenesteytere
- Eventuell dokumentasjon i tilfeller der tjenestemottakere som er berettiget til individuell plan har blitt tilbudt – men takket nei til – utarbeidelse av slik plan
- Dokumentasjon som viser hvorvidt tjenestemottakere med rett til koordinator, har blitt tilbudt/fått utnevnt slik
- Tiltaksplaner for de av de aktuelle tjenestemottakerne som har dette

Da revisor i begynnelsen av mai i år gjennomførte mappegjennomgang i kommunens lokaler, ble vi forelagt totalt femten mapper. Disse beskriver vi nærmere i kapittel 5.2 nedenfor.

Vår kartlegging av Sortland kommunes rutiner for å medvirke til å skaffe bolig til personer med rus- og psykiatrilidelser, jf. underproblemstilling 3, er basert på dokumentanalyse, e-postkorrespondanse og intervjuer med representanter for kommuneadministrasjonen, herunder NAV og helse- og omsorgstjenestene.

3.2 Gyldighet og pålitelighet

Med gyldige data menes at dataene som samles inn i undersøkelsen, skal utgjøre et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og svare på problemstillingene.

Vi anser at dokumentasjonen vi har innhentet fra Sortland kommune – og som vi viser til i kapittel 4 og 5 nedenfor – er relevant med henblikk på å kunne vurdere kommunens

[22] Se for øvrig kapittel 5.

tjenestetilbud i tråd med problemstilling 1 (styringssystem) og problemstilling 2 (koordinering og samordning av tjenestetilbudet overfor enkeltindivider). Som vi viser til i kapittel 2 ovenfor, er det med hensyn til begge disse problemstillingene et sentralt spørsmål hva slags praksis kommunen kan *dokumentere*. Styringssystemet som skal sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet, samt etterlevelse av øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen, bør på de viktigste områdene være *dokumentert*.[23] I koordinering og samordning av tjenestetilbudet til enkeltindivider, er dokumenter som individuelle planer, samtykke og tilbud om individuell plan og/eller koordinator, sentrale. Den muntlige informasjonen vi har mottatt i både oppstartsmøte og senere dialog med representanter for kommuneadministrasjonen, utfyller og presiserer den skriftlige informasjonen vi har fått. Vi anser videre å ha innhentet relevant og tilstrekkelig datamateriale for å kunne beskrive kommunens arbeid med å medvirke til å skaffe bolig til personer med psykisk sykdom kombinert med rusavhengighet.

Med pålitelige data menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige. Vi har ingen umiddelbar grunn til å tro at dokumentasjonen vi har blitt forelagt fra Sortland kommune, inneholder vesentlige feil som gir et misvisende bilde av kommunens styringssystem, praksis for å koordinere og samordne tjenestetilbudet til enkeltindivider, og rutiner for å medvirke til å skaffe bolig til den aktuelle gruppen av tjenestemottakere. Som vi viser til i kapittel 4 og 5 nedenfor, hefter det imidlertid enkelte begrensninger ved å undersøke og vurdere kommunen basert på *dokumentasjonen isolert sett*. Den er ikke nødvendigvis tilstrekkelig med henblikk på å vurdere kommunens *praksis* opp mot de utledede revisjonskriteriene. Dette forholdet har etter revisors syn mer med dataenes tilstrekkelighet enn med dataenes pålitelighet å gjøre. Gitt de ressursmessige begrensningene som denne forvaltningsrevisjonen er underlagt, er vår undersøkelse av om rutinene i kommunens styringssystem etterleves, avgrenset til stikkprøver. (Vi har for eksempel ikke praktisk mulighet til å undersøke hvorvidt kartleggingsmalen for innkomstsamtale benyttes eller etterleves i hvert enkelt tilfelle der *Avdeling for psykisk helse og rus* møter en potensiell tjenestemottaker for første gang.)

Det samlede informasjons- og dokumentasjonsgrunnlaget denne rapporten bygger på, har blitt forelagt kommuneadministrasjonen for gjennomlesning før vi gjorde vurderinger av kommunens praksis opp mot revisjonskriteriene. Vi anser at det å få kommune-administrasjonen til å lese igjennom – for deretter å bekrefte, korrigere og/eller supplere informasjonsgrunnlaget – bidrar til å sikre dataenes relevans, tilstrekkelighet og pålitelighet.

Vi anser å ha gjennomført denne forvaltningsrevisjonen i tråd med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon.[24]

[23] Jf. delkapittel 2.1 ovenfor.
[24] RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon (NKRF, 2020)

4 SYSTEMET FOR Å SIKRE TJENESTEKVALITET

Har kommunen rutiner som skal sikre at personer med rus- og psykiatrilidelser som bor utenfor institusjon gis et tilbud som er i henhold til regelverket? Etterleves eventuelle rutiner?

Revisjonskriterier

Sortland kommunes rus- og psykiatritjeneste skal:

- Ha et dokumentert styringssystem for rus- og psykiatritjenestetilbudet
- *Planlegge* sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- *Gjennomføre* virksomhetens aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- *Evaluere* virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- *Korrigere* virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Kilde: *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

4.1. Pliktene til å planlegge og gjennomføre

Revisors funn

Virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering

Innholdet i Sortland kommunes helse- og omsorgstjenestetilbud er redegjort for på kommunens internettsider. Her inngår relativt detaljerte beskrivelser av hvilke tjenester kommunen tilbyr på helse- og omsorgsområdet. Tjenestetilbudet ved *Avdeling for psykisk helse og rus* er beskrevet som følger på kommunens internettsider:

- **Psykososialt kriseteam** – som ved ulykker, kriser eller katastrofer skal skaffe oversikt over rammede, kartlegge tilgjengelige oppfølgingsressurser, og sørge for at rammede følges opp. På kommunens sider er medlemmene av kriseteamet navngitt. Oversikten inneholder også informasjon om hvilke stillinger medlemmene har, telefonnumrene deres samt hvem som er leder for kriseteamet.
- **Rustjenesten** – som tilbyr hjelp til mennesker som har rusproblemer, herunder
    - Individuell oppfølging
    - Samtaler, råd og veiledning
    - Avklaring av hjelpebehov med hensyn til rusbehandling
    - Oppfølging før, under og etter behandling i institusjon
    - Informasjon og veiledning med hensyn til andre hjelpetiltak
    - Koordinerende samarbeid mellom kommunen, private aktører og andre offentlige tiltak innen rusfeltet
    - Eventuell henvisning til tverrfaglig, spesialisert behandling

På kommunens internettsider inngår det informasjon om hvordan rustjenesten kan kontaktes, og avdelingsleder for rus og psykisk helse er navngitt med kontaktinformasjon.

- **Aktivitetstilbud** til personer mellom 18 og 70 år som har utfordringer med psykisk helse og/eller rus, herunder
    - Ukentlige turer i skog og mark
    - Sosialt treffsted
    - Aktivitetstilbud i samarbeid med *Mental Helse*

En psykiatrisk sykepleier er oppført som kontaktperson for dette tilbudet.

- **Samtale**: Individuell oppfølging og eventuell bistand med hensyn til samarbeidsmøter med interne og eksterne hjelpeinstanser. Målgruppe: Voksne personer mellom 18 og 70 år som har utfordringer med sin psykiske helse. På kommunens internettsider er avdelingsleder navngitt med kontaktinformasjon.
- **Miljøtjeneste** overfor voksne personer mellom 18 og 70 år som har utfordringer med sin psykiske helse, herunder
    - Individuell oppfølging
    - Hjelp til rutiner, planer og struktur i hverdagen
    - Støttesamtaler, råd og veiledning
    - Informasjon og veiledning om andre hjelpetiltak og instanser
    - Koordinering og samarbeid med interne og eksterne samarbeidspartnere
    - Oppfølging på ettermiddag og i helg

Avdelingsleder er oppført som kontaktperson for dette tilbudet.

- **Psykiatrisk bofellesskap** for unge voksne med alvorlig psykisk lidelse. Kommunen har seks leiligheter med felles kjøkken og stue. Botilbudet er døgnbemannet med tverrfaglig personale. I bofellesskapet tilbys:
    - Botrening
    - Miljøterapi
    - Trening på dagliglivets aktiviteter
    - Trygge folk
    - Trygge rammer
    - Individuelt tilrettelagte tjenester/oppfølging
    - Tjenester etter behov
    - Samarbeid med hver enkelt beboer
    - Koordinerende samarbeid med kommunale instanser og spesialisthelsetjenesten

Avdelingsleder er oppført som kontaktperson for dette tilbudet.

- **Kurs i bekymringsmestring** for personer som opplever bekymringer, uro, angst og/eller stressrelaterte plager. Kurset er rettet mot personer som opplever bekymringer, uro, angst og/eller stressrelaterte plager. Deltakelse er basert på henvisning, og kurset er samlingsbasert. Tre psykiske helsearbeidere og en miljøterapeut er oppført som kontaktpersoner for dette tilbudet.
- **Koordinator for samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak** (SLT-koordinator). SLT er et samarbeid mellom Sortland kommune og Sortland

lensmannskontor. SLT-koordinatorens hovedoppgave er, ifølge kommunens nettsider, å «*legge til rette for kommunens samlede innsats for forebygging av rus og kriminalitet blant barn, ungdom og unge voksne (0-23 år) som kommunen er bekymret for.*» I forbindelse med omtalen av dette tilbudet på kommunens nettsider, er SLT-koordinatoren navngitt med kontaktinformasjon.

- **Sinnemestringstilbud** (i samarbeid med *Stiftelsen Tryggere*). Tilbudet er åpent for personer i alle aldre som er bosatt i Vesterålen, Lofoten og Lødingen, og som sliter med å mestre sitt sinne. *Stiftelsen Tryggere* er oppført som kontaktpunkt for tilbudet.

Av dokumentasjonen som revisor har fått tilsendt, fremgår det, jf. utklipp nr. 2 nedenfor, at *fire målsetninger* er definert for kvalitetsutviklingsarbeidet i kommunens helse- og omsorgstjenester generelt.

Utklipp 2. «*01. Om kvalitetssystemet. Mål og delmål*» fra Sortland kommunes kvalitetssystem.

1. Kvalitetsutviklingsarbeidet skal være en del av det daglige arbeidet i Helse- og omsorg
2. Avvik og klager skal dokumenteres og følges opp
3. Brukerne skal motta kvalitetssikrede tjenester
4. Våre ansatte skal ha riktig kompetanse ift de arbeidsoppgaver de skal utføre

Kilde: Sortland kommune

Slik revisor forstår den tilsendte dokumentasjonen samt opplysninger fra Avdelingsleder for psykisk helse og rus, er de samme fire målsetningene lagt direkte til grunn som kvalitetsmål for *Avdeling for psykisk helse og rus*.

Det opplyses i dokumentet at målene er forankret i *Kommunedelplan for helse, omsorg og folkehelse, 2015-2030*. Revisor registrerer at i denne kommunedelplanen er det definert såkalte «hovedmål» for de ulike bestanddelene av kommunens helse- og omsorgstjenester. Fra omtalen av «*Satsingsområde 9 (Psykisk helsearbeid)*» hitsettes:

Utklipp 3. Fra kommunedelplan for Helse, Omsorg og Folkehelse, 2014-2030, Sortland kommune

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som "en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, som kan håndtere livets normale stressnivå, som kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra for og til samfunnet". Ca en sjettedel av den voksne befolkning har til enhver tid et psykisk helseproblem og eller et rusproblem. Angst og depresjon er de vanligste lidelsene, mens psykoseproblematikk blir regnet som den mest kostbare sykdommen i et samfunn. Redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon er blant de største følgene av psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer.

Hovedmål for psykisk helsearbeid i Sortland:

- Forebygge alvorlig skjevutvikling / kronifisering
- Helhetlige og koordinerte tjenester
- Rus- og psykisk helsefeltene ses i sammenheng
- Bidra i forebyggende arbeid på systematisk nivå i kommunen

Slik vil vi ha det:

Sortland kommune ønsker å gi en faglig god tjeneste med fokus på brukermedvirkning. Brukerens involvering blir større når behandlingen rettes mot mål som tar utgangspunkt i brukerens forståelse av egne utfordringer og mestring. Det gir en god og målrettet tjeneste fordi erfaringskunnskap og fagkunnskap ses i sammenheng. Brukerveiledning anses som viktig både på individ og systemnivå.

Det foreligger også en *Rusmiddelpolitisk handlingsplan* for Sortland kommune, riktignok for perioden 2018-2020. I denne er det formulert et hovedmål: *Sortland kommune skal ha sterkt fokus på etterspørselsreduserende tiltak for å redusere bruk av rusmidler hos innbyggerne*

- Delmål: Sortland kommune vil tilstrebe å skape gode rammer omkring barn og unge slik at de ikke har behov for å ruse seg
- Delmål: Sortland kommune gjennomfører opplæring av ansatte i oppvekstsektoren og helse- og omsorgssektoren for å sette de ansatte i stand til å avdekke og forebygge ulik rusproblematikk
- Delmål: Sortland kommune skal sette foreldre i stand til å forebygge ulik rusproblematikk
- Delmål: Sortland kommune skal ivareta innbyggere som har utviklet en rusmiddelavhengighet

Utover informasjonen som er tilgjengelig på kommunens nettsider, har revisor blitt forelagt noen spesifikke *tjenestebeskrivelser* relatert til tjenestetilbudet til innbyggere med kombinasjonen rusavhengighet og psykisk sykdom. Disse er:

- «Tjenestebeskrivelse for hjemmesykepleie og andre helsetjenester i hjemmet»
  - Dokumentet inneholder beskrivelse av tjenesten (formål, innhold, målgruppe, kriterier, samarbeidspartnere mv.), serviceerklæring, forventninger til søker/tjenestemottaker, relevant regelverk, søknadsprosess og kontaktinformasjon til ansvarlig enhet
- «Tjenestebeskrivelse for personlig assistanse, praktisk bistand (hjemmehjelp) og opplæring i dagliglivets gjøremål»
  - Dokumentet inneholder beskrivelse av tjenesten (formål, innhold, målgruppe, kriterier, samarbeidspartnere mv.), serviceerklæring, forventninger til søker/tjenestemottaker, relevant regelverk, søknadsprosess og kontaktinformasjon til ansvarlig enhet
- «Utkast til tjenestebeskrivelse for individuell plan og koordinator»
  - Dokumentet inneholder beskrivelse av tjenesten, dens målgruppe, kriterier/vilkår for å ha rett til individuell plan og koordinator, aktuelle samarbeidspartnere, serviceerklæring, forventninger til søker, lover og retningslinjer, beskrivelse av søknadsprosess, kontaktinformasjon samt informasjon om ansvarlig enhet.[25]

Overordnet informasjon om kvalitetsarbeidet

Sortland kommune har et *elektronisk HMS- og kvalitetssystem* som ligger i programmet/verktøyet *Compilo*. Som en del av dette systemet, har kommunen også et eget kvalitetssystem for *helse og omsorg*. I dette systemet ligger rutiner som skal være felles for alle helse- og omsorgstjenestene, og som skal forebygge uønsket variasjon i kvalitet mellom ulike avdelinger. Revisor har blitt forelagt noen overordnede dokumenter med informasjon om dette kvalitetssystemets oppbygning.

I dokumentet *Om kvalitetssystemet, Ho felles* beskrives oppbygningen av kommunens kvalitetssystem for helse- og omsorgstjenestene nærmere. Dokumentet inneholder:

- Henvisning til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Formulering av formål med styringssystemet

[25] Dette dokumentet omtales også i kapittel 5 nedenfor.

- Begrepsavklaringer
  - «Faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester»
  - «Kvalitet»
  - «Kvalitetsforbedring»
  - «Pasient- og brukersikkerhet»
- Drøfting av *ansvar for kvalitetssystemet*
  - Det vises til at kommunalsjef for helse og omsorg har full instruksjonsmyndighet og ansvar for at oppgavene som delegeres blir utført på tilfredsstillende og forsvarlig måte
- Beskrivelse av hvordan kvalitetssystemet skal dokumenteres
- Angivelse av hvilke områder det skal settes konkrete mål for
- Henvisninger til kommunens organisasjonskart og delegasjonsreglement
- Henvisning til *Kommunedelplan for helse, omsorg og folkehelse* – og dennes beskrivelser av mål, oppgaver og aktiviteter
- Identifisering av hva slags informasjon som skal innhentes og brukes for å kunne planlegge, gjennomføre og forbedre helse- og omsorgstjenestenes oppgaver, herunder
  - Resultater fra brukertilfredshetsundersøkelser
  - Informasjon fra møter i brukerutvalgene
  - Mottatte og behandlede klager
  - Registrerte avvik og uønskede hendelser
  - HMS-håndbok
  - Oversikt over demografi og sykdomsforekomst i pasientgrunnlag
  - Gjennomførte kvalitetsmålinger
- Henvisninger til andre deler av kvalitetssystemet der det foreligger oversikt over gjeldende regelverk for tjenestene
- Henvisning til at det månedlig tas ut statistikk over «kvalitetsavvik» på overordnet nivå i helse og omsorg.
- I dokumentet vises det også til at det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetskartlegging

Et annet sentralt dokument som beskriver helse- og omsorgstjenestenes kvalitetssystem i Sortland kommune, er *Organisering av kvalitetsarbeidet, HO felles*. I dette dokumentet vises det også innledningsvis til at *kommunalsjef for helse og omsorg* har ansvar for det overordnede systematiske kvalitetsarbeidet på dette tjenesteområdet. Det følger videre av dokumentet at oppgavene er delegert til «*rådgiver HMS/kvalitet*», og at *avdelingsledere* har ansvaret for de systematiske kvalitetsarbeidet i egen avdeling.

Av dokumentet følger det videre at det er opprettet et *overordnet kvalitetsutvalg for helse og omsorg.* Utvalgets medlemmer er

- Kommunalsjef for helse og omsorg
- Rådgiver HMS/kvalitet
- Kommuneoverlegen
- Assisterende kommunalsjef for helse og omsorg
- Rådgiver for personal

Utvalget skal ha møter én gang i måneden. Det føres referater fra møtene. Videre angis det i dokumentet at kvalitetsutvalgets oppgaver er som følger:

Utklipp 4. Fra Sortland kommunes kvalitetssystem for helse og omsorg: Overordnet kvalitetsutvalg

Overordnet kvalitetsutvalgs oppgaver

- Utarbeide mål for kvalitetsarbeidet på overordnet nivå. Evalueres årlig
- Utarbeide overordnet handlingsplan kvalitet. Evalueres årlig
- Følge opp og sørge for framdrift og kontinuitet i arbeidet med handlingsplan
  - Definere tiltak for systematisk forbedringsarbeid og forbedringskultur
  - Velge ut fokusområder for forbedringsarbeid og kompetanseoppbygging i enheten
- Følge opp kvalitetsindikatormålinger med analyser
- Definere hvilke områder det er behov for nye rutiner/evaluering av eksisterende rutiner i Helse og omsorg
- Godkjenne rutiner som gjelder hele helse og omsorg og rutiner som gjelder fler enn en enhet
- Velge ut fellesrutiner som krever revisjon, opprette revisjonsgruppe, og følge opp revisjon
- Oppfølging av saker fra kvalitetsutvalg på enhetsnivå

Kilde: Sortland kommune

I dokumentasjonen revisor har mottatt fra Sortland kommune, foreligger også dokumentet *Kvalitetsutvalg HOMS, HO Felles*. Av dette dokumentet fremgår det at kvalitetsutvalget i tillegg til arbeidsoppgavene som fremkommer i utklipp 4 ovenfor, skal:

- Ta både administrative beslutninger (økonomi, framdriftsplan, ressursbruk) og faglige beslutninger (innhold, kvalitet, etc.)
- Ha overordnet ansvar for oppbygning og innhold i kvalitetssystemet
- Ta initiativ til, og gjennomgå, kartlegginger
- Gjennomgå avvik som gjelder flere avdelinger og avviksstatistikk
- Etterspørre og gjennomgå handlingsplaner for forbedring etter kartlegging
- Påse at informasjonsbehov og lokal forankring blir ivaretatt
- Sørge for at kvalitetsarbeidet får nødvendig prioritet fra linja
- Sørge for at mandat og funksjon blir evaluert årlig
- Sette i gang brukerundersøkelser og sørge for at undersøkelsene blir fulgt opp i handlingsplan
- Gjennomgå klagesaker og meldinger til (tidl.) Fylkesmannen og Statens helsetilsyn
- Gjennomgå resultater fra Ledelsens gjennomgang

I dokumentet *Organisering av kvalitetsarbeidet, HO felles* inngår også «sakslista for kvalitetsutvalg på overordnet nivå»:

1. Gjennomgang av status overordnet handlingsplan kvalitet
2. Saker fra Kvalitetsutvalg på enhetsnivå
3. Gjennomgang av statistikk kvalitetsavvik på overordnet nivå
4. Rutiner og planer på overordnet nivå
5. Revisjon av felles rutiner
6. Status mht bruk av Compilo på overordnet nivå (aktiv bruk, opplæringsbehov osv.)

Vi har blitt forelagt et referat fra møte i kvalitetsutvalget den 31. januar i år. I dette møtet behandlet utvalget saker relatert til:

- Infeksjonsprogram
- Mangler relatert til legemiddelhåndtering
- Handlingsplan Kvalitet Helse og omsorg 2022
- Avviksstatistikk
- Kompetanseplan for helse og omsorg
- Rapporteringsrutiner ved vaktskifte i hjemmetjenesten

Dokumentet *Kvalitetsutvalg HOMS, HO Felles* inneholder også informasjon om kvalitetsarbeid i *avdelingene* – i såkalte «kvalitetsgrupper». Her fremgår det lister med arbeidsoppgaver disse kvalitetsgruppene har, og sakslister for møter i kvalitetsgruppene. Disse listene er inntatt i utklipp 5 nedenfor.

Utklipp 5. Fra Sortland kommunes kvalitetssystem for helse og omsorg: Kvalitetsgrupper i avdelingene

Kvalitetsgruppens oppgaver

- Utarbeide kvalitetsmål for avdelingen. Evalueres årlig
- Ansvar for at avdelingens handlingsplan for kvalitet blir utarbeidet og fulgt opp.
- Følge opp oppdrag fra kvalitetsutvalget HO og enhet.
- Ha oversikt over lover, forskrifter og interne rutiner som gjelder for sin avdeling.
- Utarbeide forslag til nye lokale rutiner samt revidere eksisterende rutiner. Dra inn fagpersoner i dette arbeidet etter behov. Rutiner som kun gjelder avdelingen utarbeides lokalt og godkjennes av enhetsleder. Rutiner som kan gjelde for flere avdelinger skal sendes til enhetens Kvalitetsutvalg for godkjenning
- Gjennomgå avviksmeldinger og utarbeide forslag til korrigerende og forebyggende tiltak. Avdelingens handlingsplan for kvalitet oppdateres med nye oppgaver
- Gjennomgå avviksmeldinger samt nye og reviderte rutiner på personalmøter
- Motivere, veilede og støtte de ansatte til aktiv bruk av kvalitetssystemet
- Tilrettelegge for systematisk opplæring i innholdet i kvalitetssystemet.
- Gjennomgå klager som er kommet inn til avdelingen.

Saksliste Kvalitetsgruppemøte:

1. Gjennomgang av status handlingsplan Kvalitet for avdelingen
2. Gjennomgang av avviksmeldinger siden forrige møte
3. Mottatte klager siden forrige møte
4. Forslag til nye lokale rutiner.
5. Revisjon av avdelingsrutiner (ses i sammenheng med innkomne avviksmeldinger)
6. Status mht bruk av Compilo i avdelingen (aktiv bruk, opplæringsbehov osv...)
7. Informasjon fra enhetens kvalitetsutvalg
8. Gjennomgang av resultater fra brukerundersøkelser

Kilde: Sortland kommune

Informasjon og kunnskap til å planlegge og gjennomføre oppgavene

I den ovennevnte *rusmiddelpolitiske handlingsplanen for 2018-2020* vises det blant annet til en del statistiske data som beskriver

- alkoholforbruk/-vaner blant ungdom i ungdomsskole og videregående skole i kommunen
- forbruk og vaner tilknyttet hasj blant ungdom i ungdomsskole og videregående skole i kommunen
- forbruk av alkohol blant innbyggere i alderen 15 år eller eldre, sammenliknet med Nordland fylke og landet for øvrig, i perioden 2009-2017
- utbredelse av ensomhetsfølelse blant ungdom i ungdomsskole og videregående skole i kommunen
- rusmiddelpolitiske mål og strategier, herunder lokale mål og strategier

Revisor har blitt også forelagt *BrukerPlan*-rapporter for Sortland kommune for henholdsvis 2019 og 2020. BrukerPlan er et verktøy som er utviklet av *Stavanger universitetssjukehus* – med to formål:

1. Å gi kommuner og helseforetak et relativt detaljert og oppdatert bilde av hvor mange mottakere av kommunens helse-, omsorgs-, og velferdstjenester som har en kjent rusrelatert problematikk eller psykiske helseproblemer. Hva er deres livssituasjon og funksjonsnivå? Hvilke helse- og omsorgstjenester, tjenester fra NAV, spesialisthelsetjeneste og andre tjenesteytere mottar disse tjenestemottakerne?
2. Å gjøre det mulig for kommunene å vurdere hvilke tjenestemottakere som bør prioriteres og hvor stor etterspørsel etter tjenester som kan forventes framover

Av BrukerPlan-rapporten for 2020 fremgår det at det i 2019 var registrert totalt 40 personer med alvorlig eller mindre alvorlig «ROP» i Sortland kommune. Forkortelsen *ROP* beskriver «samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse».[26] Se for øvrig kapittel 5 nedenfor.

Kommuneadministrasjonen opplyser at alle ansatte har tilgang til kommunens kvalitetssystem. Ved avdelingen må alle logge inn i kvalitetssystemet for å skrive rapporter. På avdelingskontorer og rapportrom har de ansatte pc-er tilgjengelig. Ved endringer av lovverket informeres det, ifølge kommuneadministrasjonen, om dette på avdelingsmøter. Ansatte må også kvittere ut at de har lest bestemte dokumenter i kvalitetssystemet.

Kvalitetssystemet og gjeldende regelverk: Rutinebeskrivelser

I det ovennevnte dokumentet *Om kvalitetssystemet, Ho felles* vises det til *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene* – som er den sentrale referansen med hensyn til revisors vurderinger i denne forvaltningsrevisjonen.

Som det fremgår av listen med arbeidsoppgaver, jamfør kommunens kvalitetssystem-dokumentasjon, som både det overordnede kvalitetsutvalget og avdelingenes kvalitetsgrupper skal utføre, er utarbeidelsen av *handlingsplaner* sentralt.

Revisor har blitt forelagt *handlingsplaner for kvalitet i helse- og omsorgstjenestene* både for 2021 og 2022. Vi finner det hensiktsmessig – i korthet – omtale den nyeste av disse planene her. Innledningsvis i planen vises det til de fire, overordnede målsetningene fra ovennevnte kommunedelplan:

- Kvalitetsutviklingsarbeidet skal være en del av det daglige arbeidet i Helse og omsorg
- Avvik og klager skal dokumenteres og følges opp
- Brukerne skal motta kvalitetssikrede tjenester
- Våre ansatte skal ha riktig kompetanse i forhold til de arbeidsoppgaver de skal utføre

I planen vises det videre til "satsingsområder for 2022", herunder blant annet:

- *Helse og omsorg: Sammenheng i tjenester og legemiddelhåndtering*

I planen identifiseres flere tiltak under de ulike satsingsområdene, og revisor anser særlig følgende tiltak som relevante med henblikk på tjenestekvalitet overfor tjenestemottakere med ROP-lidelser:

- Revidering av tjenestebeskrivelse for individuell plan og koordinator[27]

[26] *Helse Stavanger* besluttet midlertidig stans av datainnsamling til BrukerPlan i oktober 2021. Årsakene var manglende system for informasjon til de registrerte og manglende personkvernkonsekvensutredning.
[27] Fra kommunalsjef for helse og omsorg får vi opplyst at utkast til ny tjenestebeskrivelse over noe tid har ligget klart for behandling i driftsutvalget, men prosessen har blitt forsinket på grunn av sykefravær.

- Rus og psykisk helse – fastleger
- Revisjon av plan for habilitering/rehabilitering i tråd med Helsedirektoratets «Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019» og i samsvar med krav og anbefalinger i «Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator»
- Revidere og samle alle rutiner som omhandler legemiddelhåndtering i egen manual
- Alle avdelinger skal analysere egen avviksstatistikk for legemiddelavvik 2021, gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse med hensyn til legemiddelhåndtering og utarbeide tiltak for forebygging av avvik.
- Avdelingenes kvalitetsgrupper skal møtes hver tredje uke. Avdelingsleder er ansvarlig for å sette opp møteplan og lede møtene.

Fra kommuneadministrasjonen opplyses det at kommunen har flere skriftlige rutine-beskrivelser tilknyttet legemiddelhåndtering. Kommunens system for legemiddel-håndtering er bygget opp som et delegasjonssystem der den aktuelle medarbeiderens formelle kompetanse er avgjørende for hvilke tillatelser vedkommende har hva angår legemiddelhåndtering. Revisor har blitt forelagt skjemaet *Delegasjon av myndighet – utdeling av medisin skjema, HO Felles.* Skjemaet fremgår i sin helhet i utklipp 6 nedenfor.

Utklipp 6. Delegasjon av myndighet – utdeling av medisin.

DELEGASJON AV MYNDIGHET – UTDELING AV MEDISIN

Kryss av for: Første gangs delegasjon ___
Fornyelse av delegasjon ___

Ansatt navn:

Stilling/Arbeidssted:

har gjennomgått grunnkurs i legemiddelhåndtering og bestått eksamen _____ (dato)
og gjennomgått praktisk opplæring i avdeling den_____ (dato)

Praktisk opplæring er gjennomført i hht rutine:

_____
(Signatur sykepleier/vernepleier som var ansvarlig for praktisk opplæring)

Jeg bekrefter at jeg har gjennomført og forstått praktisk opplæring i avdeling:

_____
(Signatur ansatt)

Overnevnte delegeres myndighet til å dele ut medisin fra dosett i Sortland kommune, Helse og omsorg.

Delegasjon gis i medhold til Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.

Delegasjonen er gyldig fra dags dato og i 2 år. Etter 2 år må delegasjonen fornyes. Den ansatte har sammen med enhetsleder ansvar for å fornye delegasjonen før delegasjonsperioden utløper.

Grunnlaget for delegasjon er gjennomgått kurs i medikamenthåndtering med bestått eksamen, samt en konkret individuell vurdering og godkjenning av skikkethet. Forrige delegasjon gitt dato:_____

Delegasjon gyldig fra eksamens dato:

Sortland, den

_____ _____

Rådgiver HMS/Kvalitet Helse og omsorg Enhetsleder

Kilde: Sortland kommune

Revisor har også blitt forelagt en skriftlig rutinebeskrivelse som regulerer

- Hvem som kan gis tillatelse til å forestå legemiddelhåndtering
- Enhetsleders ansvar for opplæring av personale, jf. punktet over
- Hvilke grupper av medarbeidere som må gjennomføre hvilke typer kurs for å kunne håndtere legemidler
- Gjennomføring av grunnkurs i legemiddelhåndtering, herunder også avlegging av eksamen
- Gjennomføring av praktisk opplæring på avdelingsnivå
- Bruk av delegasjonsskjema, jf. utklippet ovenfor
- Fornyelse av delegasjon til legemiddelhåndtering
- Kompensasjon for gjennomført kurs utenfor arbeidstid

Fra kommuneadministrasjonen har revisor også blitt tilsendt rutinebeskrivelsen *Medisinlevering, HO Institusjon, Sjøgt bofelleskap og bofellesskap avd. Psykisk helse og rus*. Rutinebeskrivelsen fremgår i sin helhet av utklipp 7 nedenfor:

Utklipp 7. Medisinlevering

Formål

Pasientene skal få riktige medisiner til riktig tidspunkt og på riktig måte.

Omfang/Virkeområde

Personale på vakt med medisinkompetanse har ansvar for medisinutdelingen. Se på arbeidsplanen hvem som har ansvar for medisinutdeling på hver enkelt vakt.

Ansvar

Medisinansvarlig har ansvar for å følge rutinen

Aktivitet/beskrivelse

- Skaff deg oversikt ved vaktstart over de medisiner som skal deles ut i løpet av vakten.
- Trekk medisintralle ut av fellesarealet for å få ro under medisinutdeling.
- Tilstreb å gi medisinen før måltid.
- Medisinen legges i medisinbeger før utdeling.
- Påse at pasienten tar medisinen med drikke (helst vann).
- Ikke forlat pasienten før en er sikker på at medisiner er tatt.
- Hvis det er behov for å knuse medisin og blande i mat, skal man informere pasienten om at det er medisin de får.
- Hvis du er usikker på om medisinen kan knuses, så sjekkes dette på multidosearket.
- Kvitter for gitte medisiner.
- Kontroller om alle medisiner er gitt før vaktens slutt.
- Hvis medisiner av ulike grunner ikke blir tatt/gitt, dokumenter i cosdoc og gi muntlig rapport.

Dobbelkontroll

Formålet med dobbelkontrollen er å sjekke at riktig medisin er delt ut til riktig tid/pasient og å sjekke at signeringsliste er signert.

Personell som har delegasjon ift legemiddelhåndtering og som går på vakt sammen med medisinansvarlig skal gjennomføre dobbelkontroll opp mot signeringsliste og ordinasjonsark.

Sjekkpunkter:

- Etter medisinutdeling, kontrollere multidose/dosetter, vær nøye med å kontrollere tidspunkt
- kontrollere at det er signert i signeringsliste for medikamentene som er gitt, herunder rett tidspunkt
- kontroller at det er signert for andre medikamenter som skal gis (plaster, D-vitamin, Laxoberal ol...)
- Kontroller ordinasjonsark opp mot signeringsliste
- Hvis medisiner av ulike grunner ikke er blitt gitt/tatt, gi beskjed til medisinansvarlig
- Signer signeringsliste dobbelkontroll før vaktslutt

Kilde: Sortland kommune

Revisor har blitt forelagt *Handlingsplan Kvalitet for Psykisk helse og rus* for både 2021 og 2022. Planene er relativt like med henblikk på oppbygning, og revisor finner det tilstrekkelig å omtale kun den siste av dem her. Handlingsplanen angir en rekke målsetninger eller forhold som ønskes videreutviklet, tiltak relatert til disse forholdene/målene, angivelse av hvem som er ansvarlig for tiltakene, når tiltakene skal utføres/være gjennomført, og status pr. 1.4.2022.[28] Eksempler på forhold/målsetninger som fremgår av planen, er:

- Kvalitetsutviklingsarbeidet skal være en del av det daglige arbeidet
- Bruke Compilo
- FACT-team som fast tilbud
- Avvik skal dokumenteres og følges opp
- Styrke brukermedvirkning
- Forankring av kvalitetsarbeidet hos alle ansatte
- Deltjenestene sine roller og arbeidsfelt

Revisor har også mottatt dokumentet *Handlingsplan Virksomhetsmål for psykisk helse og rus 2022*. Planen er bygget opp på samme måte som ovennevnte handlingsplan for *kvalitet*: Den angir en rekke målsetninger eller forhold som ønskes videreutviklet, tiltak relatert til disse forholdene/målene, angivelse av hvem som er ansvarlig for tiltakene, når tiltakene skal utføres/være gjennomført, og status. Flere av tiltakene i planen har, etter revisors syn, direkte relevans for tjenestekvaliteten overfor innbyggere med ROP-lidelser. Dette gjelder særlig tiltak som er sortert under forholdet/målsetningen «Tilpassede brukerstyrte tjenester med et mestringsfokus».

Fra kommuneadministrasjonen har revisor fått opplyst at de ovennevnte handlingsplanene ligger tilgjengelig elektronisk for de ansatte – i kommunens kvalitetssystem.

Videre har vi blitt forelagt noen rutinebeskrivelser som angår bestemte deler av tjenestene som produseres ved *Avdeling for psykiske helse og rus* (og også i andre deler av kommunens helse- og omsorgstjenester.)

Dokumentet *Kartleggingsmal første samtale, HO psykisk helse og rus* er opprettet med følgende uttrykte formål: *«Det skal gjennomføres kartlegging av tjenestebehov på alle brukere av tjenesten.*» Alle nye tjenestemottakere innenfor avdelingen skal ha innkomstsamtale.

[28] Revisor mottok handlingsplanen (og en del andre dokumenter) fra kommunen pr. e-post den 20.4. i år.

Utklipp 8. Kartleggingsmal første samtale, psykisk helse og rus

KARTLEGGINGSMAL FØRSTE SAMTALE:

Bruker får informasjon om:

- Hensikt med kartleggingssamtale
- Journal, retten til innsyn, mulighet til reservasjoner.
- Iplosregistrering
- Hvilket tilbud vi har ved avdeling for psykisk helse og rus.

Kartlegging:

- Gjennomgang på om opplysningene på hovedkort stemmer: Navn, adresse, telefonnummer, siviltilstand, nærmeste pårørende og fastlege.
- Har bruker oppfølging av spesialisthelsetjeneste (DPS) eller fra andre instanser i kommunen. (støttekontakt, praktisk bistand, hjemmesykepleie eller NAV)
- Brukers beskrivelse av de psykiske helseproblemene, og gjennomgang av det som står i henvisning.
- Medisiner
- Boforhold
- Omsorg for barn
- Søvn og døgnrytme
- Somatiske helseproblemer
- Problemer med rus eller spill
- Jobb, utdanning
- Hobbyer / fritidsaktiviteter
- Nettverk
- IPLOS
- Hva er viktig for bruker
- Hvem som mener bruker bør få oppfølging fra psykisk helse og rus. Brukers motivasjon til å søke hjelp
- Hvilken oppfølging bruker ønsker.

PRAKTISK

- Alle som vi ser har behov for langvarige og sammensatte tjenester skal informeres om IP, koordinator og søkeprosess.
- Vi gir info om selvhjelpskurs på NHI og sender link på sms til de som ønsker det.
- Vi gir råd og veiledning vedrørende psykisk helse og rus når vi ser det hensiktsmessig. (Det vil fremkomme i journalføringen hvilke råd bruker har fått)
- Vi gir veiledning på hvor man kan søke hjelp dersom bruker har behov for bistand på flere områder. Som familievernkontor og NAV
- Samtykkeerklæring fylles ut, bruker får info om hva det innebærer og at samtykket kan trekkes tilbake hvis bruker ønsker.
- Hovedforløp 2 og 3 får info om vedtak, alle får info om tiltaksplan og FIT.
- Det gis informasjon om videre saksgang og eventuell ventetid.

Vi har også blitt forelagt skjemaet *Kartlegging av tjenestebehov*. Dette dokumentet synes å gjelde kommunens helse- og omsorgstjenester generelt, og tar form av et rent registreringsskjema. Dette skjemaet og andre dokumenter vi har mottatt fra kommunen, vedrører såkalt IPLOS-registrering. IPLOS er en forkortelse for *individbasert pleie- og omsorgsstatistikk* og er et norsk, offentlig register som drives av Helsedirektoratet. Registeret inneholder informasjon om alle som har søkt eller mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester. IPLOS-registrering skal skje i henhold til en veileder, og er en del av den kommunale saksbehandlingen med hensyn til tildeling av helse- og omsorgstjenester. I skjemaet Kartlegging av tjenestebehov skal kommunens saksbehandlere krysse av for tjenestemottakerens funksjonsnivå med hensyn til ulike variabler (som for eksempel «bevege

seg utendørs, bevege seg innendørs, alminnelig husarbeid, skaffe varer og tjenester, personlig hygiene osv.).

Et annet av dokumentene vi har blitt forelagt, er *Vedtak, HO Psykisk helse og rus*. Dokumentet angir hvilke tjenestemottakere som skal ha enkeltvedtak. Videre vises det til hvordan saksbehandlingen skal foregå, hvilken informasjon som skal innhentes samt hvilke vurderingskriterier som skal legges til grunn for å vurdere hva som i det enkelte tilfellet utgjør forsvarlig helsehjelp.

Vi har også blitt forelagt dokumentet *Tiltaksplan HO, psykisk helse og rus*. Innledningsvis i dokumentet er følgende formål formulert:

«*Tjenesten skal jobbe målrettet med å forebygge og redusere problemutvikling, og fremme brukerens mestring av eget liv. Levekår har betydning* [for] *psykisk helse. Vi kartlegger levekårsfaktorene og vurderer hvilke bistandsbehov bruker har på andre områder enn psykisk helse. Ved behov samarbeider vi med andre instanser.*»

Det angis i dokumentet at tiltaksplanen skal utarbeides i begynnelsen av behandlingsforløp – av primærkontakt og bruker. Primærkontakt har ansvar for jevnlig evaluering og oppdatering når behovene endres. En tiltaksplan skal redegjøre for dagens situasjon og behov hva angår:

- Familie/nettverk
- Arbeid/skole/dagtilbud
- Bolig
- Økonomi
- Psykisk helse
- Medisin
- Somatisk helse
- Spesialisthelsetjeneste

Se for øvrig kapittel 5 nedenfor som omhandler samhandling og koordinering av tjenester

I dokumentet *Individuell plan, HO felles*, vises det innledningsvis til gjeldende regelverk. Deretter redegjøres det i dokumentet for:

- Hensikten med individuell plan
- Generelle beskrivelser av innholdet i individuell plan
- Ansvarsfordeling tilknyttet individuell plan
- Prosessen ved utarbeidelse av individuell plan
- Hva individuell plan skal omhandle
- Hvilket format planen bør ha
- Evaluering av individuelle planer
- Hvem som skal ha tilgang til den enkelte individuelle plan
- Kompetansehevende tiltak med hensyn til individuelle planer

Koordinatorers ansvar er nærmere beskrevet i dokumentet *Koordinator individuell plan, HO Felles*. Se utklipp 9 på neste side.

Utklipp 9. Koordinators ansvar

Ansvar

Koordinators oppgave er iflg Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator:

- Å legge til rette for at brukeren deltar i arbeidet med sin individuelle plan, om ønskelig sammen med pårørende.
- Å sikre god informasjon til og dialog med brukeren gjennom hele planprosessen.
- Å være brukerens kontaktperson og ressurs i tjenesteapparatet.
- Å innkalle til og lede møter knyttet til individuell plan.
- Å følge opp, evaluere og oppdatere planen.
- Å evaluere samarbeidsformen, koordinatorrollen og møtene.
- Å sikre informert samtykke fra brukeren når det er nødvendig.

Aktivitet/beskrivelse

Nærmere beskrivelse av koordinator oppgaver i Sortland kommune, Helse og omsorg:

- Opprette kontakt med planeier (evt. nærmeste pårørende ved manglende samtykke kompetanse).
- Innhente skriftlig samtykke fra planeier (evt. nærmeste pårørende ved manglende samtykkekompetanse) til utarbeidelse av individuell plan, samt utveksling av opplysninger. Benytt gjeldende samtykkeskjema
- Gi aktuelle personer (planeier, pårørende, fagpersoner, evt. andre) elektronisk tilgang til DIPS samspill, ihht avtale/samtykke fra planeier (evt. nærmeste pårørende).
- Gi plandeltakere innføring i programmet DIPS Samspill.
- Sørge for at det utarbeides individuell plan (herunder kartlegging av planeiers behov og ressurser, utarbeiding av målsetninger på bakgrunn av kartlegging, planlegging av tiltak, evaluering). Under utarbeidelse av IP benyttes programmet DIPS Samspill. Planeier/pårørende og aktuelle fagpersoner forventes å bidra aktivt i prosessen. Koordinators oppgave er å legge til rette for at det utarbeides individuell plan, samt være kontaktperson og ressurs. Utarbeidelse av IP skal hele tiden skje i god dialog med planeier.
- Innkalle til ansvarsgruppemøter som er knyttet til IP, og sørge for at det skrives referat fra møtene.
- Evaluere samarbeidsform, møter og behov for IP. Avslutte IP arbeid når behov opphører.

Koordinering av møter som ikke inngår i den helhetlige planen (f.eks møter om individuell opplæringsplan), inngår ikke i koordinatoransvaret.

Kilde: Sortland kommune

Risiko- og sårbarhetsanalyser

I dokumentet *ROS tjenestekvalitet, HO felles* beskrives det hva en risiko- og sårbarhetsanalyse er, hva den kan omfatte, når den bør gjennomføres, og hvilke ulike trinn den bør deles inn i:

Utklipp 10. ROS tjenestekvalitet, HO felles

ROS tjenestekvalitet kan omfatte følgende:

- Det foreligger gjentatte observasjoner av risiko og mindre alvorlige hendelser i en bestemt arbeidsprosess, for eksempel håndtering av henvisninger og legemiddelhåndtering.
- Medarbeidere anser at en arbeidsoppgave eller en bestemt situasjon er risikofylt, for eksempel informasjonsoverføring.
- Uønskede hendelser har inntruffet et annet sted i helsetjenesten (eller å lære fra andre kommuners tilsyn), men kunne ha skjedd i egen virksomhet.
- Områder der avdelingen har mottatt klager
- Områder der avdelingen har avvik
- Det er gjort flere hendelsesanalyser innenfor et område, men man vurdererat det fremdeles er betydelig risiko.

Før planlagte endringer:

ROS tjenestekvalitet kan også være verdifullt å gjennomføre i forkant av planlagte endringer. som f.eks

- Ny teknologi skal innføres, for eksempel nye IKT-verktøy.
- En ny medisinsk metode, medisinskteknisk utstyr eller annen type ny prosess skal iverksettes.
- Endringer i organisasjonen, for eksempel sammenslåing av ulike virksomheter, ferieavvikling eller innføring av annen driftsmodell i helg og ferier.

En risiko- og sårbarhetsanalyse har følgende trinn:

1. beskrive analyseområde
3. identifisere og vurder risiko
4. identifisere bakenforliggende årsaker
5. forslå tiltak for oppfølging
7. beslutte tiltak
8. evaluere og følge opp tiltak

Kilde: Sortland kommune

Videre har vi blitt forelagt «Risikoanalyse nr. 1 år 2020» fra *Avdeling for psykisk helse og rus*. Analysen tar form av et skjema der ulike «uønskede hendelser», deres mulige årsaker og deres mulige konsekvenser er identifisert og gitt en vurdering med henblikk på

- Sannsynlighet (fra «svært lav» til «svært høy»)

og

- konsekvens (fra «svært lav» til «svært høy»)

Sytten konkrete risikoforhold er identifisert og vurdert i planen, og disse fremstår relevante med hensyn til tjenestekvalitet og bruker-/pasientsikkerhet. Eksempelvis er følgende uønskede hendelser og forhold vurdert som kjennetegnet av høy sannsynlighet og av høy konsekvens i analysen:

- Manglende datakunnskap
- Manglende dokumentering i elektronisk saksbehandlingssystem
- At ansatte ikke finner og ikke bruker rutinebeskrivelser i kvalitetssystemet

For hver type risiko er det også formulert *tiltak* i analysedokumentet. Revisor har spurt avdelingslederen hvordan denne risikoanalysen har blitt fulgt opp. Avdelingsleder opplyser at risikobildet er nokså uendret – også etter gjennomføring av ny ROS-analyse i 2022. Avdelingsleder har hatt en gjennomgang med alle ansatte med henblikk på å kartlegge om de opplever å ha tilstrekkelig kunnskap om journalsystemet. Tilbakemeldingene/resultatene varierer de ansatte imellom, ifølge avdelingsleder. Tidligere avdelingsleder har drevet opplæring på dette området. Kommunalsjef for helse og omsorg opplyser at tiltak som skal gjennomføres som følge av en ROS-analyse, skal overføres til avdelingens handlingsplan (kvalitet). Videre viser han til at det også gjennomføres ROS-analyser på individnivå i de tilfellene det vurderes være særlig risiko for selvmord eller særlig risiko for trusler, vold eller seksuelle krenkelser fra tjenestemottakerne mot personalet.

Eksplisitte refleksjoner over foreliggende og tiltrengt kompetanse

I dokumentet *Registrering av kompetansebehov i Sortland kommune for 2022* omtales helse og omsorg spesifikt. Dokumentet inneholder drøftinger av hvilken formell og uformell kompetanse som trengs innenfor tjenesteområdet, hvordan den kan oppnås, hvilke målgrupper kompetansehevende tiltak skal rettes mot, hvordan opplæring skal organiseres – og av hvem, samt tidspunkt, antall deltakere og anslåtte kostnader. Noen av de foreslåtte kompetansebehovene/tiltakene fremstår særlig relevante med hensyn til tilbudet overfor hjemmeboende tjenestemottakere med ROP-lidelse, herunder:

- Riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten
- Økt kompetanse om selvskading, tvangsatferd, personlighetsforstyrrelser, angst, seksualisert atferd og spiseforstyrrelser
- Kurslederopplæring i kurs i depresjonsmestring
- Målrettet miljøterapi
- CosDoc (Opprettelse og bruk av handlingsplan, skrive vedtakstekst og vedtak)

Det gjelder flere av tiltakene at tidspunkt, antall deltakere og anslåtte kostnader ikke er fylt ut.

Vi har blitt forelagt *Kompetanse- og rekrutteringsplan for Avdeling for psykisk helse og rus 2022-2024*. Planen, som fremstår som et dokument under utarbeidelse, inneholder følgende hovedpunkter:

- Overordnede lokale mål og føringer
- Fremtidige utfordringer

- Hovedoppgaver og nødvendig kompetanse
- Avdelingens kompetansebeholdning[29]
- Strategier for å anskaffe og utvikle kompetanse
- Tiltaksplan

Vi har også blitt forelagt avdelingens kompetanse- og rekrutteringsplan for perioden 2020-2022. Den er bygget opp med tilsvarende hovedpunkter som ovennevnte plan. Under følgende punkter mangler det informasjon og/eller analyse i begge planene:

- *Avdelingens kvalitetsmål*
- Et skjema som angir
    - *Utfordringer, mål, satsingsområder som krever endring av vår kompetanse*
    - *Kompetanse vi har for å løse oppgavene*
    - *Kompetanse vi trenger for å løse oppgavene*
- Spørsmålet: *«Har vi ubrukt kompetanse?»*
- *Strategier for å anskaffe og utvikle kompetanse*

Kommuneadministrasjonen opplyser at det med jevne mellomrom gjøres kartlegginger av hva slags kompetanse de ansatte ved avdelingen har. Ved nyansettelser er det noen typer fagkompetanse som den nyansatte fort bør tilegne seg dersom vedkommende ikke allerede har den. Eksempler på slik kompetanse er *kognitiv terapi* og *motiverende intervju.* Avdelingsleder ved *Avdeling for psykisk helse og rus* gir uttrykk for at ikke ser noen store mangler ved avdelingens samlede fagkompetanse pr. nå. Pr. juni 2022 er det planlagt kursing av nyansatte i motiverende intervju. Enkelte typer kompetanseutvikling ved avdelingen har blitt utsatt på grunn av koronapandemien.

Avvik, klager og brukererfaringer

Av kommunens hjemmesider fremgår det at det er etablert et eget brukerutvalg for psykisk helse og rus. Brukerutvalget består av kommunalsjef for helse og omsorg, avdelingsleder for psykisk helse og rus, og tre representanter for brukere og pårørende. På kommunens nettsider ligger det referater fra møtene i brukerutvalget. Det nyeste referatet stammer fra et møte den 6.12.2021. Revisor har i tillegg blitt forelagt et referat fra et møte i brukerutvalget den 14.3.2022.

Det er også opprettet et mer overordnet brukerutvalg for rus og psykisk helse. Dette utvalget består av kommunalsjef for helse og omsorg, avdelingsleder for rus og psykisk og representanter for Mental Helse, Anonyme alkoholikere og Landsforeningen for pårørende i psykiatrien.

I dokumentet *Erfaringskonsulent arbeidsbeskrivelse, HO Psykisk helse og rus* vises det til at Sortland kommune «har erfaringskonsulent for å styrke brukermedvirkning på systemnivå og utvikle samarbeidet med bruker- og pårørendeorganisasjoner. Stillingen skal være brobygger mellom bruker- og fagmiljø. Fra arbeidsbeskrivelsen hitsettes:

[29] Innholdet under dette punktet er gjengitt på side 12 i kapittel 3 i denne rapporten.

Utklipp 10. Erfaringskonsulent

3. Stillingens ansvarsområde

- Bringe inn brukerperspektivet i faggruppen
- Bringe inn brukerperspektivet i kommunalt planarbeid
- Være tilgjengelig for henvendelser fra pårørende og samarbeidspartnere
- Delta i- og utvikle ulike lærings- og mestringstiltak for målgruppen
- Individuell brukeroppfølging i samarbeid med miljøterapeut i tjenesten
- Tilby likemannssamtaler
- Delta i kommunalt forebyggende arbeid innenfor reduksjon av rusmiddelbruk.
- Delta i erfaringskonsulent-nettverk i Vesterålen og i Helseregionen.

Det må påregnes ettermiddags- og kveldsarbeid enkelte dager
Erfaringskonsulent skal ikke være hovedansvarlig i oppfølging på individnivå

4. Øvrige hovedoppgaver

Oppgavene avtales mellom enhetsleder og efaringskonsulent.

5. Ideelle kvalifikasjonskrav

- Egenerfaring som rusmiddelavhengig, men har over tid hatt et avklart og rusfritt forhold til dette.
- Erfaring som bruker av hjelpeapparatet innenfor rus/psykisk helse

- God skriftlig og muntlig framstillingsevne
- Gode IT- kunnskaper

6. Kriterier for vurdering av jobboppfyllelse

- Arbeide etter de mål som er vedtatt for Helse og omsorg og for egen avdeling.
- Tilfredse brukere og pårørende.
- Et godt samarbeid med overordnede og kollegaer.
- Erfaringskonsulenten oppfattes som serviceorientert.
- Egen utvikling og oppdatering.

Kilde: Sortland kommune

Stillingen erfaringskonsulent ved *Avdeling for psykisk helse og rus* er pr. juni 2022 besatt.

Revisor har videre blitt forelagt dokumentet *Mottak og behandling av klager, HO, felles.* I dokumentet angis det innledningsvis at kommunalsjefen for helse og omsorg har det overordnede ansvaret for klagebehandling. Avdelingsledere har ansvar for saksbehandling av klager i tråd med prosedyren. Assisterende kommunalsjef skal gjennomgå alle klagesaker og sende ut endelig svarbrev til klagestiller. Kommuneoverlegen er medisinskfaglig rådgiver og kan gi uttalelser ved behov. Videre inneholder dokumentet instrukser for klager på ansatte/tjenester, klage på vedtak/enkeltvedtak og klage på feilbehandling. Kommuneadministrasjonen opplyser at det ikke har vært noen klager fra pasienter eller brukere ved *Avdeling for psykisk helse og rus* det siste halvannet året. Fra spesialisthelsetjenesten har det kommet noen klager med hensyn til samhandlingsavvik. Det føres ikke egen klagestatistikk, men klager arkiveres i egne mapper i saksbehandlingssystemet WebSak.

I dokumentet *Registrering og behandling av avvik, HO felles* angis det innledningsvis at dokumentet er opprettet med følgende formål: *«Løpende registrering av avvik er en metode for å forebygge, avdekke, rette opp og gi tilbakemelding om overtredelser av sosial- og*

helselovgivningen. Avvik skal brukes til forbedring av våre tjenester.» Videre defineres «avvik» som «*uønskede hendelser eller brudd på kvalitetskrav, prosedyrer, retningslinjer og lover som skal sikre pasientene gode og trygge helse- og omsorgstjenester.»* Dokumentet angir videre at også «(…) *forhold som kunne ha ført til et avvik skal vurderes registrert, selv om det gikk bra denne gangen. Det er viktig å rapportere tilløp til feil og ulykker, spesielt hvis årsak skyldes manglende opplæring eller manglende prosedyrer. Dette for å hindre at ulykker skjer*.» Fra dokumentet hitsettes:

Utklipp 11. Fra «Registrering og behandling av avvik, HO felles»

Melder

- Alle medarbeidere plikter å melde avvik som blir oppfattet og erfart. Også leder kan melde avvik som ansatt.
- Avvik skal meldes elektronisk i Compilo
- Det er viktig at korrekt hendelsestidspunkt blir registert.
- Personer skal ikke navngis i avviksmelding. Bruk evt. initialer (ansatte) eller CosDoc-nr.(bruker)
- Avvikskategoriene er til bruk for statistikk - det er beskrivelsen av hendelsen og hva som ble gjort i etterkant som gir grunnlag for forbedring og forebygging.
- Det kan gjøres avtale med leder om manuell registering i de tilfellene ansatte ikke er registrert bruker i avvikssystemet. Manuelt skjema er vedlagt prosedyren. Avdelingsleder er ansvarlig for å legge avviket inn i Compilo.

Behandler

I tillegg til å være avviksbehandler for avvik, skal leder motivere og legge til rette for at ansatte kan registrere avvik, bidra til en "åpenhetskultur" og en kontinuerlig "forbedringskultur" hvor det blir signalisert at det er akseptert å gjøre utilsiktede feil.

- Behandler får e-post-varsel når nytt avvik er meldt.
- Behandler tar i mot avviket og starter behandlingen straks i.h.t denne prosedyre. Det skal i utgangspunktet defineres tiltak for alle avvik (ikke bare legge inn kommentar.
- Behandler har 21 dager på seg til å behandle avviket før det videresendes til dennes leder.
- Behandler har ansvar for at det blir gjennomført årsaksvurdering, iverksatt tiltak, og gjort forbyggende arbeid for å unngå tilsvarende hendelser senere.
- Avvik skal ikke lukkes før konkrete tiltak er gjennomført. F.eks.: det er ikke tilstrekkelig å skrive at noe skal tas opp på et møte. Avvik lukkes først etter at tiltak er gjennomført. Tiltak skal også føres opp i avdelingens handlingsplan for Kvalitet.
- Hver avdeling har kvalitetsgruppe som skal gjennomgå alle registrerte avvik, se prosedyre kvalitetsgruppe Det er nærmeste leder som eier avviket og sørger for korrekt håndtering i det elektroniske avvikssystemet.
- Det er en skjønnsmessig vurdering hva slags avvikskategori som blir valgt av melder. Behandler skal korrigere kategori og alvorlighetsgrad når behandler ser det blir feil ift statistikk. En slik endring skal begrunnes i kommentarfeltet.
- Dersom behandler ikke har nødvendig myndighet eller kompetanse til å vurdere avviket, skal avviket sendes videre til overordna leder eller andre med spesial-/fagkompetanse.
- I utgangspunktet skal ikke avvik videresendes ut av linja. Det må i så fall være muntlig avtalt på forhånd.
- Oversikten over registrerte avvik er en del av dokumentasjonen som legges til grunn for risikovurdering i enhet/avdeling.
- Ansatte skal bli orientert om status avvik på personalmøter. Avviksmeldingen skal bli synliggjort ved at det blir tatt ut statistikker. Dette skal også være et fast tema på kvalitetsgruppemøtene.
- Leder har rapporteringsplikt til overordnet ledelse
- For å sikre at avvikene skal kunne håndteres umiddelbart, skal ledere legge inn vikar for rollen sin når de har fravær fra arbeidsplassen som gjør at de ikke kan følge opp avviksmeldingene. Det må være en vurdering fra leder ift risikobildet på arbeidsplassen om vikar er nødvendig allerede ved 2-3 dagers fravær, men det *skal* legges inn vikar når fraværet varer i 1 uke eller mer. Hvis leder ikke rekker å legge inn vikar, for eksempel ved ikke-planlagt fravær, kan systemadminsitrator legge inn vikar (se manual for å legge inn vikar).
- Selv om leder har satt inn vikar og ikke har behandlerrolle, har de fortsatt mulighet til å gå inn og lese avvik.

Kilde: Sortland kommune

Fra kommuneadministrasjonen opplyses det at det legges betydelig innsats ned i å motivere de ansatte til å melde ifra om avvik når de opplever slike. Avvik registreres i kvalitetssystemet og brukes som grunnlagsinformasjon i kvalitets- og samarbeidsmøter.

Revisor har bedt om – og blitt forelagt - oversikt over avvik og uønskede hendelser ved *Avdeling for psykisk helse og rus* for årene 2021 og så langt i 2022. Dokumentasjonen vi har blitt forelagt, viser at det for denne avdelingen foreligger et system der avvik blir registrert, og der det også genereres data/gjøres vurderinger om avvikenes alvorlighet. I systemet registreres

det også hvor lang tid det går før avvikene blir «lukket». Flere ulike kategorier av avvik fremgår av oversikten som revisor har blitt forelagt, herunder blant annet:

- Legemiddelavvik
- Manglende tilstedeværelse
- Ikke utførte oppdrag
- Manglende journalføring
- Manglende etterlevelse av skriftlig prosedyre
- Oversittelse av gjeldende tidsfrister

Fra kommuneadministrasjonen opplyses det at brukererfaringer diskuteres i brukerutvalgene. Det er imidlertid i senere tid ikke gjennomført spørreundersøkelser blant tjenestemottakerne i denne målgruppen, fordi tidligere erfaringer tilsier at responsraten blir for lav til at et brukbart datamateriale oppnås.

Medvirkning fra ansatte

I ovennevnte dokument Registrering og behandling av avvik, HO felles, vises det til at det «i avvikssystemet» også er mulig å melde forbedringsforslag. Dette er forslag som kan bidra til kvalitetsforbedring uten at det nødvendigvis er oppstått et avvik eller en uønsket hendelse på forhånd.

Avdelingsleder ved *Avdeling for psykisk helse og rus* opplyser at det ikke er noen fast rutine for medarbeidersamtaler ved avdelingen. Sist dette ble gjennomført, var før koronapandemien. Hver sjette uke gjennomføres det personalmøte ved avdelingen. Revisor har bedt om – og blitt forelagt – referater fra de to sist gjennomførte personalmøtene pr. slutten av juni i år. Av sakslistene for de to møtene fremgår det at kvalitetsforbedring, kompetanseheving og HMS-rutiner er blant temaene på slike møter.

Sortland kommune har også skriftlige rutinebeskrivelser for «trepartsmøter». Det uttrykte formålet med disse møtene er å sikre ansatte medbestemmelse og medinnflytelse over egen arbeidssituasjon og arbeidsplass. Møtene gjennomføres hver sjette uke med leder, tillitsvalgt og verneombud på arbeidsplassen. Det fremgår av den skriftlige rutinebeskrivelsen revisor har blitt tilsendt, at helse, miljø og sikkerhet (HMS) er det overordnede temaet på disse møtene.

4.2. Pliktene til å evaluere og korrigere

Revisors funn

Vi har blitt forelagt flere dokumenter med relevans for pliktene til å evaluere og korrigere virksomheten i kommunens helse- og omsorgstjenester generelt, og rus- og psykiatri-tjenestetilbudet spesielt.

I rutinebeskrivelsen *Ledelsens gjennomgang, HO Adm* angis det innledningsvis at det minst en gang årlig skal *«(….) foretas systematisk gjennomgang og vurdering av hele styringssystemet opp mot mål, handlingsplaner, tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Ledelsens gjennomgang skal i hovedsak besvare:*

- *Oppnås ønskede mål og handlingsplaner?*
- *Overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger?*

- *Fungerer styringssystemet som forutsatt og bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten?»*

Fra dokumentet hitsettes:

Utklipp 12. Fra «Ledelsens gjennomgang, HO Adm»

Aktivitet/beskrivelse

	Aktivitet	Tips og hint
1	Forberedelse	Innhente informasjon om HMS og kvalitet gjennom sjekklistene **ledelsens gjennomgang**. Sjekklistene inneholder bl.a punkter innenfor områdene: • Avviksstatistikk • Sykefravær • Resultat fra revisjoner • Tilbakemelding fra pasienter/pårørende • Resultater fra risikovurderinger • Måloppnåelse (kvalitet/økonomi)
2	Gjennomføring	En godt forberedt og gjennomført kartlegging kan hjelpe ledelsen med å synliggjøre muligheter for forbedring og læring. • Analysere informasjon som er innhentet og vurdere om det er muligheter for forbedringer og behov for endringer. • Evaluere status på handlingsplaner, måloppnåelse og bruk av ressurser. • I den grad målene ikke er nådd er det vikitg å alalysere årsakene til dette og definere tiltak som skal iverksettes for å oppnå forbedring. Dette inkluderer fastsetting av nye mål og tiltak for å nå målene

	Aktivitet	Tips og hint
3	Resultat fra gjennomgangen	Tiltak defineres på områder der det er behov for endring eller forbedring. Behov for endring kan være knyttet til • kvalitetsmål/HMS-mål, • tjenestetilbud, • pasientforløp (internt og ift sykehus) • ressursbehov (kompetanse og kapasitet). • kvalitets- og/eller HMS-systemet (måten arbeidet planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres på)
4	Oppfølging og kontroll	Sikre at tiltak og handlingsplaner blir fulgt opp og det blir kontrollert at gjennomførte tiltak har fungert etter sin hensikt.

Rådgiver HMS/Kvalitet har ansvar for å utarbeide forslag til sjekkliste Ledelsens gjennomgang ift Helse og omsprgs kvalitetsmål og overordnede handlingsplan. Oppdatert sjekkliste skal godkjennes av kvalitetsutvalg Helse og omsorg.

Sjekklisten sendes ut til enhetslederne i juni.

Enhetsleder og kvalitetsgruppen fyller ut kartleggingsskjemaet "ledelsens gjennomgang" i desember/januar hvert år. Frist for innsendelse er 10. januar påfølgende år.

Informasjonen sammenfattes i en rapport samlerapport. Status fra oppfølgingspunkter fra forrige gjennomgang inkluderes i rapporten.

Kommunalsjefen og ledergruppen gjennomfører et møte hvor resultatene gjennomgås.

Konklusjoner fra ledelsens gjennomgang dokumenteres i rapporten.Endelig rapport behandles i kvalitetsutvalg Helse og omsorg. Tiltak innarbeides i handlingsplan kvalitet for avdeling, tjenesteområde og overordnet nivå.

Kilde: Sortland kommune

Vi har også blitt forelagt konkrete eksempler på praktisering av rutinen som beskrives i ovennevnte dokument. Fra dokumentet *Ledelsens gjennomgang 2021* (for *Avdeling for psykisk helse og rus*) hitsettes:

Utklipp 13: Fra «Ledelsens gjennomgang»

Nr	Spørsmål	Ja	Nei	Kommentar
1.0	2.0 **Kvalitet**			
3.0 1	4.0 Er ROS tjenestekvalitet gjennomført som del av det systematiske kvalitetsarbeidet på avdelingen?	x		
2	Har avdelingen kvalitetsmål og oppdatert handlingsplan kvalitet?	X		
3	Antall gjennomførte møter i kvalitetsgruppen i 2021:			
4	Har avdelingen hatt eksternt tilsyn ift kvalitet og pasientsikkerhet i rapporteringsåret?	x		Tilsynsmyndighet:KOMREV Ikke fått endelig rapport Antall avvik: Antall avvik lukket:
5	Er alle avdelingens rutiner revidert innen frist i Compilo?		x	
6	Totalt antall meldte kvalitetsavvik i rapporteringsåret:			20
7	Antall behandlede avviksmeldinger:			10
8	Antall mottatte klagesaker fra pasienter og pårørende:	x		1 sak
9	Er det utarbeidet kompetanseplan i avdelingen?		x	Videreførte eksisterende
10	Har personellet gyldig delegasjon for legemiddelhåndtering/Insulin? (Svar kun i de avd der spm er relevant)		X	
11	Har avdelingen tilbakekalt systemtilganger for ansatte som har sluttet eller byttet tjenestested i kommunen?	X		
12	Blir IPLOS-registreringer oppdatert fortløpende?	X		
13	Hvordan vurderer du personalets kompetanse på dokumentasjon i EPJ?			Varierende, har gjennomgang på behov og oppløring ut fra den.
14	Hvordan vurderer du personalets kompetanse på forebygging av tvang og makt?			God
15	Er det gjennomført ROS smittevern og praktisk trening i avdeling?	x	x	Praktisk trening er ikke gjennomført
16	Hvilke tiltak er satt inn for å få ned antall legemiddelavvik? (Beskriv i kommentarfelt)			Gjennomgang og strengere praktisering av legemiddelhåntering.

Kilde: Sortland kommune

For årene 2020 og 2019 har vi mottatt tilsvarende dokumenter fra avdelingen.

Dokumentasjon revisor har mottatt, tyder på at denne typer årlige gjennomganger leveres fra avdelingene og deretter legges til grunn for en oppsummering for helse- og omsorgstjenestene som sådan.

For helse- og omsorgstjenestene utarbeides det også årsrapporter som spesifikt omhandler tjenestekvalitet. Rapporten for 2021 er svært kortfattet, men for 2020 foreligger det en relativt omfattende rapport. Rapporten er bygget opp på samme måte som kommunens handlingsplaner for kvalitet i helse- og omsorgstjenestene[30]. Den omfatter, satsingsområder, tiltak under de ulike satsingsområdene, tidsfrist, ansvar og status pr. 31.12.2020.

[30] Jf. kapittel 4.1 ovenfor.

Det følger som vist ovenfor av dokumentet *Kvalitetsutvalg HOMS, HO Felles* at kvalitetsgruppene ved de ulike avdelingene i helse- og omsorgstjenestene skal jobbe med følgende:

Utklipp 14: Kvalitetsgruppens oppgaver

Kvalitetsgruppens oppgaver

- Utarbeide kvalitetsmål for avdelingen. Evalueres årlig
- Ansvar for at avdelingens handlingsplan for kvalitet blir utarbeidet og fulgt opp.
- Følge opp oppdrag fra kvalitetsutvalget HO og enhet.
- Ha oversikt over lover, forskrifter og interne rutiner som gjelder for sin avdeling.
- Utarbeide forslag til nye lokale rutiner samt revidere eksisterende rutiner. Dra inn fagpersoner i dette arbeidet etter behov. Rutiner som kun gjelder avdelingen utarbeides lokalt og godkjennes av enhetsleder. Rutiner som kan gjelde for flere avdelinger skal sendes til enhetens Kvalitetsutvalg for godkjenning
- Gjennomgå avviksmeldinger og utarbeide forslag til korrigerende og forebyggende tiltak. Avdelingens handlingsplan for kvalitet oppdateres med nye oppgaver
- Gjennomgå avviksmeldinger samt nye og reviderte rutiner på personalmøter
- Motivere, veilede og støtte de ansatte til aktiv bruk av kvalitetssystemet
- Tilrettelegge for systematisk opplæring i innholdet i kvalitetssystemet.
- Gjennomgå klager som er kommet inn til avdelingen.

Kilde: Sortland kommune

Revisor har bedt om og blitt forelagt referater fra de - pr. juni 2022 - tre siste møtene i kvalitetsgruppa ved *Avdeling for psykisk helse og rus*. Referatene viser aktivitet i gruppa, og at denne jobber med saker i henhold til sine pålagte arbeidsoppgaver.

I rutinebeskrivelsen *Revisjon av rutiner og kvalitetssystem* vises det innledningsvis til at *«Rutinene skal revideres når det er nødvendig på grunn av ny kunnskap, ny praksis eller når det stilles nye krav i lover, forskrifter, veiledere eller rundskriv. Alle rutiner skal minimum revideres årlig.»* I dokumentet skilles det mellom fortløpende revisjoner og faste revisjoner.

Utklipp 15. Fra «Revisjon av rutiner og kvalitetssystem»

Fortløpende revisjoner

- Hver enkelt medarbeider er ansvarlig for å si ifra til sin nærmeste leder hvis en mener at en rutine bør revideres/endres.
- Enhetsleder drøfter endringene med assisterende kommunalsjef eller rådgiver HMS/Kvalitet. Revidering av praktiske/administrative forhold som spesifikt gjelder en enkelt avdeling gjøres lokalt av enhetsleder. Endringene drøftes i kvalitetsgruppen og gjennomgås på personalmøtet.
- Assisterende kommunalsjef/Rådgiver HMS/Kvalitet er ansvarlig for revisjon av rutiner som gjelder tjenesteområder og overordnet for helse og omsorg.
- Kommunalsjef HO er ansvarlig for revisjon av overordnede rutiner som gjelder Helse og omsorg

Faste revisjoner

Alle kvalitetsrutinene skal revideres hvert år. Dette gjøres ved at den som er satt som revisor på hver enkelt rutine får revisjonsvarsel i Compilo etter 365 dager. Revisor går igjennom rutinen for å se om den skal oppdateres ift praksis eller endring i lovverk og interne planer. Revisor må også sjekke at alle lenker er oppdatert. Hvis rutinen er i hht lovverk, dagens praksis og alle lenker fungerer, kan funksjonen "hurtigrevisjon" velges. Dersom det er behov for å gjøre endringer i selve rutinen, velges "arbeidskopi". Etter at endringer er foretatt, må rutinen publiseres på nytt. Revisjonsansvarlig kan sende rutinen videre for revisjon dersom han mener at andre fagpersoner har nødvenig kompetanse på det aktuelle området. Hvem som skal stå som revisor på dokumenter er beskrevet i Retningslinjer for dokumentstruktur og dokumenthåndtering i kvalitets- og avvikssystemet Compilo, felles SK. Brukermanual for dokumentmodulen i kvalitets- og avvikssystemet Compilo beskriver hvordan en teknisk går fram for å revidere rutiner,

Kilde: Sortland kommune

Fra kommuneadministrasjonen opplyses det at kvalitetssystemet fungerer slik at når en ansatt legger inn en skriftlig rutinebeskrivelse i det, opprettes det også en «eier» av rutinebeskrivelsen.

Denne er ansvarlig for revisjon av rutinebeskrivelsen, og vedkommende får varsel når det nærmer seg revisjonstid. Revisjonstiden varierer fra tilfelle til tilfelle, men alle rutinebeskrivelsene skal revideres årlig.

Fra dokumentet *Revisjon av rutiner og kvalitetssystem* hitsettes også følgende:

Utklipp 16: Fra «Revisjon av rutiner og kvalitetssystem»

Systematisk gjennomgang av kvalitetssystemet, internrevisjon

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller i § 9c krav til å «Forbedre nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet».

Kvalitetsutvalg HO har ansvar for å velge tema og sette ned ei gruppe som skal foreta revisjonen. Se også Utarbeidelse av kvalitetsrutiner, felles HO

For å sjekke at kvalitetssystemet fungerer i praksis, gjennomføres det årlig ledelsens gjennomgang og kartleggingen ROS Tjenestekvalitet.

Kilde: Sortland kommune

I ovennevnte dokument beskrives videre hvordan kvalitetsutvalget for helse og omsorg skal gjennomføre internrevisjoner av kvalitetssystemet rettet mot bestemte tema eller avdelinger i kommunens helse- og omsorgstjenester. Det vises videre under overskriften *Evaluering* til følgende spørsmål:

- Blir rutinene revidert årlig?
- Blir rutinene revidert ved ny kunnskap?
- Blir hele kvalitetssystemet revidert annethvert år?
- Blir revisjonsvarselet sendt i rett tid?
- Ble avdelingens dokumentasjon gjennomgått?
- Ble revisjonsrapporten sendt ut til avtalt tid?

Også i dokumentet *Organisering av kvalitetsarbeidet, HO felles* er det formulert noen spørsmål som uttrykkelig settes i sammenheng med evaluering:

Utklipp 17. Fra «Organisering av kvalitetsarbeidet, HO felles»

Evaluering av det systematiske kvalitetsarbeidet

1. Har Helse og omsorg overordnet mål og handlingsplan kvalitet?
2. Har hver avdeling mål og handlingsplan ift kvalitetsutvikling?
3. Har alle avdelinger møter i kvalitetsgruppene etter møteplan?
4. Er kvalitetsarbeidet med satsningsområder godt kjent blant alle ansatte?
5. Gjennomføres revisjoner regelmessig?

Kilde: Sortland kommune

Se kapittel 7 for revisors vurderinger.

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.

6 RUTINER FOR Å MEDVIRKE TIL Å SKAFFE BOLIG

Har kommunen rutiner for å medvirke til å skaffe bolig til personer med rus- og psykiatrilidelser?

6.1 Sortland Boligstiftelse: Omsorgsboliger og gjennomgangsboliger

I 1993 besluttet kommunestyret i Sortland kommune at det skulle etableres en boligstiftelse, *Sortland Boligstiftelse*, og at kommunens boligmasse skulle overføres til denne. *Kommunalsjef for Helse og omsorg* viser til at flere kommuner gjorde det samme, gjerne ut fra en forståelse av at kommunene selv ikke hadde god nok kompetanse til å forvalte og vedlikeholde boliger.

Kommunalsjef omtaler Sortland Boligstiftelse som et boligsosialt verktøy for kommunen. Revisor har fått oversendt stiftelsens vedtekter, som sist ble revidert i november 2018, hvor det fremgår at SB er en selveiende institusjon som har til formål å forvalte den kommunale boligmassen, samt forestå oppføring av nye boliger for å dekke kommunens behov. Det fremgår også at stiftelsen har et *særlig ansvar for å skaffe boliger til vanskeligstilte*. Ifølge vedtektene har stiftelse et styre som skal forvalte den i samsvar med dens formål, vedtekter og gjeldende regelverk. Styret skal bestå av leder og fire andre medlemmer, hvorav leder og tre andre medlemmer skal oppnevnes av kommunestyret. Ett av disse medlemmene skal oppnevnes etter innstilling fra beboerne, og rådmannen[34] skal sitte i styret.

Boligstiftelsen har to typer boliger disponibelt til vanskeligstilte; gjennomgangsboliger og omsorgsboliger. Ved årsskiftet 2021-2022 eide stiftelsen ifølge daglig leder 154 gjennomgangsboliger og 118 omsorgsboliger. Kommunalsjef for Helse og omsorg har opplyst at boligstiftelsen også forvalter rundt 100 boliger på vegne av kommunen. For disse kommunalt eide boligene er det inngått forvaltningsavtale hvoretter stiftelsen mot vederlag tar seg av kontraktsinngåelse, inn- og utflytting og innkreving av husleie på vegne av kommunen. Stiftelsen har også opprettet – og er forretningsfører for - borettslaget *Sørmo Borettslag*. Leilighetene er klausulerte, som vil si at de ikke selges på det åpne markedet, men til målgruppen til en gitt pris. Målgruppen er den samme som for boligstiftelsen.

Tildeling av omsorgsbolig

Kommunen har oversendt skriftlig rutine for tildeling av omsorgsbolig. I nevnte rutine er boligtypen definert som en fysisk tilrettelagt bolig for den som på grunn av alder, nedsatt funksjonsevne eller sykdom har behov for det. Det er tjenestekontoret som tildeler omsorgsboliger etter en helhetlig helse- og omsorgsfaglig vurdering. Momenter av betydning for vurderingen er blant annet behov for tilknytning til helse- og omsorgstjenesten, omfanget av behov for tjenester og tilretteleggingsmuligheter i nåværende bolig.

Det følger videre av *skriftlig rutine for tildeling av omsorgsbolig* at leiekontraktene kan tidsbegrenses etter en konkret vurdering. Ved tidsbegrensning under tre år skal tjenestekontoret sende begrunnelse for dette til boligstiftelsen, og det skal foreligge «særlige grunner». Ifølge nevnte rutine kan det eksempelvis være forhold ved den aktuelle tjenestemottakeren som tilsier at det er behov for å «prøve ut» leieforholdet, eller tilfeller hvor det er sannsynlig at vedkommende vil få en bedring i sin funksjonsevne.

[34] Nå *kommunedirektøren*

Ifølge daglig leder ved Sortland Boligstiftelse sendes melding om tildeling av omsorgsbolig til stiftelsen, som så sender ut tilbudsbrev. Av oversendt dokumentasjon fremgår videre at det er boligstiftelsen som tar seg av husleiekontrakt og praktiske forhold knyttet til innflytting.

Tildeling av gjennomgangsbolig
Gjennomgangsboliger tildeles til personer som ikke selv eller ved annen offentlig hjelp klarer å skaffe seg bolig. Disse boligene tildeles av et tverrfaglig møte, kalt vedtaksmøte, basert på stiftelsens retningslinjer. I vedtaksmøte, som avholdes hver tredje uke, gjennomgås nye søkere og det avgjøres hvem som er kvalifisert for tildeling av bolig. I møtene er NAV, barnevern, Avdeling for integrering, *Avdeling for psykisk helse og rus* og tjenestekontoret invitert til å delta. Tjenestekontoret møter kun dersom de har kandidater som trenger bolig, men som ikke trenger en særskilt tilrettelagt omsorgsbolig. Etter stiftelsens retningslinjer tilbys det som hovedregel en tidsbestemt leieavtale med en varighet på fem år, og det skal fattes enkeltvedtak ved både positivt vedtak om tildeling og ved avslag. Kommunen har opplyst at de fleste med kombinerte rus- og psykiatrilidelser, heretter kalt ROP-lidelser, har gjennomgangsboliger med leiekontrakter som i utgangspunktet er tidsbegrenset til fem år.

Av boligstiftelsens retningslinjer for tildeling av gjennomgangsbolig, fremgår det at søkeren må kunne antas å kunne mestre bosituasjonen og forpliktelser knyttet til denne, eventuelt ved hjelp av hjelpetiltak. Videre følger det at søkeren skriftlig må ha akseptert nødvendige hjelpetiltak før tildeling av bolig, og at søknad skal avslås ved manglende aksept. I møte med revisor har kommunalsjef for Helse og omsorg opplyst at kontrakt med nevnte vilkår ble tatt i bruk i 2020, og kontraktsteksten er et resultat av et samarbeid mellom kommunen og boligstiftelsen. Hensikten er å unngå å komme i en situasjon der bruker mister boligen sin på grunn av manglende bo-mestring. Ifølge kommunalsjef benyttes ikke kontrakter med slikt vilkår generelt ovenfor personer i ROP-gruppen, men der de ser et spesifikt behov, eksempelvis på grunn av erfaring med at bruker mistet forrige bolig.

Det er ikke avsatt bestemte boliger eller et bestemt antall boliger til personer med rus- og psykiatrilidelse, heretter kalt ROP-gruppen. Det tildeles boliger fra ovennevnte boligmasse etter behov, enten av tjenestekontoret (omsorgsbolig) eller tverrfaglig møte (gjennomgangsbolig.)

6.2 Øvrig boligsosialt arbeid overfor den aktuelle målgruppen

Foruten den ovenfor beskrevne, konkrete praksisen for – under bestemte vilkår – å tildele (midlertidige) boliger til innbyggere i den relevante målgruppen, anser revisor – i tråd med Rundskriv av 22. juni til lov om sosiale tjenester i NAV – at følgende spørsmål har vært relevant å kartlegge:

- Hvorvidt NAV bidrar med relevant kunnskap i den kommunale planleggingen
- Hvorvidt NAV gjør andre kommunale organer kjent med behovet for ordinære boliger og tilpassede boligløsninger for den aktuelle målgruppen
- Hvorvidt NAV samarbeider med andre instanser om tiltak som kan lette situasjonen for den her aktuelle målgruppen på boligmarkedet
- Hvorvidt NAV tilbyr tjenestemottakere råde og veiledning for å sikre en tilfredsstillende bosituasjon for den enkelte.
- Hvorvidt NAV bistår tjenestemottakere i den aktuelle målgruppen som kan ha behov for tjenester i boligen

- Hvorvidt NAV bistår tjenestemottakere som trenger bolig, for eksempel ved å hjelpe å finne aktuelle boliger, ta kontakt og delta i kontakt med utleiere m.m.

Praksisen ved *Avdeling for psykisk helse og rus* for å ivareta arbeidsoppgaver som de nevnt i kulepunktene over, er naturligvis også relevant i lys av helse- og omsorgstjenestenes medvirkningsansvar. Revisors intervjuer med NAV-leder og Avdelingsleder for psykisk helse og rus har blant annet vært strukturert rundt spørsmålene i kulepunktene ovenfor.

For at NAV-kontoret og *Avdeling for psykisk helse og rus* skal ha mulighet til å utøve sitt medvirkningsansvar gjennom å utføre arbeidsoppgaver som nevnt i punktene ovenfor, må det (naturligvis) foreligge et kunnskapsgrunnlag relatert til boligsituasjonen for kommunens innbyggere med psykisk sykdom og rusavhengighet.

Som nevnt i kapittel 4, har revisor blitt forelagt *BrukerPlan*-rapporter for Sortland kommune for henholdsvis 2019 og 2020. BrukerPlan er et verktøy som er utviklet av *Stavanger universitetssjukehus* – med to formål:

1. Å gi kommuner og helseforetak et relativt detaljert og oppdatert bilde av hvor mange mottakere av kommunens helse-, omsorgs-, og velferdstjenester som har en kjent rusrelatert problematikk eller psykiske helseproblemer. Hva er deres livssituasjon og funksjonsnivå? Hvilke helse- og omsorgstjenester, tjenester fra NAV, spesialisthelsetjeneste og andre tjenesteytere mottar disse tjenestemottakerne?
2. Å gjøre det mulig for kommunene å vurdere hvilke tjenestemottakere som bør prioriteres og hvor stor etterspørsel etter tjenester som kan forventes framover

Siste gang slik kartlegging ble gjennomført var i 2020, og kommunen har oversendt resultatet av denne til revisor. I kartleggingen har kommunen, i hovedsak ansatte ved *Avdeling for psykisk helse og rus*, vurdert blant annet levekårsvariabelen «bosituasjon» for innbyggere i to grupper; «Rusproblem» og «Kun psykisk problem». Resultatene fremgår av utklipp 18 nedenfor.

Utklipp 18. Fra Sortland kommunes BrukerPlan-rapport 2020

	Rusproblem		Kun psykisk problem	
Bosituasjon		Antall(andel)		Antall(andel)
Permanent og tilfredsstillende		21 (44%)		96 (76%)
Ikke permanent/tilfredsstillende		26 (54%)		30 (24%)
Bostedsløse eller bor tilfeldig		1 (2%)		0 (0%)

Som det fremgår av tabellen ble flertallet av innbyggere i kategorien «kun psykisk problem» vurdert til å ha permanent og tilfredsstillende bosituasjon, men det gjaldt likevel 30 av disse individene at kommunen vurderte at de hadde en bosituasjon som ikke var permanent og ikke tilfredsstillende. I den andre gruppen; «Rusproblem» ble over halvparten av innbyggerne vurdert som ikke å ha permanent og ikke tilfredsstillende bosituasjon. En av individene i denne gruppa ble registrert som bostedsløs eller tilfeldig boende.

Leder ved *Avdeling for psykisk helse og rus* uttrykt at han anser at dette handler om oppsamling av personer med samme problematikk på ett sted, tidsbegrensede leiekontrakter og trangboddhet. Revisor understreker at tallmaterialet som ligger til grunn for utklipp 18 altså stammer fra noen år tilbake i tid.

Det gjennomføres også, ifølge NAV-leder, vanligvis samarbeidsmøter mellom NAV og Avdeling for psykisk helse og rus fire ganger i året. Under koronapandemien har møtefrekvensen vært lavere.[35] I ansvarsgruppemøter tilknyttet enkeltindivider kan boligsituasjon også være tema. Både NAV og Avdeling for psykisk helse og rus er ofte representert på slike møter. NAV mottar også meldinger relatert til enkeltindividers boligsituasjon – fra Avdeling for psykisk helse og rus, Sortland Boligstiftelse og private utleiere. De ovennevnte tverrfaglige vedtaksmøtene (for tildeling av gjennomgangsboliger), der NAV, boligstiftelsen og Avdeling for psykisk helse og rus deltar, er også (selvfølgelig) en arena for utveksling av informasjon om aktuelle enkeltindividers boligsituasjon.

Som NAV-leder viser til i intervju med revisor, er naturligvis også samtaler med den enkelte tjenestemottaker en viktig kilde til informasjon. I *skjema for førstegangssamtale* legges det opp til at det skal stilles spørsmål om boforhold. Det samme gjelder den ovennevnte kartleggingsmalen for første samtale hos Avdeling for psykisk helse og rus.

Som vi viser til i kapittel 4 og 5, bruker Avdeling for psykisk helse og rus tiltaksplaner. I dokumentet *Tiltaksplan HO, psykisk helse og rus* fremkommer det at en tiltaksplan skal inneholde redegjørelser for situasjon og behov med hensyn til, blant annet, *bolig*. Revisors mappegjennomgang indikerer imidlertid at dette i mange tilfeller ikke blir inntatt i planene. Avdelingsleder for psykisk helse og rus opplyser at med mindre tjenesten mottar konkrete opplysninger eller selv gjør observasjoner som tilsier behov for bistand på boligområdet, er det ikke vanlig at bolig inngår i dette planarbeidet. Eventuelle viktige endringer i den enkelte tjenestemottakers boligsituasjon vil imidlertid bli fanget opp av den aktuelle behandleren hos Avdeling for psykisk helse og rus.

Når det gjelder de aktuelle tjenestenes *medvirkning i kommunal planlegging*, finner revisor at Sortland kommune som en del av nasjonal strategi for boligsosialt arbeid; «Bolig for velferd» (2014-2020) deltok i pilotprosjektet «Boligsosiale hensyn i helhetlig kommunal planlegging». Eksplisitte mål for arbeidet var:

- Å jobbe frem et egnet kunnskapsgrunnlag på boligområdet og det boligsosiale området
- Å jobbe for at boligsosiale hensyn ble integrert i kommunens planverk
- Å iverksette tiltak i tråd med målsetningene i den nasjonale strategien «Bolig for velferd» - gjennom en helhetlig tilnærming

Som en del av prosjektet har Sortland kommune utarbeidet dokumentet *Boligsosialt kunnskapsgrunnlag 2019 – Innspill til boligpolitisk plan og boligsosiale hensyn i helhetlig kommunal planlegging*. Både NAV og *Avdeling for psykisk helse og rus* har deltatt i dette arbeidet. I dokumentet opplyses det om vesentlige boligsosiale utfordringer knyttet til innbyggere med psykisk sykdom og rusavhengighet, herunder:

- Uegnede boliger og i flere tilfeller brukerutfordringer med å mestre boforhold
- Problemer med samhandling og koordinering på grunn av uklarheter i lovverk

Revisor finner at kommunestyret i Sortland vedtok en boligpolitisk plan den 16. juni i år. NAV Sortland ga høringsuttalelse til planforslaget. I høringsuttalelsen ble viktigheten av å ivareta bolig for vanskeligstilte fremhevet, og det ble også formidlet konkrete behov; blant annet

[35] NAV har også med jevne mellomrom møter med for eksempel barnevern og politi. Også i disse møtene kan boligsituasjonen blant innbyggere med psykisk sykdom og rusavhengighet bli tematisert, ifølge NAV-leder.

- 8-10 boliger som kunne knyttes opp mot hjemmetjeneste, *Avdeling for psykisk helse og rus*, og NAV
- Fem forsterkede boliger for utsatte grupper med dårlig boevne
- Kartlegging av bostedsløse

Gjennom deltakelsen i ovennevnte planarbeid har både NAV *og Avdeling for psykisk helse og rus* bidratt til å gjøre andre deler av kommunen kjent med boligbehovet blant innbyggere med psykisk sykdom og rusavhengighet. Både NAV-leder og kommunalsjef for helse og omsorg understreker dette overfor revisor.

Avdelingsleder for psykisk helse og rus formidler utfordringer og behov til kommunalsjef for helse og omsorg. Fra NAV leder fikk vi opplyst at NAV i nylig har blitt enige med politiet om blant annet å videreformidle skriftlig til kommunedirektøren at tilstrømningen av ukrainske flyktninger til kommunen fører til at innbyggere med psykisk sykdom og rusavhengighet blir presset ut av det private boligmarkedet og blir boende på, blant annet, campingplasser.

Når det gjelder bistand til enkeltbrukere fra NAVs side, tar denne form av blant annet:

- Opplysning om relevante tjenestetilbud
- Melding om tjenestetilbud til tjenestekontoret
- Gjeldsrådgivning
- Frivillig og tvungen forvaltning
- Startlån
- Botilskudd
- Bostøtte
- Boligveiledning
- Kontakt med private utleiere

NAV-leder uttrykker et ønske om at tjenesten fremover – i større grad enn nå – også skal benytte seg av hjemmebesøk for å avdekke utfordringer og dermed få et bedre vurderingsgrunnlag for bistand og veiledning.

Avdeling for psykisk helse og rus bistår individer i den aktuelle målgruppen ved blant annet å etablere kontakt med NAV om den type bistand som skisseres ovenfor. Avdelingen bistår også med søknader om bolig eller søknad om forlengelse av leieforhold til Sortland Boligstiftelse samt etablering av leieforhold mellom tjenestemottakere og private utleiere. Hvis det er aktuelt for tjenestemottakere å eie – i stedet for å leie – bolig, bistår avdelingen også i slike prosesser.

NAV treffer ikke enkeltvedtak om bistand på det boligsosiale feltet. Revisor forstår uttalelse fra NAV-leder dithen at denne praksisen vil bli endret, slik at boligsosial bistand til enkeltindivider vedtaksfestes. Ved *Avdeling for psykisk helse og rus* er det heller ikke praksis å fatte enkeltvedtak om boligsosial bistand. Det skal journalføres dersom det for eksempel er opprettet kontakt eller gjennomført møter med relevante aktører i enkeltsaker.

Når det gjelder samordning og samhandling med hensyn til bolig, viser kommunalsjef for helse og omsorg til at de ovennevnte FACT-teamene også jobber med de aktuelle enkeltindividenes boforhold.

NAV-leder gir uttrykk for at kommunens samordning av tjenester til mennesker med psykisk sykdom og rusavhengighet kunne og burde ha vært bedre. Han viser til at ansvaret for

boligveiledning til enkeltindivider i denne gruppa, erfaringsmessig «skyves mellom sektorene». Bakgrunnen for dette er uklart regelverk og utilstrekkelig samhandling, ifølge NAV-leder. Dersom NAV eksempelvis melder en sak til tjenestekontoret fordi en ut ifra omfanget av bistandsbehov anser at ansvaret ligger hos helse- og omsorgstjenesten – og tjenestekontoret uten å melde ifra til NAV avslår søknad om helse- og omsorgstjenester – kan en innbygger i denne gruppa lett havne i en gråsone og «gå seg bort» dersom tjenestene ikke er tett nok på hverandre, sier NAV-leder. På bakgrunn av en erkjennelse av denne typen risiko, har NAV-leder valgt å omorganisere tjenesten fra og med neste år. Sosialtjenesten skal deles inn i et *forvaltningsteam* og et *oppfølgingsteam*. Forvaltningsteamet skal motta søknader, kartlegge og behandle søknader/henvendelser om opplysning, råd og veiledning og økonomiske stønader. Oppfølgingsteamet skal forestå rådgivnings- og veiledningsvirksomhet, yte bistand i forbindelse med søknader overfor andre offentlige tjenester, koordinere samarbeid med andre instanser/etater, eventuelt fatte vedtak om individuelle planer, og medvirke/bistå i forbindelse med boligbehov. NAV-leder legger til grunn at oppfølgingsteamet skal jobbe helhetlig med de aktuelle individene og være en koordinerende ressurs.

Kommuneadministrasjonens og boligstiftelsens representanter peker på flere utfordringer relatert til innbyggere med psykisk sykdom og rusavhengighet sin stilling på boligmarkedet i kommunen:

- Flere individer i gruppa har behov for bistand for å klare å beholde boligen de disponerer
- Tilstrømning av flyktninger fra Ukraina de siste månedene har gitt kommunen større utfordringer med å dekke boligbehov
- Det er for få *tilpassede* boliger til å dekke behovet i målgruppa
- Enkelte brukere i målgruppa har som akutte, midlertidige løsninger blitt forlagt på campingplasser og hotell

Se kapittel 7 nedenfor for revisors kommentar til de ovenfor presenterte funn.

7 REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJONER

Som vi redegjør for i kapittel 3, har våre funn og vurderinger under problemstilling 2 (samordning og koordinering overfor enkeltindivider) relevans for konklusjonen på problemstilling 1 (styringssystem). Spørsmålet om hvorvidt kommunen har rutiner for å sikre et tilbud i henhold til regelverket til hjemmeboende personer med ROP-lidelser, jf. problemstilling 1, dreier seg *også* om hvorvidt kommunen har rutiner for å sikre samhandling i tråd med gjeldende regelverk, herunder individuell plan og koordinator jf. problemstilling 2. I våre vurderinger og konklusjoner, slik disse fremstilles nedenfor, tar vi hensyn til dette.

Revisors vurderinger: Styringssystemet for rus- og psykiatritjenesten

- *Revisor vurderer at Sortland kommune **oppfyller** revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for rus- og psykiatritjenestetilbudet.*

Revisor anser, med henvisning til fremstillingene i kapittel 4 ovenfor, at Sortland kommune har et relativt velutviklet kvalitetssystem som inneholder flere relevante plandokumenter, rutine- og tjenestebeskrivelser med relevans for planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av kommunens rus- og psykiatritjenestetilbud.

- *Revisor vurderer at Sortland kommune **i stor grad, men ikke fullt og helt, oppfyller** revisjonskriteriet å planlegge Avdeling for psykisk helse og rus sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *Revisor vurderer at Sortland kommune **i stor grad, men ikke fullt og helt, oppfyller** revisjonskriteriet å gjennomføre Avdeling for psykisk helse og rus sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Som det fremgår av våre fremstillinger ovenfor, er det etablert og uttrykt målsetninger for kommunens helse- og omsorgstjenester generelt – og innenfor områdene psykisk helse og rusforebygging spesielt. *Avdeling for psykisk helse og rus* er på samme måte som kommunens helse- og omsorgstjenester ellers, beskrevet på et overordnet nivå på kommunens internettsider. Det foreligger spesifikke tjenestebeskrivelser for hjemmehjelp og hjemmetjeneste – som har relevans fordi hjemmetjenesten besørger medisinhåndtering overfor den aktuelle gruppen av tjenestemottakere. I kommunens kvalitetssystem inngår det skriftlige beskrivelser av en struktur for kvalitetsarbeidet, der ulike nivåer og rådsorganer er tildelt ansvaret for bestemte arbeidsoppgaver.

De foreliggende dataene viser etter revisors syn at kommunen innhenter opplysninger relatert til bruk av rusmidler og forekomsten av rusavhengighet og psykiske helseproblemer i kommunens befolkning. Datagrunnlaget i dokumentasjonen som revisor har blitt forelagt, er riktignok noen år gammelt.

Plandokumentene som revisor har blitt forelagt, indikerer at kommunen med henblikk på tjenestetilbudet til innbyggere med ROP-lidelser er bevisste på gjeldende regelverk. Dokumentene indikerer at kommunen på et overordnet nivå har en systematisk tilnærming til løpende vurderinger og videreutvikling av tjenestekvaliteten i kommunens helse- og omsorgstjenester generelt – og rus- og psykiatritjenestetilbudet spesielt. I flere av dokumentene revisor har blitt forelagt, fremgår det at kommunen har et bevisst forhold til områder innenfor de aktuelle tjenestene der det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav.

For flere sentrale arbeidsoppgaver innenfor *Avdeling for psykisk helse og rus*, er det utarbeidet skriftlige rutinebeskrivelser. Dette gjelder innkomstsamtaler, vedtak, tiltaksplaner og individuelle planer. Det foreligger også rutinebeskrivelser for kartlegging av tjenestebehov. Disse gjelder helse- og omsorgstjenestene generelt. I tillegg har revisor blitt forelagt sektorovergripende og avdelingsspesifikke rutinebeskrivelser for legemiddelhåndtering.

Kommunen dokumenterer at det ved helse- og omsorgstjenestene generelt og *Avdeling for psykisk helse og rus* spesielt reflekteres skriftlig rundt hvilken kompetanse kommunen er i besittelse av - og hvilken kompetanse som trengs utover dette. Plandokumentene på dette området som spesifikt gjelder *Avdeling for psykisk helse og rus*, fremstår imidlertid uferdige. Revisor ser grunn til å anta at manglene i disse dokumentene gjør at de ikke fullt fungerer etter hensikten.

Det er senest i 2020 dokumentert gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyse ved *Avdeling for psykisk helse og rus*, og kommunen har skriftlig rutinebeskrivelse for gjennomføring av slike analyser.

Når det gjelder brukermedvirkning, registrerer revisor at det er opprettet brukerutvalg ved *Avdeling for psykisk helse og rus* (og for kommunens helse- og omsorgstjenester generelt). Kommunen har dokumentert – gjennom referater – at det er aktivitet i brukerutvalget. Bruken av erfaringskonsulent ved *Avdeling for psykisk helse og rus* må videre antas til å styrke innslaget av brukerperspektiv ved avdelingens virksomhet.

Kommunen har opprettet skriftlige rutinebeskrivelser for mottak og behandling av klager samt registrering og behandling av avvik. Når det gjelder rutiner for ansattes medvirkning, registrerer revisor at det avholdes personalmøter ved *Avdeling for psykisk helse og rus*. Etter revisors syn må det antas at jevnlig gjennomføring av medarbeidersamtaler ville ha styrket de ansattes medvirkningsmuligheter ytterligere.

- *Revisor vurderer at Sortland kommune **oppfyller** revisjonskriteriet om å evaluere Avdeling for psykisk helse og rus sine aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

For kommunens helse- og omsorgstjenester er det etablert skriftlige rutiner for årlig gjennomgang av styringssystemet. Vi har mottatt dokumentasjon som sannsynliggjør at slike gjennomganger faktisk blir foretatt – både på overordnet nivå for hele tjenesteområdet og for *Avdeling for psykisk helse og rus*.

Kvalitetsgruppa ved *Avdeling for psykisk helse og rus* fremstår, etter den mottatt dokumentasjonen å dømme, sentral i arbeidet med evaluering og videreutvikling av tjenestetilbudet.

- *Revisor vurderer at Sortland kommune **til dels oppfyller** revisjonskriteriet om å korrigere Avdeling for psykisk helse og rus sine aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

I vurderingen av kommunens styringssystem for rus- og psykiatritjenester opp imot pliktene i § 9 i forskriften, har revisor lagt vekt på følgende forhold. Avdelingsleder viser til at risikobildet ved avdelingen er relativt uendret etter ROS-analysen som ble gjennomført i 2020. Etter revisors syn tyder dette på at kommunens innsats for å korrigere/forebygge avdekkede

risiko eller avvik, bør styrkes. De områdene som problematiseres i risikoanalysen for 2020, omhandler blant annet *manglende dokumentering av tjenestetilbudet*. Revisors mappegjennomgang med henblikk på problemstilling 2; samordning og koordinering av tjenester til tjenestemottakere i den aktuelle gruppen, tyder etter revisors syn på mangler i kommunens evne til å etterleve pliktene til korrigering, forbedring og forebygging, jf. § 9 i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Vi viser herunder til nedenstående vurderinger basert på nevnte mappegjennomgang.

Revisors vurderinger: Samordning og koordinering av tjenester

I de undersøkte mappene har revisor funnet tre dokumenterte tilbud om individuell plan og koordinator, i form av vedtak som fastslår at den aktuelle tjenestemottakeren oppfyller kriteriene for å få individuell plan – og at vedkommende er innvilget bistand til utarbeidelse av planen. I disse tre tilfellene har kommunen etter revisors vurdering ***oppfylt*** *revisjonskriteriene om til å tilby henholdsvis individuell plan og koordinator til tjenestemottakere som har behov for det*. Men – i flertallet av de undersøkte sakene der tjenestemottaker, så vidt revisor kan se, synes å ha behov for langvarige og koordinerte tjenester, fant revisor ingen *dokumenterte* tilbud om individuell plan og koordinator. I dette *flertallet av undersøkte saker har revisor* ***ikke grunnlag for å vurdere*** hvorvidt Sortland kommune har oppfylt revisjonskriteriene om å tilby individuell plan og koordinator. Revisor anser at dette funnet kan ses i sammenheng med den erkjente risikoen for at tjenestetilbudet ikke dokumenteres i tilstrekkelig grad, jf. ovennevnte risikoanalyse av 2020. Det kan tenkes at tilbud om individuell plan og koordinator har blitt formidlet muntlig i ett eller flere tilfeller, men dette har revisor ikke forutsetninger for verken å bekrefte eller utelukke.

Når det gjelder samtykke fra aktuelle tjenestemottakere til utarbeidelse av individuell plan, registrerer revisor at det i utvalget inngår fire tilfeller *der tjenestemottaker selv har søkt om* individuell plan (og koordinator). En underskrevet søknad om individuell plan må etter revisors syn ses som uttrykk for (at det er innhentet) et samtykke til at slik plan utarbeides. Revisor har imidlertid ikke grunnlag for å vurdere i hvilken grad søknaden reflekterer et *informert* samtykke. I de øvrige undersøkte tilfellene har revisor ikke forutsetning for å vurdere hvorvidt det er innhentet samtykke til utarbeidelse av individuell plan. Søknadene som foreligger i de fire tilfellene, har liten selvstendig verdi for revisors konklusjon – da revisor ikke har blitt forelagt noen utarbeidede individuelle planer for noen av tjenestemottakerne i utvalget. Det samme gjelder de fire dokumenterte samtykkene fra tjenestemottakere til utveksling av taushetsbelagte opplysninger blant deltakere/aktører i planarbeidet.

Revisor har ikke blitt forelagt noen individuelle planer for noen av de enkeltindividene som undersøkelsene omfatter, og vi har derfor ***ikke grunnlag for å gjøre vurderinger*** av kommunens utarbeidelse av slike planer opp imot innholdskravene som følger av regelverket. Det samme gjelder revisjonskriteriet relatert til brukermedvirkning. Vi har ikke grunnlag for å fastslå at mangelen på individuell plan i de gjennomgåtte mappene i *alle* tilfeller representerer en forsømmelse fra kommunens side. Utarbeidelse av individuell plan krever samtykke og medvirkning fra tjenestemottaker. Kommuneadministrasjonen opplyser imidlertid selv at når det gjelder de fem tjenestemottakerne som har vedtak der det fastlås at de har rett til – og dermed tilbys - individuell plan, finnes det bare i ett tilfelle en slik plan (med innhold). Som revisors fremstillinger i kapittel 5 viser, gjelder det i hvert fall i to tilfeller at den aktuelle tjenestemottakeren også selv har søkt om å få utarbeidet individuell plan. Videre viser altså avdelingsleder til at tiltaksplaner i stor utstrekning har blitt benyttet i stedet for individuelle planer. Revisor finner dermed å ha grunnlag for å vurdere at *Sortland kommune* ***ikke oppfyller***

revisjonskriteriet om å utarbeide individuell plan til alle tjenestemottakere som har behov for dette (og som ønsker slike planer).

Som det fremgår av revisors funn ovenfor, opererer Sortland kommune – for flere av tjenestemottakerne i det her aktuelle utvalget - med *tiltaksplaner*. Revisor ser at slike tiltaksplaner, forutsatt en hensiktsmessig bruk, ivaretar noen av de hensynene og funksjonene som individuelle planer skal ivareta. Revisors gjennomlesning av de konkrete tiltaksplanene vi ble forelagt, etterlater imidlertid tvil om hvorvidt disse planene er «levende dokumenter» med hensyn til planlegging og koordinering av tjenestetilbudet til den enkelte tjenestemottaker. Planene er heller ikke bygget opp på en måte som sikrer at alle hovedområdene for individuelle planer, jf. gjeldende forskrift[36], dekkes.

Selv om revisor, jamfør funnene, vurderingene og kommentaren ovenfor, har avdekket betydelige mangler i Sortland kommunes arbeid med koordinering og samordning på individnivå, indikerer også våre funn at det i praksis besørges en viss samordning og koordinering av tjenester til individer i den her aktuelle målgruppen. Ni av de femten tjenestemottakerne som inngår i vårt utvalg, var på undersøkelsestidspunktet under oppfølging av FACT-team. Revisor ser grunn til å legge noe vekt på dette i sin konklusjon nedenfor.

Revisors konklusjoner

På bakgrunn av ovenstående funn og vurderinger konkluderer revisor med at *Sortland kommune **til dels** har et tjenestetilbud for personer med rus- og psykiatrilidelser som er i tråd med nasjonalt regelverk, lokalt planverk og faglige anbefalinger på området.* Denne konklusjonen bygger på følgende delkonklusjoner:

- *Sortland kommune **har i stor grad, men ikke fullt og helt,** rutiner som skal sikre at personer som bor utenfor institusjon og som har rus- og psykiatrilidelser, gis et tilbud som er i henhold til regelverket. Revisor finner det dokumentert at mange av disse rutinene etterleves.*

- *Sortland kommune **etterlever i noen grad** regelverkets krav til samhandling, herunder koordinerte tjenester og individuell plan, for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenestebehov i den aktuelle gruppen av tjenestemottakere*

Revisor ser ikke, på grunnlag av de forhold vi viser til i kapittel 2 i denne rapporten, å ha grunnlag for å vurdere hvorvidt Sortland kommunes rutiner for å medvirke til å skaffe bolig til personer med rus- og psykiatrilidelser, er *gode nok* i lys av medvirkningsplikten som følger av henholdsvis sosialtjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Med henvisning til de departementale beskrivelsene av dagens regelverk som fragmentert og utydelig med hensyn til forpliktelsene kommunen egentlig har på det boligsosiale feltet, finner vi ikke grunnlag for utlede konkrete revisjonskriterier relatert til medvirkningsplikten, og dermed er vi avskåret fra å gjøre vurderinger av kommunens praksis på området.

Vi registrerer imidlertid at Sortland kommune har systemer for

[36] Med «gjeldende forskrift» menes her *forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* – som gjaldt på det tidspunktet for revisors undersøkelser. Innholdskravene til individuelle plan er i det vesentlige videreført i *forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester* – som trådte i kraft 1.8.2022.

- tildeling av (midlertidige) boliger til innbyggere med psykisk sykdom og rusavhengighet,
- kartlegging av bosituasjonen til enkeltindivider som inngår i ovennevnte gruppe
- veiledning og bistand til samme gruppe med hensyn til boligspørsmål,
- samhandling, kunnskapsutveksling og overordnet (plan)arbeid i kommunen på det boligsosiale feltet

Revisor finner at *det er etablert rutiner for å medvirke til å skaffe bolig til personer med rus- og psykiatrilidelser i Sortland kommune.* Som kommuneadministrasjonens representanter påpeker, er det like fullt boligsosiale utfordringer i kommunen. Revisors funn indikerer at kommuneadministrasjonen i tråd med dette arbeider for å videreutvikle sine systemer og rutiner på området.

8 ANDRE FUNN

Revisor mottok i slutten av mai i år informasjon fra Sortland kommune v/ kontaktperson om at *Avdeling for psykisk helse og rus* skal gjøres til en mer «recovery-basert» tjeneste. Det såkalte FIT-prinsippet er sentralt i denne omleggingen av tjenesten. FIT står for «Feedback-informerte tjenester», som innebærer at det innhentes tilbakemeldinger fra brukerne som tjenestene må ta på alvor. De som mottar behandling skal innrapportere sin vurdering av hva som er virksomt i behandlingen og hva som er viktig i relasjonen med behandler. To variabler er sentrale og måles i FIT-modellen:

1) Hvorvidt hjelpen virker
2) Hvordan alliansen (relasjonen) mellom bruker og terapeut oppleves

Arbeidet med denne omleggingen av tjenestetilbudet skal ha startet i mars i år. Arbeidet ledes av kommunepsykologen. Revisor har blitt forelagt et styringsdokument der det kortfattet redegjøres for bakgrunnen for ønsket om en omlegging av tjenesten. I styringsdokumentet vises det til at er lang venteliste ved kommunens rus- og psykiatritilbud. «*Mange med vedtak om hjelp må vente i lang tid for å få den*», opplyses det i dokumentet. Fra dokumentet hitsettes:

> *«Psykisk helse ble for noen år tilbake satt under press etter et politisk vedtak om kutt i budsjett for psykisk helse, som førte til kutt på to stillinger over to år. Dette medfører store endringer i rammene for tilbudet, men måten å arbeide på har ikke vært endret. Dermed har man sannsynligvis også gått fra en tjeneste som vaklet, men holdt seg flytende, til en tjeneste der noen får svært god hjelp, mens andre må vente urimelig lenge på hjelp fra kommunale helsetjenester. Med en lik arbeidsmåte som før kuttet, med mange langvarige forløp (og liten utskiftning), forløp som pågår, men er uten betydelig endring, mye tidsbruk på vedtak og administrasjon, har ventelistene økt. Tjenesten har ikke vært i stand til å gi hjelp etter befolkningens behov. For mange fører dette til at små problemer får fotfeste og middels problemer blir store. Det er et klart behov for en endret organisering av tjenesten for at vi skal få til å gi alle innbyggere lavterskel psykisk helsehjelp og rustjenester.»*

Revisor registrerer at det i styringsdokumentet beskrives et betydelig press mot kommunens rus- og psykiatritjenestetilbud, der flere innbyggere «må vente urimelig lenge på hjelp fra kommunale helsetjenester».

9 KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSE

Vi sendte vår rapport til kommunedirektøren den 8. september i år for en eventuell uttalelse fra henne. Etter uttalelsesfristens utløp den 22. september tok vi kontakt på nytt. Den 25. september meddelte kommunedirektøren oss pr. e-post følgende:

«Vi ønsker ikke å kommentere ut over det som allerede er spilt inn i prosessen.»

Et arbeidsutkast av revisors rapport ble tilsendt kommuneadministrasjonen (v/ revisors kontaktpersoner i anledning denne forvaltningsrevisjonen) den 16. august i år. Kommuneadministrasjonen ga revisor noen tilbakemeldinger på enkelte forhold i rapportutkastet i begynnelsen av september. Revisor forutsetter at det er disse innspillene kommunedirektøren sikter til i sin e-post av 25. september i år.

10 ANBEFALINGER

På bakgrunn våre funn, vurderinger og konklusjoner i denne rapporten anbefaler vi Sortland kommune

- Å vurdere behovet for videreutvikling sitt styringssystem med hensyn til tjenestetilbudet overfor innbyggere med psykisk sykdom og rusavhengighet, herunder:
  - Eventuelle tiltak for å styrke arbeidet med kartlegging og videreutvikling av kompetanse hos relevante medarbeidere
  - Jevnlig gjennomføring av medarbeidersamtaler ved *Avdeling for psykisk helse og rus*
  - Eventuelle tiltak for å styrke oppfølgingen av gjennomførte risiko- og sårbarhetsanalyser
- 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
- Å forbedre rutinene for dokumentering av tjenestetilbudet til innbyggere med psykisk sykdom og rusavhengighet

11 REFERANSER

- **Lov** nr. 30 av 24. juni 2011 om *kommunale helse- og omsorgstjenester* (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- **Lov** nr. 181 av 18. desember 2009 om *sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* (Sosialtjenesteloven)
- **Lov** nr. 63 av 2. juli 1999 om *pasient og brukerrettigheter* (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- **Forskrift** 28. oktober 2016 nr. 1250 om *ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- **Forskrift** av 16. desember 2011 nr. 1256 om *habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*[37]

- **Helsedirektoratet**: *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift*

- **St. meld**. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*

- **Rundskriv** av 22. juni 2012 *til lov om sosiale tjenester i NAV*

Sortland kommune:

  - Kommunens internettsider: www.sortland.kommune.no
  - Kommunale dokumenter:
    - *Kommunedelplan for helse, omsorg og folkehelse, 2015-2030*
    - *Rusmiddelpolitisk handlingsplan* for Sortland kommune, 2018-2020
    - *Boligsosialt kunnskapsgrunnlag 2019 – Innspill til boligpolitisk plan og boligsosiale hensyn i helhetlig kommunal planlegging*
    - *Boligpolitisk handlingsplan – Sortland kommune*
    - Fra kommunens kvalitetssystem:
      - *01. Om kvalitetssystemet. Mål og delmål*
      - *Tjenestebeskrivelse for hjemmesykepleie og andre helsetjenester i hjemmet*
      - *Tjenestebeskrivelse for personlig assistanse, praktisk bistand (hjemmehjelp) og opplæring i dagliglivets gjøremål*
      - *Utkast til tjenestebeskrivelse for individuell plan og koordinator*
      - *Om kvalitetssystemet, Ho felles*
      - *Organisering av kvalitetsarbeidet, HO felles*
      - *Kvalitetsutvalg HOMS, HO Felles*
      - *BrukerPlan*-rapporter for Sortland kommune, 2019 og 2020
      - *Handlingsplaner for kvalitet i helse- og omsorgstjenestene*, 2021 og 2022
      - *Delegasjon av myndighet – utdeling av medisin skjema, HO Felles*
      - *Medisinlevering, HO Institusjon, Sjøgt bofelleskap og bofellesskap avd. Psykisk helse og rus*
      - *Legemiddelhåndtering – opplæring, HO Felles*
      - *Handlingsplan Kvalitet for Psykisk helse og rus*, 2021 og 2022
      - *Handlingsplan Virksomhetsmål for psykisk helse og rus 2022*
      - *Kartleggingsmal første samtale, HO psykisk helse og rus*
      - *Kartlegging av tjenestebehov*
      - *Vedtak, HO Psykisk helse og rus*

[37] Nå endret – se delkapittel 2.2.

- *Tiltaksplan HO, psykisk helse og rus*
- *Individuell plan, HO felles*
- *Koordinator individuell plan, HO Felles*
- *ROS tjenestekvalitet, HO felles*
- *Risikoanalyse nr. 1 år 2020*
- *Registrering av kompetansebehov i Sortland kommune for 2022*
- *Kompetanse- og rekrutteringsplan for Avdeling for psykisk helse og rus 2022-2024*
- *Erfaringskonsulent arbeidsbeskrivelse, HO Psykisk helse og rus*
- *Mottak og behandling av klager, HO, felles*
- *Registrering og behandling av avvik, HO felles*
- *Oversikt over avvik og uønskede hendelser ved Avdeling for psykisk helse og rus, 2021 og 2022*
- *Ledelsens gjennomgang, HO Adm*
- *Ledelsens gjennomgang 2021, Avdeling for psykisk helse og rus*
- *Revisjon av rutiner og kvalitetssystem*
- *Skriftlig rutine for tildeling av omsorgsbolig*

Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner og fylkeskommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregnskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Troms og Finnmark fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, tolv kommuner i Nordland og 28 kommuner i Troms og Finnmark.

Vårt hovedkontor ligger i Harstad, og vi har avdelingskontorer i Tromsø, Narvik, Finnsnes, Bodø, Sortland, Sjøvegan, Leknes og Svolvær.

Vi har 45 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

Selskapet er uavhengig i forhold til kommuner, stat, privat næringsliv og andre institusjoner i samfunnet.

Vårt forvaltningsrevisjonsteam består av 14 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller i Sortland kommune:

Eierskapskontroll Vesterålskraft AS	*2021*
Tilpasset opplæring og spesialundervisning i grunnskolen	*2020*
Forvaltning, drift og vedlikehold av kommunale bygg	*2017*
Kommunens lønnskontrollrutiner	*2017*
Forebyggende arbeid blant barn og unge	*2016*
Kvalitet innen pleie og omsorg	*2015*
Iverksetting av politiske vedtak	*2014*
Ressursbruk i grunnskolen	*2012*
Ferieloven	*2011*
Selvkost Reno-Vest IKS	*2011*
Offentlige anskaffelser	*2010*
Økonomistyring omsorg	*2009*
Barneverntjenesten i Sortland kommune	*2007*
Brann og redning i Sortland kommune	*2007*
Evaluering organisasjonsmodell	*2006*

