



# Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder

Helse- og sosialavdelingen

Froland kommune  
Frolandsveien 995

4820 FROLAND

Deres ref.

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)  
2017/1552

Dato  
21.07.2017

## **Rapport etter tilsyn med Froland kommunes tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - Landsomfattende tilsyn 2017**

Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder gjennomførte tilsyn med Froland kommune 30. – 31.05.16. Vi undersøkte om kommunen yter helhetlige og koordinerte tjenester til brukere med psykiske lidelser og samtidig ruslidelse (ROP).

Tilsynet ble gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn.

Brukernes meninger om og erfaringer med tjenestetilbudet i kommunen er viktig informasjon for tilsynsmyndigheten, både når det gjelder kvaliteten på tjenestene og kommunens praksis når det gjelder brukerinvolvering. Et utvalg brukere har derfor blitt intervjuet ved dette tilsynet.

Tilsynet har hatt fokus på om kommunen, ved helse- og omsorgstjenesten og sosiale tjenester i Nav:

- Kartlegger brukernes helhetlige situasjon og behov for tjenester
- Gir oppfølging av rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer
- Samarbeider slik at tjenestene brukerne mottar er helhetlige og koordinerte
- Tilbyr og yter tjenester slik at brukere kan mestre å bo i egen bolig
- Ivaretar brukernes rett til å medvirke

Fylkesmannen finner at Froland kommune har mange elementer på plass for å få til et godt samarbeid internt, og med spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig fokus på systematisk kartlegging/utredning av mulig samtidig ruslidelse for brukere som kommer i kontakt med Psykisk helse og rus og/eller Nav. Somatiske helsetilstander og psykososiale forhold som kan påvirke psykisk helse og fungering, kartlegges og vurderes heller ikke systematisk. Manglende dokumentasjon av kartlegging og faglige vurderinger gjør det vanskelig å vurdere om det har skjedd svikt i oppfølgingen, men mye tyder på at brukerne får tilstrekkelig og helhetlig oppfølging når problemområder først blir avdekket.

Vi finner videre at brukerne i stor grad får et koordinert tjenestetilbud selv om få har individuell plan (IP). Vi har derfor ikke grunnlag for å konkludere med at oppfølgingen av brukere med psykiske lidelser og rusproblematikk ikke er forsvarlig, men manglende systematisk

kartlegging og mangler i internkontrollen på flere områder utgjør en uakseptabel stor risiko for at brukere ikke får rett hjelp til rett tid.

Fylkesmannen konkluderer med følgende:

**Avvik:**

Froland kommune sikrer ikke systematisk kartlegging av brukers helhetlige situasjon og mulige behov for tjenester.

**Merknad:**

Froland kommune må mer systematisk sikre vurdering av om tjenester og vedtak er i tråd med behovet. Det må gjøres fortløpende faglige vurderinger av tjenestebehov og dette må nedtegnes i journal. Vedtak må være i samsvar med faktisk tjenestebehov.

**Innhold**

1. Tilsynets tema og omfang
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag
5. Tilsynsmyndighetens konklusjon
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

## 1 Tilsynets tema og omfang

### I dette kapitlet beskriver vi hva som ble undersøkt i tilsynet.

Tilsynet er rettet mot kommunens tjenester til voksne personer over 18 år som har samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse som hver for seg eller samlet gjør at de har et funksjonstap som medfører behov for tjenester fra kommunen over tid.

Personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse er en uensartet gruppe, både når det gjelder alder, bakgrunn, hvilke rusmidler de bruker, hvilke psykiske lidelser de har og hvordan funksjonsnivået er på ulike områder. Mange faller utenfor behandlingstiltak, noen har problemer med å klare seg selvstendig i samfunnet og med å håndtere personlig økonomi, og mange har dårlig livskvalitet. De kan ha problemer med å ivareta egne interesser og behov, og står i fare for å pådra seg alvorlige helseproblemer. For at brukerne skal få adekvat hjelp er det viktig at hjelpebehov er tilstrekkelig kartlagt og at hjelpen samordnes.

Tilsynet inkluderer brukere uavhengig av hvilke rusmidler de benytter (alkohol, legemidler, illegale rusmidler) og uavhengig av om de har fått diagnostisert en ruslidelse. Tilsvarende gjelder for psykiske lidelser ved at tilsynet er rettet mot kommunens tjenester uavhengig av om personene har en psykiatrisk diagnose (bipolar lidelse, schizofreni, depresjon etc.). Det skiller heller ikke på om personene aktivt benytter rusmidler eller om de er i rehabilitering etter behandling for sitt rusmiddelbruk.

Fylkesmannen har undersøkt om kommunen legger til rette for og følger opp at personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse mottar individuelt tilpassede, samordnede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester.

Vi har undersøkt om kommunen, ved helse- og omsorgstjenesten og sosiale tjenester i Nav:

- Kartlegger brukernes helhetlige situasjon og behov for tjenester
- Gir oppfølging av rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer
- Samarbeider slik at tjenestene brukerne mottar er helhetlige og koordinerte
- Tilbyr og yter tjenester slik at brukere kan mestre å bo i egen bolig
- Ivaretar brukernes rett til å medvirke

Vi har undersøkt om kommunen systematisk kartlegger viktige områder som;

- rusmiddelbruk og psykisk helsesituasjon
- somatisk helsesituasjon
- hvilken hjelp brukere mottar fra kommunen, spesialisthelsetjenesten eller andre instanser (for eksempel private psykiatere/psykologer eller lavterskeltilbud)
- bosituasjon og behov for tjenester for å mestre å bo i egen bolig
- økonomi
- familie og annet nettverk, særlig om brukeren har omsorg for barn
- arbeid/aktivitet

Videre har vi sett på om brukerne får nødvendig hjelp innenfor alle områder de trenger det, og om kommunen har et system som sikrer at tjenestene samarbeider for å gi brukerne et helhetlig og koordinert tilbud. Når det gjelder samarbeid tenker vi både på internt samarbeid mellom kommunale enheter, Nav og fastleger m.m, og med spesialisthelsetjenesten der det er aktuelt.

Kommunens ansvar for å medvirke til å skaffe varig bolig til vanskeligstilte har ikke vært omfattet av tilsynet.

Tilsynet er gjennomført som en systemrevisjon. Dette innebærer at vi i tilsynet har undersøkt om kommunen gjennom god internkontroll sikrer forsvarlige tjenester. Spesielt når flere instanser er involvert i tjenesteytingen er det viktig at overordnet ledelse legger til rette for og følger opp at nødvendig samhandling fungerer på tvers av organisatoriske enheter.

Vi har i tilsynet undersøkt hvordan kommunens ledelse følger med på at styringen av tjenestene fungerer som forutsatt og er tilstrekkelige for å gi forsvarlige tjenester.

## 2 Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

**Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med den kommunal helse- og omsorgstjenesten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 2, og med sosiale tjenester i Nav etter sosialtjenesteloven § 9.**

**Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.**

### Forsvarlighetskravet

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.)<sup>1</sup> og sosialtjenesteloven (sotjl.)<sup>2</sup> slår fast at kommunen er forpliktet til å sørge for forsvarlige tjenester. Regelverket sier følgende:

- Kommunen er ansvarlig for at alle tjenester som utformes og ytes etter sosialtjenesteloven er forsvarlige, jf. sotjl. § 4.
- Kommunen skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. hol. § 3-1. Alle tjenestene som tilbys eller ytes i kommunen skal være forsvarlige, jf. hol. § 4-1.

Hva som er faglig forsvarlig endrer seg i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatning, og bestemmes av normer utenfor loven, som anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Ethvert avvik fra god praksis vil ikke nødvendigvis være uforsvarlig. Det er utarbeidet flere publikasjoner og kilder som er aktuelle for dette tilsynet:

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS-1948) utgitt av Helsedirektoratet (heretter kalt ROP-retningslinjen).
- Rundskriv til sosialtjenesteloven utgitt av Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2012.
- Veileder til bruk ved økonomisk rådgivning. Nav september 2013. Sist endret april 2016.
- Veileder til sosialtjenesteloven § 17 - utgitt av Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2014.
- Sammen om mestring. Veileder i psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (IS-2076). Utgitt av Helsedirektoratet i 2014.

Beskrivelsene i faglige retningslinjer, rundskriv og veiledere gir uttrykk for nasjonale myndigheters oppfatning av hva som er god praksis og hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk for tjenestene. Disse anbefalingene er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende slik at avvik fra disse bør begrunnes.

### Samarbeid for å koordinere tjenestene til brukere

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten er forpliktet til å samarbeide med andre deltjenester, tjenesteytere og sektorer. Samarbeid og samhandling kan være avgjørende for at brukere skal få forsvarlige tjenester. Forsvarlighetskravet

---

<sup>1</sup> Lov av 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

<sup>2</sup> Lov av 18. desember 2009 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

innebærer at kommunens tilbud som helhet må være forsvarlig. Det er ikke tilstrekkelig at kommunens deltjenester hver for seg er forsvarlige. Kommunens plikt til å samarbeide er presisert i følgende bestemmelser:

- NAV-kontorets plikt til å samarbeide med andre på individnivå fremgår av bestemmelsene om de sosiale tjenestene, som sotjl. § 17.
- Kommunen har en 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 etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. hol. § 3-4. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionale helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenestene skal bli helhetlige og koordinerte, jf. hol. § 3-4 annet ledd. Videre fremgår av hol. § 4-1 første ledd bokstav a at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte får et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.
- Kommunen må innhente samtykke fra bruker, og gi tydelig informasjon om at samtykke er nødvendig for å sikre samarbeid og et samordnet tjenestetilbud på tvers av tjenester og sektorer. Dersom bruker ikke ønsker å gi samtykke, må det informeres om hvilke konsekvenser dette har for brukers tjenestetilbud. Informasjon om brukers samtykke eller manglende samtykke skal dokumenteres..

### **Krav til skriftlighet**

Skriftlig nedtegnelse av opplysninger er en viktig rettssikkerhetsgaranti som blant annet bidrar til å sikre kvalitet og kontinuitet, og muliggjør innsyn og etterprøvbarehet.

Det stilles krav om skriftlighet og begrunnelse ved tildeling av sosiale tjenester og ved vedtak om tjenester etter hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, § 3-6 og § 3-8 som forventes å vare lenger enn to uker, ettersom reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven gjelder i disse tilfellene, jf. henholdsvis sotjl. § 41 og pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) § 2-7 annet ledd. Den skriftlige begrunnelsen skal vise til reglene vedtaket bygger på, nevne de faktiske forhold som har vært avgjørende og bør nevne de hovedhensyn det er lagt vekt på ved skjønnsutøvelsen. Videre må kommunen sørge for at Nav-kontoret og helse- og omsorgstjenesten dokumenterer sentrale opplysninger om bruker skriftlig i den løpende tjenesteytingen.

### **Krav om skriftlig nedtegnelse av opplysninger etter sosialtjenesteloven**

Innhenting av opplysninger reguleres av sotjl. § 43. Det er presisert i rundskrivet til loven, punkt 5.41.2.3 og 5.43.2.3, at opplysningene i saken skal foreligge skriftlig, enten dette er i form av innhentede dokumenter eller nedtegnelser i søknad eller i øvrige saksdokumenter. Skriftlighet sikrer den enkeltes rettssikkerhet og gjør det mulig å overprøve behovsvurderingen i saken. Oppfølgingen av den enkelte skal også dokumenteres, på en slik måte at bruker kan få informasjon om de vurderinger som er gjort underveis, og at ansatte og ledere ved Nav-kontoret og klage- og tilsynsmyndighet kan sette seg inn i og vurdere oppfølgingen.

### **Krav om skriftlig nedtegnelse av opplysninger i helse- og omsorgstjenesten**

Det er presisert i hol. § 5-10 at kommunen skal sørge for at pasient- og informasjonssystemene som brukes er forsvarlige. Det er kommunens ansvar å opprette pasientjournalssystemer som gjør det mulig for de ansatte å overholde journalføringsplikten.

Alle ansatte som yter *helsehjelp* har plikt til å føre pasientjournal, jf. hpl. § 39. Pasientjournalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, jf. hpl. § 40. Hvilke opplysninger som skal journalføres er konkretisert i forskrift om pasientjournal (journalforskriften) § 8. Journalen skal gi det enkelte personell tilstrekkelig grunnlag for å gjøre forsvarlige vurderinger og beslutninger. Journalen må føres fortløpende, og gi en oppdatert oversikt over hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger og konkrete tiltak.

### **Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning er en forutsetning for forsvarlig tjenesteyting ved Nav-kontoret og i helse- og omsorgstjenesten. Kravet om brukermedvirkning fremgår av følgende bestemmelser:

- Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med tjenestemottaker, og det skal legges stor vekt på hva vedkommende mener, jf. sotjl. § 42.
- Pasienter og brukere skal få mulighet til å medvirke ved utforming og gjennomføring av tjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.)<sup>3</sup> § 3-1 første og annet ledd. Når tjenestetilbud utformes, skal det legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener, jf. pbrl. § 3-1 annet ledd annet punktum, jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a og b.

Kravet om brukermedvirkning fremgår også av andre bestemmelser i lovverket, for eksempel i reglene om individuell plan i sotjl. § 28 og hol. 7-1 første ledd.

### **Plikten til systematisk styring**

Kravet til ledelse, organisering og styring er et viktig element i kommunens ansvar for å tilby og yte forsvarlige tjenester. Lovverket fastslår at:

- kommunen har plikt til å styre og lede for å sikre at virksomhet og tjenester etter kapittel 4 i sosialtjenesteloven er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, jf. sotjl. § 5
- kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lov og forskrift, jf. hol. § 3-1 tredje ledd

Innholdet i styringsplikten for de kommunale tjenestene i arbeids- og velferdsforvaltningen er regulert i forskrift 19. nov. 2010 nr. 1463 om internkontroll i kommunalt Nav (internkontrollforskriften). Internkontrollplikten innebærer at kommunen gjennom systematiske tiltak sikrer at aktiviteter knyttet til å tilby og yte tjenester planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med de lov- og forskriftskrav som regulerer aktivitetene.

Kravene til styring, organisering og ledelse i helse- og omsorgstjenesten er konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft 1. januar 2017. Den nye forskriften anses for å være en videreføring av gjeldende rett, selv om enkelte ansvarsforhold og oppgaver utdypes og tydeliggjøres.

Et sentralt element i begge forskrifter er krav om at kommunen gjennom systematisk styring sikrer: klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, at ansatte har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre sine oppgaver, oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt, behov for kvalitetsforbedring eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, håndtering av avvik og systematisk kvalitetsforbedring av tjenestene.

---

<sup>3</sup> Lov av 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter

På bakgrunn av det overnevnte forventer vi at kommunen gjennom sin internkontroll sørger for at:

- Tjenestene kjenner sin egen organisering, oppgavefordeling og samarbeidsordninger mellom tjenestene
- Ledelsen følger med på om tjenestene fanger opp behov for tjenester både fra eget ansvarsområde og tilstøtende ansvarsområder – og om det sikres at brukerne får de tjenestene de har vedtak på
- Det regelmessig gjøres en gjennomgang og evaluering av saker
- Tjenestene bruker hverandre og samarbeider ved behov
- Det foreligger nødvendige og gode rutiner innenfor viktige områder
- Ledelsen følger opp om vedtatte tiltak, rutiner, prosedyrer, strukturer m.v er implementert, brukes og er tilstrekkelig i praksis.
- Det foreligger planer for kompetanse-/fagutvikling
- Det innhentes informasjon/erfaringer fra brukere av tjenesten – og dette brukes i forbedringsøyemed
- Ledelsen har et system for å vurdere risiko for svikt og iverksette tiltak for å forebygge dette. Herunder om kommunen har et fungerende avvikssystem.



### 3 Beskrivelse av faktagrunnlaget

**Her gjøres det rede for hvordan tjenestene var organisert, virksomhetens tiltak for å sørge for at lovgivningen blir overholdt og virksomhetens praksis.**

#### **Organisering av virksomheten:**

Froland kommune har ca 5700 innbyggere. Tjenester til brukere med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer gis fra ulike enheter i kommunen. Psykisk helse og rus har hovedansvar for oppfølging av denne brukergruppen, men miljøtjenesten gir også oppfølging til enkelte. Kommunen har i tillegg ansatt boteknisk veileder som hjelper brukere med vedlikehold og praktiske oppgaver knyttet til bolig. Miljøtjenesten og boteknisk veileder er organisert inn under Psykisk helse- og rus, og fagansvarlig for Psykisk helse og rus har også fagansvar for disse. Miljøtjenesten har i tillegg ledende miljøterapeut med delvis fagansvar for den tjenesten. Ansvarsforholdet mellom fagansvarlig i Psykisk helse og rus, og ledende miljøterapeut i Miljøtjenesten er ikke klarlagt. Psykisk helse og rus fatter vedtak på egne tjenester, og på tjenester fra Miljøtjenesten og boteknisk veileder. Enkelte brukere får også tjenester fra hjemmesykepleien, men de fleste med psykiske lidelser og /eller rusmiddelproblemer får medisinerutlevering fra Psykisk helse og rus eller Miljøtjenesten. Hjemmesykepleien fatter egne vedtak og er organisert i enhet Omsorg. Psykisk Helse og rus er organisert i enheten Velferd. Virksomhetsleder for Velferd har også ansvar for Nav.

Nav Froland har statlig ansatt leder og kommunalt ansatt nestleder. De er delt inn i tre team; ungdom, flyktning og oppfølging. Det arbeides etter en generalistmodell der alle som arbeider i oppfølgingsteam jobber med alle typer oppgaver/henvendelser. Det er ansatt egen gjeldsrådgiver som er organisert inn under Nav.

#### **Kompetanse:**

- Kommunen har hatt fokus på kompetanse, og alle saksbehandlere i Psykisk helse og rus har relevante videreutdanninger innenfor fagfeltet.
- Kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplan gir en oversikt over ansattes kompetanse og kommunens kompetansebehov.
- Det er ikke system for opplæring av nytilsatte i alle enheter. Det er for eksempel ikke gitt opplæring i systematisk kartlegging av nye brukere, dette gjelder både kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester i Nav.

#### **Internt og eksternt samarbeid**

- Psykisk helse og rus har hver mandag møte (mandagsmøte) med mulighet for å drøfte saker internt i enheten. I starten av møtet deltar boteknisk veileder (en mandag i måneden) og Miljøtjenesten (hver mandag). Dette møtet brukes også for å drøfte innhold/omfang av tjenester.
- Nav har møte hver tirsdag for å drøfte vedtak om sosiale tjenester.
- Det er vedtatt å arrangere 2 felles fagdager i året for Psykisk helse og rus, Miljøtjenesten og Nav. Det er arrangert en felles samling.
- Nav-leder, fagleder Psykisk helse og rus og ledende miljøterapeut deltar på ledermøter med virksomhetsleder.

- Drop in-møter med Sørlandet Sykehus HF (SSHF) v/Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Distriktpsykiatrisk senter (DPS) og Akuttambulanseteam (AAT), fastlegene i kommunen, Nav og Psykisk helse og rus.
- Mange brukere har ansvarsgrupper; dette fremgår av intervjuer med brukere og ansatte, og blir bekreftet av fastlege. I journalgjennomgang fant vi referater fra ansvarsgrupper for flere av brukere.
- Det er rutiner for å innhente samtykke fra bruker til samarbeid med andre instanser. Det fremkommer av journalgjennomgang og intervjuer at det innhentes samtykke.

### **Kartlegging av brukernes helhetlige situasjon og behov for tjenester**

- Det er i «Rutinehåndbok ulike forskrifter 2015» utarbeidet en rutine for møte med «Ny bruker /vurdering av behov». Her fremgår det at det skal gjøres «faglig vurdering av søkers helsesituasjon, fysisk, psykisk, sosial, boforhold, økonomi og familiesituasjon». Det fremgår av journalgjennomgang og intervjuer at denne ikke er kjent eller tatt i bruk.
- Det er utarbeidet et kartleggingsskjema for rus. Dette benyttes kun der det er identifisert at bruker har et rusproblem, og brukes som oftest sent i et forløp. I dette skjemaet er det ikke spørsmål knyttet til psykisk helse, økonomi (utover gjeld/rusgjeld) og boforhold. Under journalgjennomgang fant vi utfylt ruskartleggingsskjema på 1 av 20 pasienter.
- Det er ikke rutiner eller sjekklister for systematisk helhetlig kartlegging i sosiale tjenester i Nav.
- ADL-ferdigheter kartlegges jevnlig.
- Det er ikke gjennomført opplæring i kartlegging, og det fremgår av intervjuer at det ikke er en enhetlig praksis når det gjelder dette. I journalgjennomgang finner vi ikke dokumentasjon fra kartlegging i forbindelse med tildeling av tjenester nedtegnet i journal for noen brukere vi undersøkte.
- Kommunen har ikke rutiner for å kartlegge om brukerne har mindreårige barn og vurdere om de har behov for oppfølging. Kommunen har barnekontakt for «barn som pårørende».

### **Helhetlige og koordinerte tjenester**

- Jf punkt over vedr. manglende systematisk kartlegging, tiltak iverksettes etter brukers bestilling.
- Det er ikke utarbeidet rutiner for revurdering av vedtak m.v
- Det følges ikke med på om brukerne får de tjenestene de har vedtak på. Miljøtjenesten følger med på at brukerne får tjenester i henhold til arbeidsplan, men det følges ikke med på om arbeidsplan er i henhold til vedtak.
- Det er utnevnt kontaktperson som koordinerer tjenestetilbud. Det fremgår av intervjuer med brukere at de vet hvem som er deres kontaktperson og evt. stedfortreder for denne ved fravær. De opplyser at kontaktperson er tilgjengelig og lett å komme i kontakt med.
- Det er kjent for de ansatte i tjenestene hvem som er fastleger, dette er også nedfelt i journal. Både ansatte i kommunen og fastlege opplyser at det er godt samarbeid, fastlegene i kommunene er tilgjengelige og møter på ansvarsgruppemøter og i Drop in-møter regelmessig.
- Brukere får bistand til å komme i kontakt med andre enheter ved behov.
- Det er etablert samarbeid med arbeidsrettede tiltak og Frisklivssentral.

- Kommunen har rutiner for å tilby individuell plan (IP) til brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester. 2 av 20 brukere i utvalget hadde IP. Det fremgår av intervjuer med brukere og ansatte at brukere det er aktuelt for har fått tilbud om dette, men takket nei.
- Det foreligger «tiltaksplaner» i mange saker; men disse er lite konkrete/målbare.
- Det gjennomføres ansvarsgruppemøter, samarbeidsmøter o.l rundt enkeltbrukere - referat fra disse journalføres
- Det mangler skriftlige kriseplaner for 19 av 20 brukere. Brukerne vi intervjuet opplyste alle at de vet hvem de skal kontakte ved akutt behov for hjelp, og det ble gitt eksempler på at de fikk rask og adekvat hjelp ved krise.
- Faste samarbeidsfora, jf tidligere punkter om internt og eksternt samarbeid

### **Tilbyr og yter tjenester slik at bruker kan mestre å bo i egen bolig**

- Brukerne opplevde at de fikk god hjelp til å rydde i økonomi; både økonomisk rådgivning og gjeldrådgivning.
- Nav har siste to år ikke fattet noen vedtak om råd og veiledning utover økonomisk rådgivning. Det er forventet at kommunens øvrige enheter gir dette tilbudet.
- Det er ansatt boteknisk veileder som bistår brukere med vedlikehold og praktiske oppgaver knyttet til bolig.
- Psykisk helse og rus og Miljøtjenesten yter praktisk bistand og boveiledertjeneste.

### **Ivaretar brukernes rett til å medvirke**

- Av intervjuer med ansatte og brukere fremgår det at brukeres ønsker og uttrykte behov er førende for utforming av tjenestetilbudet. Det fremgår at tjenestene er fleksible, men saksbehandlernes egne faglige vurderinger er ikke journalført.
- Brukererfaringer benyttes ikke i systematisk forbedringsarbeid; det er ikke gjennomført brukerundersøkelser og brukernes tilbakemeldinger på tjenestetilbudet innhentes ikke systematisk.

### **Dokumentasjon**

- Kartlegging/utredning i forbindelse med vedtak/revurdering av vedtak ble ikke gjenfunnet i journal.
- Det fattes vedtak på tjenester. Vedtakene viser hva bruker har fått vedtak på og omfanget av tjenesten. Det er samsvar mellom omfang og faktisk tjeneste i flertallet av sakene vi undersøkte.
- Det er ikke system for revurdering av vedtak. Flere vedtak var flere år gamle (tilbake til 2011) uten at det var journalført vurderinger knyttet til evaluering av tjenestetilbudet. Dette ble også bekreftet i intervjuer med ansatte.
- Journalnotater beskriver praktiske gjøremål, men lite faglige vurderinger.
- Referat fra ansvarsgruppemøter ble funnet der brukeren hadde ansvarsgruppe.
- Samtykkeskjemaer ble gjenfunnet i journalene.
- Det føres ikke journalnotater etter drøftinger i samarbeidsmøter, mandagsmøter o.l

### **Rutiner**

- Det mangler enhetlig rutiner/praksis på viktige områder, jf ovenstående punkter
- Ledelsen har ikke et system som sikrer at aktuelle rutiner brukes
- Ledelsen har ikke etablert et system for evaluering og forbedring av rutiner.

- Det er ikke definert hvem som har ansvar for implementering og evaluering/forbedring av rutiner.

#### **Avvikssystem/risiko- og sårbarhetsanalyser**

- Avvikssystemet er kjent for de ansatte; det meldes avvik på enkelte områder (f.eks medisinavvik).
- Det varierer om ansatte får tilbakemelding på meldte avvik. Noen avvik tas opp på personalmøter for læring.
- Det utarbeides kvartalsvise avviksrapporter til virksomhetsleder.
- Kommunen har gjennom rusmiddelpolitisk handlingsplan skaffet oversikt over utfordringsbildet i kommunen.
- Kommunen har ikke gjennomført risiko- eller sårbarhetsanalyser knyttet til tjenestetilbudet til denne brukergruppen

## 4 Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

### I dette kapittelet vurderer vi fakta i kapittel 3 opp mot lovbestemmelsene i kapittel 2.

Vi har undersøkt om kommunen har systemer som sikrer at helse- og omsorgstjenesten og sosiale tjenester i Nav på en forsvarlig måte:

- Kartlegger brukernes helhetlige situasjon og behov for tjenester
- Gir oppfølging av rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer, samt psykososiale forhold
- Samarbeider slik at tjenestene brukerne mottar er helhetlige og koordinerte
- Tilbyr og yter tjenester slik at bruker kan mestre å bo i egen bolig
- Ivaretar brukernes rett til å medvirke

Anbefaling nr. 90 i ROP-retningslinjen sier at *«Kommunenes rus - og psykiatriplaner bør omtale hvordan kartlegging og oppfølging av pasienter med ROP-lidelser skal gjennomføres, samt rutiner for samhandling»*

Brukere med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har ofte behov for hjelp på mange områder, og vi har undersøkt om kommunen systematisk kartlegger brukernes helhetlige behov. ROP-retningslinjen og veilederen «Sammen om mestring» stiller strenge krav til kommunens ansvar og kompetanse når det gjelder kartlegging, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser.

Å skaffe oversikt over brukerens situasjon er helt sentralt for å kunne tilby adekvate og forsvarlige tjenester. Kartlegging starter ved første kontakt, og bruker må informeres om hensikten. Det kan ikke forventes at alle opplysninger blir innhentet ved første møte, men det kan foregå over noe tid og parallelt med tjenesteyting. Ikke alle brukere ønsker å gi informasjon i den første samtalen om andre utfordringer enn det som var grunnen til at de har oppsøkt tjenestene. Hva som naturlig inngår i en oversikt over brukerens situasjon og mulig behov for tjenester vil være tilnærmet det samme for Nav-kontoret og helse- og omsorgstjenesten, men med ulik vektlegging ut fra tjenestens egenart. Men det må forventes at begge tjenestene innhenter opplysninger om andre forhold rundt brukeren enn hva de selv har ansvar for.

Forekomsten av samtidig rusmiddelproblematikk er statistisk sett særlig høy hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser, men også pasienter med mindre alvorlige psykiske lidelser kan ha rusmiddelproblemer som vil ha innvirkning på sykdomsbilde, behandlingsplan og prognose. Det er en gradvis og glidende overgang fra «normal» og relativt problemfri bruk av rusmidler til den skadelige og symptompregete. Rusmiddelbruk, og spesielt alkoholbruk og overforbruk/feilbruk av vanedannende legemidler, er ofte underrapportert. Bruk av f.eks. AUDIT og DUDIT som screeningsverktøy vil kunne avdekke dette. Mange med rusmiddelproblemer har psykiske vansker av ulike slag, enten som årsak til rusmiddelmisbruk (selvmedisinering) eller fordi de har utviklet psykiske vansker pga langvarig rusmiddelmisbruk. Uansett årsak er det viktig at brukere kartlegges og utredes for både ruslidelse og psykisk

lidelse slik at de kan få adekvat hjelp. Av ROP-retningslinjene (anbefaling 65 og 66) fremgår det at kommunen bør ha kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte kartleggingsverktøy som f.eks. AUDIT, DUDIT, MINI SCREEN, SCL-10 for kartlegging av angst og depresjon.

Mange ROP-pasienter har også underdiagnostiserte somatiske tilstander som bør utredes, og samarbeid med fastlege er derfor viktig. Somatisk sykdom kan være årsak til, reaksjon på eller følgetilstand ved psykiske lidelser og ruslidelser. Samtidig psykisk lidelse og ruslidelse er ofte forbundet med dårlig somatisk helse og redusert forventet levealder. God somatisk helse kan være en av faktorene som bidrar til bedring. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon har oftere hjerte- og karlidelser enn gjennomsnittet av befolkningen. Overvekt og diabetes forekommer også hyppig. Ruslidelser kan være forbundet med en rekke helseplager som for eksempel under-/feilernæring, infeksjoner og dårlig tannhelse. Langvarig høyt alkoholinntak er forbundet med blant annet hjerte- og karlidelser, sentrale og perifere nervevevsskader og leverskader. Videre vet vi at psykososiale forhold som familie/nettverk, boforhold, økonomi og arbeid/aktivitet har betydning for pasientens psykiske helse. Kommunen har derfor et ansvar for å kartlegge også disse forholdene.

Kommunen mangler rutiner for å systematisk kartlegge alle viktige områder hos brukere med psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk. Det er få skriftlige rutiner generelt innenfor området vi har hatt tilsyn med. Ledelsen har ikke et system for å sikre at gjeldende rutiner er kjent, og om de følges og fungerer i praksis. Dette kan føre til at praksis blir ulik fra saksbehandler til saksbehandler, og man risikerer også at praksis som ikke er i henhold til faglige retningslinjer ikke fanges opp. Rutinene knyttet konkret til kartlegging er ikke kjent (utover ruskartleggingsskjema). Det mangler en enhetlig forståelse av hva en helhetlig kartlegging innebærer, det blir opp til den enkelte saksbehandler hva som skal kartlegges og hvordan. Når eventuelle kartlegginger ikke er dokumentert i journal er det vanskelig for ledelsen å følge med på om det er foretatt en tilstrekkelig kartlegging. Saksbehandlerne som har ansvar for å kartlegge og fatte vedtak på tjenester har høy formalkompetanse, men med manglende/ikke implementerte rutiner og manglende internkontroll blir det ulik praksis og personavhengig hva slags kartlegging som gjennomføres. Det vil i neste ledd få konsekvenser for hva slags tjenester som gis. Både helse- og omsorgstjenesten og sosiale tjenester i Nav har interne møter som fungerer som vedtaksmøter (mandagsmøter og tirsdagsmøter), men det som besluttes der avhenger av hvilken kartlegging som er gjort og hvilke opplysninger som blir lagt frem. Vurderinger som er gjort i forhold til enkeltbrukere i faste samarbeidsfora burde vært dokumentert i brukernes journal slik at dette kunne vært etterprøvbart og vist grunnlag for vurdering/evaluering av tjenestetilbud.

Fylkesmannen finner at de ansatte er tilgjengelige for brukerne, og når brukerne tilkjenner at de har problemer underveis i et forløp så bistår de ansatte i tjenestene med å iverksette tiltak i eller utenfor egen enhet. Dette kan være problemstillinger som muligens kunne vært avhjulpet på et tidligere tidspunkt dersom det hadde vært gjort en mer systematisk kartlegging tidligere i forløpet. Som nevnt vet vi at det må brukes noe tid på kontaktetablering, og at brukerne ikke alltid vil presentere alle problemer i de første møtene. Men ved mer systematisk undersøkelse vil man kunne sette i gang en prosess og åpne opp for å ta opp aktuelle temaer på et tidligere

tidspunkt. Ved å kun ta utgangspunkt i problemstillingen brukeren er henvist for er det en risiko for at vedkommende ikke får rett hjelp til rett tid innenfor andre viktige områder. Kommunens manglende system for å få til en helhetlig kartlegging kan derfor få alvorlige konsekvenser for den enkelte bruker i det videre forløpet.

Kommunens manglende kartlegging av mindreårige barn og eventuelle behov for oppfølging kan få konsekvenser både for brukeren og for barna. Barn som vokser opp med, eller som har samvær med foreldre som strever har ofte behov for oppfølging og hjelp til å håndtere følelser knyttet til det å være «barn som pårørende», enten de bor eller kun har samvær med foreldre. Enkelte ganger kan det også være behov for tiltak fra barnevernstjenesten. Identifisering og oppfølging av «barn som pårørende» er et viktig forebyggende arbeid. Mange i målgruppen til Psykisk helse og rus har ikke mindreårige barn, men for de som har det er det spesielt viktig at barna og deres behov også kartlegges.

Kommunene har et ansvar for å gi tjenester til alle innbyggere i kommunen, og hele spekteret av psykiske lidelser og rusproblemer. Enten bare i kommunen, eller i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette er en brukergruppe som ofte har sammensatte problemer, og det er viktig at de får adekvat hjelp på de områder de strever – fordi vansker på ulike områder påvirker rehabiliteringsmuligheter og prognose. Utfra kartleggingen som gjøres bør det utarbeides en skriftlig plan med mål og tiltak for oppfølging av rus- psykiske- og somatiske helseproblemer, samt psykososiale forhold – og det bør foreligge en plan for gjennomføring og evaluering/justering av disse. Dersom andre instanser skal involveres i tjenestetilbudet må det være et system for å involvere disse i et forpliktende samarbeid. Det fattes i utgangspunktet vedtak som er fleksible nok til å ivareta endringer underveis og som er tydelige nok til at de ivaretar brukernes rettsikkerhet. Mange vedtak er imidlertid flere år gamle og det fremgår ikke av journal at disse er revurdert. Det mangler system for å evaluere og revurdere vedtak på tjenester. Dette kan bidra til å svekke brukernes rettsikkerhet. Hvis de har vedtak som ikke samsvarer med det tjenestetilbudet de faktisk får eller har behov for fratras de blant annet muligheten til å klage om tilbudet endres. Når det ikke er et system for å følge med på om vedtak blir iverksatt og fungerer som forutsatt er det ytterligere en risiko for at brukere ikke får den tjenesten de har vedtak på / behov for. Samtidig ser vi at det i stor grad er samsvar med tjenestene brukerne får og det som er beskrevet i vedtakene, og brukerne bekrefter at de får den hjelpen de ønsker og har behov for. Det fremkommer også at brukerne i perioder får mer hjelp enn vedtaket tilsier, det er i perioder i forbindelse med kriser o.l., og i korte perioder som ikke gir grunnlag for endring i vedtak. Skriftlige tiltaksplaner tilsynet har gjennomgått er lite konkrete når det gjelder mål og tiltak, det gjør det vanskelig å evaluere. Mange pasienter i denne brukergruppen har krav på IP. Kommunen har et system for å tilby IP, men mange takker nei til dette. Det følger av forsvarlighetskravet at kommunen allikevel har en plikt til å sørge for et helhetlig og koordinert tjenestetilbudet. Få brukere vi undersøkte i tilsynet har IP, men de fleste har en type tiltaksplan. Denne kunne med fordel hatt tydeligere målsettinger og konkrete tiltak slik at den enklere kunne evalueres og revurderes, men planen sammen med journalnotater gjør det mulig å vite hvilke tiltak som er iverksatt og planlagt. Kommunen har flere arenaer for samarbeid, både internt og eksternt. Det beskrives et godt samarbeid med fastleger i kommunen; de er tilgjengelige, deltar på ansvarsgruppemøter og kontaktperson fra Psykisk helse og rus er ofte med pasient til konsultasjon. Ansatte ved Nav oppleves også tilgjengelige for de ansatte i Psykisk helse og rus og Miljøtjenesten, og vi fant at brukerne fikk

god hjelp til å rydde i økonomiske forhold. Det er noe uklart ansvarsforhold mellom Psykisk helse og rus og Miljøtjenesten, men i den praktiske hverdagen finner de ansatte løsninger sammen slik at dette ikke går utover brukere. Alle brukere vi undersøkte visste hvem som er deres hovedkontaktperson/koordinator, og de ansatte vet hvilke oppgaver de har knyttet til den enkelte bruker uavhengig av hvilken enhet de jobber i. Mange brukere har aktive ansvarsgrupper der aktuelle instanser har regelmessig møter. Referater fra ansvarsgrupper er nyttig dokumentasjon på mål, tiltak og ansvarsfordeling, og det bidrar til å koordinere tjenestetilbudet. Det fremgår av dokumentasjon og intervjuer at det er et godt samarbeid mellom ulike instanser i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, fast drop in-møte med sentrale aktører bidrar i stor grad til dette.

Ulike enheter i kommunen har ansvar for å tilby og yte tjenester slik at brukere kan mestre å bo i egen bolig. Nav gir tilbud om hjelp til å rydde i økonomi; både økonomisk rådgivning og gjeldrådgivning. Brukerne beskriver at de har fått god hjelp til dette, og dette er et sentralt tiltak for å klare å bo og beholde bolig. I tillegg gis det boveiledning og praktisk bistand fra andre instanser som følger opp brukerne, og det er også ansatt egen boveileder som bistår brukere med nødvendig vedlikehold og praktiske oppgaver knyttet til bolig. Dette bidrar til å øke boevne og trivsel, og gode tiltak som øker mulighet for å mestre å bo.

Brukeren skal involveres i valg og vurderinger gjennom hele forløpet. Forutsetningene for å medvirke kan være varierende, og hva som kan forventes av medvirkning må til enhver tid stå i forhold til brukerens motivasjon, mestringsevne og personlige og helsemessige ressurser. For at brukermedvirkningen skal være reell, må Nav-kontoret og helse- og omsorgstjenesten sørge for at brukeren får fortløpende informasjon som er tilpasset vedkommendes forutsetninger. Systematisk bruk av verktøy som KOR/FIT o.l. vil kunne gi tilbakemelding på om oppfølging og tiltak virker etter hensikt, og metodikk som MI og bruk av individuell plan (IP) vil fremme brukermedvirkning i praksis. Det er svakt forskningsbasert belegg for at brukermedvirkning påvirker behandlingsresultatet, men brukererfaringer tilsier likevel at det er viktig. Brukere beskriver at livskvalitet, behandlingsallianse og selvfølelse øker når de får medvirke. Av intervjuer med ansatte og brukere fremgår det at brukeres ønsker og fremlagte behov som oftest er førende for utforming av tjenestetilbudet, og de ansatte er opptatt av hva som er viktig for brukere. Saksbehandlernes egne faglige vurderinger i forbindelse med utforming av tjenestetilbud er ikke journalført, og vi stiller spørsmål ved om brukere av og til i stor grad styrer tjenestetilbudet. Det er ikke gjennomført brukerundersøkelser de siste årene, men kommunen har en plan om å gjøre det. Selv om brukernes tilbakemeldinger på tjenestetilbudet ikke innhentes systematisk, vurderer vi at kommunen har stort fokus på dialog med pasientene på individnivå og opptatt av å få til brukermedvirkning i praksis.

Manglende dokumentasjon av kartlegging og vurderinger gjør det vanskelig for tilsynet å vurdere om det har skjedd svikt i oppfølgingen, og mye tyder på at brukerne får god og helhetlig oppfølging når problemområder først blir avdekket. Det er et system for å sikre samarbeid og koordinerte tjenester, og brukerne får medvirke i tjenestetilbudet. Vi har derfor ikke grunnlag for å konkludere med at oppfølgingen av brukere med psykiske lidelser og rusproblematikk ikke er forsvarlig, men den manglende systematiske og helhetlige kartleggingen utgjør en uakseptabel stor risiko for at brukere ikke får rett hjelp til rett tid.



God styring og internkontroll vil kunne bidra til å redusere risiko for svikt, men som vi påpeker i det ovenstående er det mangler i interkontrollen på flere områder. Ledelsen har både rett til og en plikt til å følge med på om ansatte gjør den jobben de er satt til å gjøre og om brukerne får de tjenestene de har krav på

## 5 Tilsynsmyndighetens konklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

**Avvik:**

*Froland kommune sikrer ikke systematisk kartlegging av brukers situasjon og mulige behov for tjenester.*

Dette er brudd på:

Helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1 og lov om sosiale tjenester i Nav § 4.

Forvaltningsloven § 17 jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 og forskrift om internkontroll for kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen § 4.

**Merknad:**

Froland kommune må mer systematisk sikre vurdering av om tjenester og vedtak er i tråd med behovet. Det må gjøres fortløpende faglige vurderinger av tjenestebehov og dette må nedtegnes i journal. Vedtak må være i samsvar med faktisk tjenestebehov.

## 6 Oppfølging av påpekte lovbrudd

**I dette kapitlet redegjør vi for hva vi forventer virksomheten skal gjøre i prosessen med å rette påpekte lovbrudd.**

Vi ber Froland kommune utarbeide en plan for å rette lovbruddet innen 15.09.17.

Planen må inneholde oversikt over tiltak som må iverksettes og hvordan ledelsen vil følge opp arbeidet fremover. Det er ikke tilstrekkelig med utarbeidelse av nye rutiner/prosedyrer, det må lages en plan for implementering av gjeldende/nye rutiner og hvordan det skal følges opp at disse brukes og fungerer etter hensikt i praksis.

Planen må derfor også inneholde en redegjørelse for hvordan ledelsen vil gjennomgå og vurdere om de planlagte tiltakene virker som forutsatt.

Lovbruddene må være rettet innen 31.12.17.

Med hilsen

Anne-Sofie D. Syvertsen  
Fylkeslege

Anne Stiansen  
Revisjonsleder

Brevet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.  
Saksbehandler: Anne Stiansen, tlf: 37 01 75 74

Vedlegg:  
Gjennomføring av tilsynet

Kopi av endelig rapport: Statens Helsetilsyn

## **Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet**

### ***I vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført, og hvem som deltok.***

Varsel om tilsynet ble sendt 02.03.2017

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 03.05.2017

Det ble gjennomført samtaler med 10 brukere av tjenester fra Psykisk Helse og Rus 09. – 10.05.2017.

Det ble sendt ut spørreskjema til alle fastleger i kommunen i forkant av tilsynet, vi fikk inn svar fra 1 fastlege.

Tilsynet ble gjennomført 30. - 31.05.2017, og innledet med et kort informasjonsmøte. Oppsummerende møte/sluttmøte med gjennomgang av funn ble avholdt 31.05.2017

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

1. Organisasjonskart/beskrivelse av kommunens/Navs administrative og faglige oppbygging når det gjelder enheter som yter tjenester til personer med rus- og psykiske lidelser
2. Rusmiddelpolitisk handlingsplan
3. Oversikt over ansatte i de ulike tjenestene som er involvert i kartlegging, vurdering av hjelpebehov, og som er ansvarlig for gjennomføring av tiltak overfor den aktuelle brukergruppen.
4. Rutine «Søknad om tjenester, fordeling av søknader, svar på søknader»
5. Rutine «Møte med bruker/vurdering av behov»
6. Skjema for rusmiddelkartlegging
7. Rutiner / prosedyrer for å kartlegge hjelpebehov og fatte vedtak etter Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) § 3-2 5, 6 a,b og sosialtjenesteloven (STL) § 17
8. Rutine for søknad om økonomi og gjeldsrådgivning
9. Oversikt over møtearenaer for for samhandling/samarbeid internt i kommunen (inkl. med Nav og fastleger) og med spesialisthelsetjenesten,
10. Rutiner for innhenting av samtykke ved Nav og kommunen.
11. Rutiner for bruk av Individuell plan (IP) eller liknende planer.
12. Kompetanseplan for Psykisk helse og rus
13. Prosedyrer /praksis for avviksbehandling og oppfølging av avvik, inkludert kopi av relevante avviksmeldinger for 2016 og frem til d.d
14. Årsmelding 2016 Virksomhet Velferd.
15. Kopi av de siste 10 vedtak etter HOL § 3-2 punkt 5 og punkt 6 a,b og 5 siste vedtak om STL § 17 til brukere med rus- og psykisk lidelse
16. Kopi av avslag på vedtak i 2016 og frem til d.d. etter HOL § 3-2 punkt 5 og punkt 6 a,b og STL § 17

17. Liste over brukere med rusmiddelproblem og/eller psykisk lidelse som har helse-, omsorgs- eller sosiale tjenester fra Froland kommune, med oversikt over de kommunale enhetene de har tjenester fra.

18. Aktuelle vedtak og journal for siste 6 mnd fra alle involverte instanser i kommunen (inkl. Nav) for 20 utvalgte brukere\*.

\* Det ble gjort en grundigere gjennomgang i journal for disse 20 brukerne under tilsynet.

I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på oppsummerende møte ved tilsynsbesøket.

Navn	Funksjon/stilling	Formøte	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Willy Hægeland	Rådmann				X
Julie Leire-Hetland	Virksomhetsleder, Velferd	X	X	X	X
Hilde O. Lauvrak	Fagleder, Psykisk helse og rus	X	X	X	X
Stig Johnny Jørstad	Nav-leder	X	X	X	X
Aase Roland	Saksbehandler, Psykisk helse og rus		X	X	X
Karianne Værstad	Ruskonsulent, Psykisk helse og rus		X	X	X
Kristin D. Nilsen	Miljøarbeider, Psykisk helse og rus		X	X	X
Berit Røilid	Ledende miljøterapeut, miljøtjenesten	X		X	X
Jeanette Andersen	Miljøarbeider, miljøtjenesten			X	X
Cathrine Bringsverd	Miljøterapeut, miljøtjenesten			X	
Liv Unni Utheim	Gjeldsrådgiver, Nav			X	X
Henrik Skoland	Veileder, Nav			X	X

**Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:**

- Anne Stiansen, seniorrådgiver FMAV, revisjonsleder
- Hanna H. Nilsen, seniorrådgiver FMAV, revisor
- Bjørn Vidar Gundersen, seniorrådgiver FMAV, revisor