



Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder

Endelig rapport etter tilsyn med Grimstad kommunes tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP)

Virksomhetens adresse: Grimstad kommune, Postboks 123, 4891- GRIMSTAD
Tidsrom for tilsynet: 21.7.17 – 26.10.17
Kontaktperson i virksomheten: Eva Irene Ødegård

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn i Grimstad kommune 24.- 26.10.2017. Vi undersøkte om kommunen sørger for at tjenester til personer med rusmiddelproblematikk og psykisk lidelse (ROP- lidelser) blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at brukerne får trygge og gode tjenester.

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. 9 brukere har derfor blitt intervjuet ved dette tilsynet.

Tilsynet har hatt fokus på om kommunen ved helse- og omsorgstjenesten og sosiale tjenester

- kartlegger brukernes helhetlige situasjon og behov for tjenester
- yter helsetjenester og oppfølging av rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer
- samarbeider slik at tjenestene brukerne mottar er helhetlige og koordinerte
- tilbyr og yter tjenester for å mestre praktiske oppgaver ved å bo
- ivaretar brukernes rett til å medvirke

Fylkesmannen har ikke avdekket lovbrudd under tilsynet.

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

1 Tilsynets tema og omfang

Tilsynet er rettet mot kommunens tjenester til voksne personer (> 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. Tilsynet er gjennomført som systemrevisjon.

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- sosiale- og somatiske helseproblemer
- 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

Vi har undersøkt om kommunen systematisk kartlegger viktige områder som;

- rusmiddelbruk og psykisk helsesituasjon
- somatisk helsesituasjon
- hvilken hjelp bruker 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 områder de trenger hjelp, 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 tjenester, 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 tilstrekkelig for å sikre 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.)¹ og sosialtjenesteloven (sotjl.)² 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 verdiopfatning, 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.

¹ Lov av 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

² Lov av 18. desember 2009 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

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 bruker

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 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, jf. 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 (pbri) § 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.

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.)³ § 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.

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

- Tjenestene er kjent med organisering, oppgavefordeling og samarbeidsordninger
- 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

³ Lov av 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter

- 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

Beskrivelse av virksomheten og organisering.

Grimstad kommune har om lag 22 700 innbyggere. Kommunen er administrativt organisert med rådmann og fire kommunalsjefer som leder hver sin sektor, (Helse- og omsorg, Kultur- og oppvekst, Samfunn- og miljø og Virksomhetsstyring). Organisatorisk er sosialtjenesten, helse- og omsorgstjenesten og de kommunale tjenestene i NAV underlagt kommunalsjef for helse- og omsorgssektoren i kommunen.

Det er etablert et tjenestekontor som har ansvar for å fatte vedtak på helse- og omsorgstjenester. Kontoret har også ansvaret for kartlegging og utredning av alle søknader om helse- og omsorgstjenester i kommunen.

Hjemmetjenesten er organisert i soner, i to av sonene er det opprettet egne grupper som yter tjenester til personer som har rus- og/eller psykisk helseproblematikk, disse dekker hele kommunen.

NAV er organisert i oppfølgingsavdeling og markedsavdeling. Oppfølgingsavdelingen har ansvar for oppfølging av brukere som mottar arbeidsavklaringspenger, uføretrygd og sykefraværsoppfølging. Markedsavdelingen har ansvar for rekrutteringsarbeid, introduksjonsprogram, ungdomsteam og økonomisk sosialhjelp.

Helsetjenesten ledes av kommuneoverlegen, i enheten ligger også psykiske helsetjenester til voksne. Tjenestene som ytes består av veilednings og motivasjonssamtaler, gjerne i kombinasjon med aktiviteter. Psykisk helse for voksne driver også et lavterskel aktivitetssenter.

Hovedansvaret for oppfølging av personer med rus- og psykiske helseproblemer (ROP) er lagt til Sosialtjenesten. Denne består av rusteam med ruskonsulenter, feltsykepleier og miljøtjeneste som arbeider både ambulant og drifter bemannede botilbud.. Sosialtjenesten har også ansvaret for drift av Vikhuset som er et aktivitetstilbud for brukere som er i en ettervernsfase. I enheten drives også ulike prosjekter bl.a. Samhandlingsprosjekt ettervern, småhusprosjektet, likemannsprosjekt SLT-koordinator og Hasjavveningsprogrammet.

Organisering, oppgavefordeling og samarbeidsordninger

Funn:⁴

- Tjenestenes organisering og oppgavefordeling mellom enhetene er kjent (I, D)
- Det er opprettet særskilte team i hjemmetjenesten for oppfølging av personer med psykisk helse- og rusproblematikk. I intervjuer med brukere og ansatte fremholdes dette som et godt grep som har gitt bedre samhandling mellom enhetene og mer forutsigbarhet for brukere. (I, BI)
- Det er kjent for ansatte hvordan og med hvem det samarbeides rundt den enkelte bruker. (I)
- Det er utarbeidet rutiner og prosedyrer for samarbeid mellom enhetene (D)
- Det er etablert ulike møtepunkt for samarbeid/gjensidig informasjonsutveksling. Ikke alle disse er operative.
- Sosialtjenesten er i en omorganiseringsprosess. Det fremkom i intervju med ansatte og ledelse uklare knyttet til ansvar og oppgavefordeling mellom fagleder og enhetsleder. (I)
- Det er utarbeidet kompetanseplan. Denne beskriver status nå og utviklingsmål på kort og lang sikt. (1 år og 5 år) (D)
- Ansatte opplyser at det legges til rette for deltagelse på kurs og videreutdanning, og det er bred kompetanse hos de ansatte. (I)

Virksomhetens system for å sikre oversikt over brukerens situasjon og tjenestebehov

Funn:

- Det er utarbeidet rutiner og skjema for systematisk kartlegging (D, I)
- Kartleggingen omfatter både fysisk og psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial situasjon, bolig og omsorgsansvar for barn (I, D, J)
- Bestillerenheten foretar kartlegging før vedtak fattes (D, J, I, BI)
- Bestillerenheten gjennomfører kartleggingssamtalen i hjemmet i de tilfeller søker har omsorg for barn (I, J)
- I 14 av 14 undersøkte saker fant vi vedtak som beskriver sentrale punkter fra kartleggingen som ligger til grunn for vedtaket (V)
- Sosialtjenesten, hjemmetjenesten og psykisk helse foretar ytterligere kartlegging for å sikre at tjenestene justeres i samsvar med brukers behov (I, BI, J, D)
- Sektoren har innført sjekklister for pasientstatus hver 6. mnd. Det varierer hvor langt de ulike enheter er kommet i dette arbeidet. (D, I, J)
- Sektorens ledelse er kjent med at det ikke er gjennomført pasientstatus i henhold til rutine for alle pasienter. Det er gjennomført tiltak og formidlet til aktuelle ansatte at dette arbeidet skal være gjennomført innen utgangen av desember 2017.
- I 13 av 14 undersøkte saker var det dokumentert løpende oppfølging av bruker (J, BI)
- Vi fant vedtak på tjenester i 14 av 14 undersøkte saker (V, J)
- Løpende dokumentasjon av oppfølgingsarbeidet i journal samsvarte med innhold i vedtaket (V, J)
- Endring i brukers situasjon dokumenteres fortløpende i journal (J, I)

⁴ D=Styrings dokument, V=vedtak, J=journal, I=Intervju av ansatte, BI=Intervju av brukere

- Virksomheten har et system for å melde endring i tjenestebehov. Melding går til tjenstekontoret. Ved behov for nye tjenester fattes det nytt vedtak (I)

Virksomhetens system for å legge til rette for, og følge opp, at tjenestene samarbeider og samordner tilbudet til bruker.

Funn:

- Det er etablert arenaer for drøfting av enkeltsaker både internt i enhetene og samarbeidsmøter mellom de ulike enheter (I)
- Resultat av drøftinger og konklusjoner fremkommer i liten grad i den enkeltes journal. (J)
- Bruk av E-link meldinger og internmeldinger i Gericia bidrar til å sikre intern og ekstern informasjonsutveksling (I, J)
- Fastleger blir informert om vedtak gjennom kopi av vedtak eller E-link meldinger (J)
- I 7 av 7 undersøkte saker var det angitt fastlege i journalsystem (J)
- Det er utarbeidet rutiner for innhenting av samtykke (D)
- I 9 av 9 undersøkte saker fant vi underskrevet samtykke (J)
- Brukere opplyser at de har samtykket til utveksling av informasjon (BI)
- I det undersøkte utvalget (14) var det en bruker som hadde en operativ individuell plan (IP) (J)
- 3 av 8 brukere rapporterer om blandede erfaringer med IP og hadde derfor avsluttet sin IP (BI)
- Vi fant tiltaksplan i Gericia i alle undersøkte saker. Disse gir oversikt over tiltak, men det varierer hvor konkrete mål som er fastsatt for den enkelte bruker,
- I 7 av 7 undersøkte saker var det angitt primærkontakt (J)
- Ruskonsulentene har koordineringsansvar for de brukere de er primærkontakter for. (I, BI)
- Det er kjent for alle intervjuede brukere (8) hvem som er kontaktperson/primærkontakt (BI)
- 1 bruker rapporterer at han/hun hadde opplevd at det var uklart hvem en skulle kontakte når ansatte slutter/ved langvarig sykefravær (BI)
- Ansatte deltar i og tar initiativ til ansvarsgruppemøter (I, BI, J)
- Det legges til rette for at fastlegen kan delta på samarbeidsmøter ved å legge møtene til slutten av dagen og på fastlegens kontor (I, J)

Avvikssystem/risiko- og sårbarhetsanalyser, kriseplaner og skadereduserende tiltak

Funn:

- Kommunen har innført QM+ som avvikssystem. Det er gjennomført opplæring og det er utarbeidet informasjonsskriv for ansatte med nærmere beskrivelse av hva som skal meldes. (D, I)
- Det er i hovedsak medikamentavvik som meldes.
- Kommunen har rusmiddelpolitisk handlingsplan, denne skal revideres i løpet av 2018.
- Kommunen gjennomfører Brukerplankartlegging høsten 2017 (D, I)
- På bakgrunn av tidligere risiko- og sårbarhetsanalyser har kommunen iverksatt en ekstra innsats knyttet til boligsituasjonen for personer med ulike oppfølgingsbehov. (I, BI)
- I 14 av 14 undersøkte saker fant vi ikke kriseplaner (J)
- Brukere er kjent med hvem de skal kontakte ved eventuelle kriser (B.I)

- Feltsykepleier yter tjenester knyttet til skadereduksjon, smittevern og annen helsesvikt (I, BI, D)
- Det blir foretatt risikovurderinger og iverksatt tiltak dersom bruker uteblir (J, I, BI)

Brukermedvirkning på individ- og systemnivå

Funn:

- Tre brukere rapporterer at de opplever å ikke bli imøtekommet på enkelte behov de opplever som viktige (BI)
- Ansatte rapporterer at de er lydhøre for brukers behov og ønsker og søker å tilpasse tjenesteytingen. (I)
- Brukers ønsker fremkommer i journal (J)
- Enheten har i perioder hatt brukerrepresentant i engasjementstilling for ulike oppgaver på systemnivå. (I, D)
- Det er ansatte med brukererfaring i tjenesten (I)

Følger virksomheten opp om vedtatte tiltak, rutiner, prosedyrer, strukturer m.v er implementert og følges i praksis?

Funn:

- Det er utarbeidet rutiner for kartlegging, revurdering og det løpende oppfølgingsarbeid for brukere i målgruppen.
 - Det har vært gjennomført opplæring av ansatte (I)
 - Kommunen er i gang med implementeringsarbeidet. Det varierer hvor langt de ulike enhetene er kommet i denne prosessen (I, J)
 - Vedtatte prosedyrer for revurdering av tjenestebehov er ikke gjennomført for alle brukere. (I, BI, J)
- Hjemmetjenesten kontrollerer at rutiner følges og at oppgaver gjennomføres gjennom rapportmøter og sjekk i journal (I)
- I Psykisk helse gjennomføres månedlige stikkprøvekontroller i journal for oppfølging av det løpende arbeidet i enheten. Dette dokumenteres ikke.
- I sosialtjenesten er det utarbeidet rutine for månedlig stikkprøvekontroll av et utvalg journaler. Det er utarbeidet sjekklister for hva som skal kontrolleres. Resultat skal rapporteres til enhetsleder. Rutinene knyttet til oppfølging og kontroll i sosialtjenesten og psykisk helse følges ikke opp i praksis (I, D)

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Oppsummering:

Kommunen har et ansvar for å gi nødvendige tjenester til alle innbyggere, 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 områdene de strever, fordi vansker på ulike områder påvirker rehabiliteringsmuligheter og prognose. Det er derfor av avgjørende betydning at tjenestenes organisering er kjent og at det er en klar oppgavefordeling mellom de ulike tjenestene. Videre må det legges til rette for samarbeid mellom de ulike enhetene som yter tjenester til den enkelt pasient.

Vi fant i vårt tilsyn at samarbeid mellom de ulike tjenestene rundt den enkelte bruker fungerer slik det er forutsatt i etablerte rutiner og prosedyrer. Hva de ulike tjenestene kan og skal bidra med er godt kjent av de ansatte. Det er mye gjensidig informasjonsutveksling knyttet til det løpende arbeidet rundt enkeltbrukere i GERICA i form av E-link meldinger og internmeldinger.

Vi fant en operativ individuell plan i det brukerutvalget vi undersøkte. Individuell plan kan være et godt verktøy for å utvikle og klargjøre et samarbeid i saker hvor ulike tjenester er inne og hvor pasienten har langvarige og sammensatte behov. ROP pasienter som gruppe har i stor grad ofte behov for flere tjenester over en lengre tidsperiode. Vi stiller derfor spørsmål ved om kommunen i stor nok grad benytter dette virkemiddelet for å koordinere sine tjenester og involvere brukere i sin rehabiliteringsprosess.

Enkelte av de møtepunkter for samarbeid som ikke er knyttet til enkelt saker på tvers av tjenestene har ikke vært operative i den senere tid. Kommunens ledelse bør ha et fokus på å revitalisere møtepunkter på tvers av tjenestene hvor det er anledning til å utvikle samarbeid som ikke er knyttet til den enkelte bruker.

For å kunne yte forsvarlige tjenester er det viktig at kommunen sikrer at brukernes situasjon og behov blir kartlagt, og at det sikres at endringer underveis fanges opp, dokumenteres og tjenester blir justert. Det er utarbeidet en omfattende styringsdokumentasjon i kommunen i form av prosedyrer, rutiner, kartleggingsskjema mv. Vi fant at i det løpende arbeidet med den enkelt bruker følges dette i hovedsak opp. Det er noe ulikt i de ulike enhetene i hvilken grad den systematiske gjennomgangen av alle brukere hver 6. måned er gjennomført og dokumentert. Dette har ledelsen et fokus på og den forutsettes gjennomført innen utgangen av året.

Kommunens avvikssystem er kjent for de ansatte og det er utarbeidet informasjonsskriv som presiserer og utdyper hva som skal meldes.

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. Brukere beskriver at livskvalitet, behandlingsallianse og selvfølelse øker når de får medvirke. Gjennom intervjuer med ansatte og brukere fikk vi noe ulike signaler på i hvilken grad det oppleves at det legges til rette for brukermedvirkning og innflytelse på tjenestenes utforming. Fra brukeres side ble det kommunisert ønsker og behov for blant annet transport i forbindelse med ulike gjøremål som de opplevde å ikke bli imøtekommet på. Videre var det enkelte som opplevde å ha en anstrengt økonomi som satte begrensninger for å ha en aktiv og meningsfull tilværelse. Pasient- og brukerrettighetsloven gir tjenestemottager en rett til å medvirke og det skal legges stor vekt på hva bruker mener ved utforming av tjenestetilbudet. Imidlertid vil pasientens ønsker i enkelte tilfeller måtte veies opp

mot faglige vurderinger om hva som er en faglig forsvarlig hjelp og hva som vil understøtte brukers egenmestring m.v.

Som tidligere nevnt er det vår vurdering at kommunen har en omfattende og utfyllende styringsdokumentasjon. Det er noe ulikt i hvilken grad de ulike rutiner og prosedyrer er gjeldende for alle enheter, og det er ulikheter mellom enhetene i hvilken grad og på hvilken måte dette følges opp. Etter vår vurdering vil det være en del å hente på å harmonisere dette på tvers av enheter og ha et sterkere lederfokus på at de kontrollrutiner som det legges opp til fra ledelsens side følges opp.

5 Tilsynsmyndighetens konklusjon

Det er gjennomført tilsyn med tjenester til personer med rusmiddelproblematikk og psykisk lidelse (ROP-lidelser) i Grimstad kommune som er en del av et landsomfattende tilsyn. I oppsummeringen er det kommentert deler av tjenesten hvor det er rom for forbedring. Disse områdene var i hovedsak kjent for kommunen. Enkelte av tjenesteenhetene vi undersøkte har vært og er fremdeles midt i en omorganiseringssprosess hvor ansatte og ledere har fått nye arbeidsoppgaver. Ved slike endringer vil det være en ekstra risiko for svikt. Vi finner at kommunen har et omfattende styringssystem, og at ikke alle elementer i dette følges opp i praksis. Ansatte i virksomheten er imidlertid godt kjent med de viktigste elementene i rutiner og styringssystem som gjelder oppfølging av den enkelte bruker, og journalgjennomgang viste at alle brukerne i utvalget ble fulgt tett. Sektorens ledelse var kjent med flere av de forhold som vi har påpekt hvor styringen ikke er optimal, og har satt i verk tiltak for å rette dette opp. På bakgrunn av dette finner vi at risikoen for svikt ikke er uakseptabel stor. Fylkesmannen finner at kommunen legger til rette for at brukere med rus- og psykiske lidelser får tjenester i tråd med lov og forskrift på det reviderte området, og det ble ikke avdekket lovbrudd under tilsynet.

Tilsynet er med dette avsluttet. Vi takker for godt samarbeid under gjennomføringen.

Med hilsen

Ester Hassel (e.f.)
Ass. Dir.

Bjørn Vidar Gundersen
Revisjonsleder

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

Gjennomføring av tilsynet:

Varsel om tilsynet ble sendt 21.07.2017

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 25.04.2017.

Intervju med 8 brukere ble gjennomført den 12. og 16. oktober 2017

Tilsynet ble gjennomført i Grimstad kommune 24. – 26. oktober, det ble innledet med et kort åpningsmøte den 24.10.2017. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 26.10.2017.

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:

- Organisasjonskart/beskrivelse av kommunens/NAV's administrative og faglige oppbygging når det gjelder enheter som yter tjenester til personer med rus- og psykiske lidelser
- Oversikt over kommunens tjenestetilbud til brukere med samtidig psykisk lidelse og rusproblematikk
- Oversikt over oppgaver i NAV
- 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.
- Sjekklistor for kartlegging av hjelpebehov
- Rutiner/beskrivelse av hvordan brukernes rett til informasjon og medvirkning ivaretas
- Samtykkeerklæring for bestillerenheten
- Rutiner / prosedyrer for å kartlegge hjelpebehov og fatte vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) § 3-2 nr. 5 og nr. 6 a og b og sosialtjenesteloven (STL) § 17
- Prosedyrer for saksbehandling og klagesaksbehandling
- Informasjonsskriv til nye brukere i sosialtjenesten
- Rutiner for samarbeid, Sosialtjenesten, bestillerenhet, psykisk helse og NAV
- Rutiner for bruk av Individuell plan (IP) eller liknende planer
- Rutiner for oppfølging av brukere med rus og psykiske lidelser
- Rutine oppfølging ettervern
- Rutine barnesamtale psykisk helse
- Sjekkliste for psykisk helse og sosialtjenesten
- Rutiner for samhandling internt og med spesialisthelsetjenesten
- Rutine for innhenting av samtykke
- Rutine tvang §10-2
- Rutine taushetsplikt, sosiale medier mv.

- Rutine – registrering av muntlige henvendelser
- Rutine mottak av nye brukere
- Rutine melding om endring og avslutning av tjenester
- Rutine journalføring
- Rutine bruker som uteblir fra avtaler
- Rutine fravær av saksbehandler
- Rutine iverksettelse og evaluering av tjenester
- Rutine iverksettelse av vedtak
- Rutine opprettelse og endring av rutiner
- Rutine brukere som flytter fra kommunen
- Kriterier, retningslinjer og prosedyre for individuell plan
- Rutine for registrering av individuell plan og koordinator
- Rutiner for avviksmeldinger
- Rapport – samhandler vi i rusbehandling
- Rutine og skjema for kvalitetskontroll
- Årsrapport feltsykepleien
- Kompetanseplan
- BrukerPlan rapport 2015
- Kopi av avslag på vedtak i 2016 og frem til d.d. etter HOL § 3-2 nr. 5 og nr. 6 bokstav a og b og STL § 17
- 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
- Liste over brukere med rusmiddelproblem og/eller psykisk lidelse som har helse-, omsorgs- eller sosiale tjenester fra Grimstad kommune
- Liste over alle personer som kommunen definerer har ROP-lidelser
- Fullstendig journal fra 01.1.2017 til 1.9.2017herunder referat fra ansvarsgruppemøter, epikriser, henvisninger, IP mv. for 14 tilfeldig utvalgte brukere av tjenesten.

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

Navn	Funksjon/stilling	For- møte	Intervju	Slutt møte
Jack M. Tverråmo	Avd. leder	X	X	X
Mona Sørby	Saksbeh. Bestillerenh.	X	X	X
Elisabeth Fevik	Prosjektleder	X		X
Jasna Palavra	Psykisk helsearbeider		X	X
Beate Grestad	Fagleder bestillerenhet			X
Christine F. Vasstøl	Ruskonsulent		X	X
Ruth Sørvåg	Miljøarbeider		X	X
Ann-Kristin Stølefjell	Ruskonsulent		X	X
Hilde Bergland	Feltsykepleier		X	X
Vegard Vige	Kommuneoverlege	X		X
Annika Haga	Fagleder HBT		X	X
Eva Irene Ødegård	Fung. Enhetsleder	X	X	X
Marius Karstensen	Fagarb. Miljøtjenesten		X	X
Wenche Aakhus	Fung. Fagleder		X	
Ståle Arvill Strand	Fagleder psyk. Helse	X	X	X
Hege Igland	Psyk. Sykepleier		X	
Tina Fabricius	Konst. Ass. kommunalsjef		X	
Tone Marie Nybø Solheim	Rådmann			X

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- Seniorrådgiver, Eva Dolva Fylkesmannen i Aust- og Vest- Agder, revisor.
- Seniorrådgiver Hanna Hurv Nilsen, Fylkesmannen i Aust- og Vest- Agder, revisor
- Vivian Bentsen, ProLar (brukerorganisasjon), (Brukerintervjuer)
- Seniorrådgiver, Bjørn Vidar Gundersen, Fylkesmannen i Aust- og Vest- Agder, revisjonsleder