



Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS
Oarje-Finnmárkku suohkanrevisiuvdna SGO



www.vefik.no

RAPPORT

FORVALTNINGSREVISJON

2021

Rus og psykisk helsevern

ALTA KOMMUNE

FORORD

På bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget i Alta kommune har Vefik IKS gjennomført en forvaltningsrevisjon av kommunens tjenestetilbud til innbyggere med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser/plager (ROP-lidelser).

Revisjonen har før igangsetting av forvaltningsrevisjonen og ved gjennomføring av undersøkelsen vurdert sin uavhengighet overfor Alta kommune, jfr. kommunelovens § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16-19. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet til det arbeidet som har blitt gjort.

Vi takker Alta kommune og spesielt Virksomhet for psykisk helse, og Avdeling for psykiatri- og rus i forbindelse med forvaltningsrevisjonen. I tillegg vil vi takke Betania, politiet, og andre respondenter fra kommunen.

Alta, 18.10.2021

Jørund Sagedal
Prosjektleder/forvaltningsrevisor

Bjørn-Christian Johansen
Prosjektmedarbeider/forvaltningsrevisor

Aud Synnøve Opgård
Oppdragsansvarlig
forvaltningsrevisor/revisjonssjef

0	Sammendrag	
	ANBEFALINGER	1
1	INNLEDNING	2
	KONTROLLUTVALGETS BESTILLING	2
	FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER.....	2
	TEMA OG AVGRENSNINGER	3
	REVISJONSKRITERIER	3
	GJENNOMFØRING OG METODISK TILNÆRMING	3
2	BAKGRUNNSOPPLYSNINGER	4
3	I HVILKEN GRAD MOTTAR PERSONER MED SAMTIDIGE PSYKISKE PLAGER/LIDELSER OG RUSAVHENGIGHET (ROP-LIDELSER) ET FORSVARLIG TJENESTETILBUD FRA KOMMUNEN?	6
	REVISJONSKRITERIER	6
	DATA:	6
	<i>Samarbeid internt i kommunen, og med andre tjenesteytere</i>	6
	<i>Nødvendig og individuelt tilpasset helsehjelp</i>	9
	<i>Koordinerende enhet</i>	13
	<i>Skriftlige kartlegginger og verktøy</i>	15
	VURDERINGER	16
	KONKLUSJON	19
	I HVILKEN GRAD MOTTAR PERSONER MED SAMTIDIGE PSYKISKE PLAGER/LIDELSER OG RUSAVHENGIGHET (ROP-LIDELSER) ET FORSVARLIG TJENESTETILBUD FRA KOMMUNEN?	19
4	ANBEFALINGER	20
5	KILDER OG LITTERATUR	21
	VEDLEGG 1: KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTARER	I
	VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIER.....	II
	VEDLEGG 3: METODE OG GJENNOMFØRING	VI

0 SAMMENDRAG

Revisjonen har undersøkt hvordan Alta kommune følger opp pasienter/brukere som har samtidige ruslidelser og psykiske plager/lidelser (ROP).

Hoveddelen av undersøkelsen har vært rettet mot kommunens ansatte, hvor respondentene har fortalt hvordan kommunen har innrettet sitt arbeid med oppfølgingen av pasientene. Samtidig har vi innhentet styringsdokumenter og saksbehandlingsdokumenter (enkeltvedtak).

For å triangulere datagrunnlaget, få synspunkt fra forskjellige sider, har vi forsøkt å innhente opplysninger fra brukerperspektivet. Vi har gjennomført et epostintervju med politiet i Alta, og et med Betania, hvor vi har fått tilbakemeldinger om samarbeidet med kommunen.

Undersøkelsen viser at Alta kommune i stor grad gir brukere/pasienter tilfredsstillende oppfølging. Det har imidlertid vært perioder hvor kommunen har hatt problemer med organiseringen av helsetjenestene og begrenset kapasitet ved tjenesteområdet. I senere tid har kommunen gjennomført en omorganisering og foretatt flere ansettelser som skal ha bedret organiseringen og kapasiteten.

Anbefalinger

Revisjonen anbefaler at kommunen i stor grad viderefører og videreutvikler dagens organisering med bruk av oppsøkende metodikk, og skriftlige kartlegginger med vedtak. Vi vil likevel anbefale at kommunen:

- vurderer å iverksette tiltak som i enda større grad sikrer at forsvarlig oppfølging og behandling av ROP-brukere blir gitt
- vurderer i hvilken grad koordinerende enhet har en hensiktsmessig organisering, kapasitet og kompetanse

1 INNLEDNING

Kontrollutvalgets bestilling

Undersøkelsen er gjennomført i tråd med kontrollutvalgets bestilling:

Kontrollutvalget i Alta gjorde i møte den 9. november 2020 følgende vedtak:

Vedtak:

Det anses som meget viktig at revisjonen og kontrollutvalget har sammenfallende forståelse av forvaltningsrevisjonens formål, tema, problemstillinger, avgrensninger og ressursrammer før undersøkelsen igangsettes.

Den fremlagte prosjektskissen synliggjør noen usikkerhetsmomenter vedrørende undersøkelsens problemstillinger, omfang/avgrensning, og ressursramme.

For gjennomføring av forvaltningsrevisjon på området «rus og psykiatri» legger kontrollutvalget til grunn rammene som ligger i utvalgets sak 20/2020 med følgende presiseringer:

- 1. Undersøkelsen avgrenses til å gjelde tjenester til personer med samtidig psykiske plager/lidelser og rusavhengighet (ROP-lidelser).*
- 2. Til gjennomføring av undersøkelsen settes en ressursramme på maksimum 350 arbeidstimer.*

Kontrollutvalget bestiller fra Vefik IKS gjennomføring av forvaltningsrevisjon innenfor de ovennevnte rammer.

Vedtaket 9. november innebar en presisering av kontrollutvalgets bestilling i møte den 21. september 2020. Kontrollutvalget i Alta vedtok i møte den 21. september 2020 følgende problemstilling:

«I hvilken grad mottar personer med psykiske plager/lidelser og/eller rusavhengighet et forsvarlig tjenestetilbud fra kommunen?»

Kontrollutvalgets opprinnelige vedtak er ikke operasjonalisert av kontrollutvalgets sekretariat med oversendelse av en formell bestilling. Vi har ved utarbeidelse av prosjektplanen tatt utgangspunkt i møteutskrift mottatt 18. november 2020.

Den 9. november 2020 vedtok kontrollutvalget i Alta følgende problemstilling:

«I hvilken grad mottar personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusavhengighet (ROP-lidelser) et forsvarlig tjenestetilbud fra kommunen?»

Formål og problemstillinger

Revisjonen forstår det slik at kontrollutvalgets bestilling er basert på de utarbeidede risiko -og vesentlighetsvurderingene som er gjort for planperioden 2021-2024.

I vurderingens punkt 3.5 er kommunenes ansvar overfor personer med rusproblemer eller psykiske lidelser fremhevet.

Kommunenes ansvar omfatter blant annet:

- kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester herunder praktisk bistand og opplæring for å kunne mestre boforhold, personlig økonomi, personlig hygiene med mer*
- ruskartlegging og psykososial oppfølging*
- forebyggende helsetjenester, nødvendig helsehjelp (behandling av sykdom, medisinsk og psykososial habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg)*

- *fremskaffing av bolig og oppfølging i bolig*
- *sosial eller arbeidsrettet aktivisering*
- *arbeid med individuell plan*
- *generell oppfølging og veiledning*
- *henvisning til behandling*

Risikofaktorer og konsekvenser vurderes som høy. Risikoreduserende tiltak vurderes å være delvis på plass. Sannsynlighet vurderes som høy. Vesentlighetsvurderinger vurderes som høy.

Hovedproblemstillingen i undersøkelsen har vært følgende:

I hvilken grad mottar personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusavhengighet (ROP-lidelser) et forsvarlig tjenestetilbud fra kommunen?

Tema og avgrensninger

I henhold til kontrollutvalgets bestilling har denne undersøkelsen rettet seg mot kommunens system for å sikre at personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusavhengighet (ROP) får et forsvarlig, helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Av praktiske og ressursmessige årsaker har revisor foretatt nødvendige revisjonsfaglige avgrensninger. Undersøkelsen har derfor blitt rettet mot kommunen som tjenesteyter, mens aspekter som vedrører helsepersonell på individnivå har vært holdt utenfor.

Revisor har valgt å gruppere fremstillingen av dataene i rapporten i en rekkefølge som skal gi en rød tråd, og språklig flyt. Det har medført at dataene ikke er fremstilt i samme rekkefølge som oppstillingen av kriteriene. Etter vår vurdering er det tydelig hvilke deler av de innsamlede dataene som gjelder for hvert enkelt kriterium.

Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er samlebetegnelsen på de krav og forventninger som brukes i den enkelte forvaltningsrevisjon for å vurdere den reviderte virksomhet. Kriteriene holdes opp mot faktagrunnlaget, og danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er utledet fra:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om habilitering og rehabilitering individuell plan og koordinator

Revisjonskriteriene fremgår av rapportens kapittel 3 og er utdypet i vedlegg 2.

Gjennomføring og metodisk tilnærming

For å svare på problemstillingen i denne undersøkelsen har revisor benyttet følgende metoder: mappegjennomgang av relevante dokumenter som enkeltvedtak, oppfølgingsplaner, kommunale planer, skjemaer og lignende som vi har fått tilsendt av kommunen, samt kvalitative intervjuer. I tillegg har revisor gjennomført epostintervjuer og spørreundersøkelse.

I henhold til kontrollutvalgets bestilling har denne undersøkelsen rettet seg mot kommunens system for å sikre at personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusavhengighet (ROP) får et forsvarlig, helhetlig og koordinert tjenestetilbud. En nærmere redegjørelse for fremgangsmåte, metodevalg, og kvalitetssikring fremgår av rapportens vedlegg 3.

2 BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

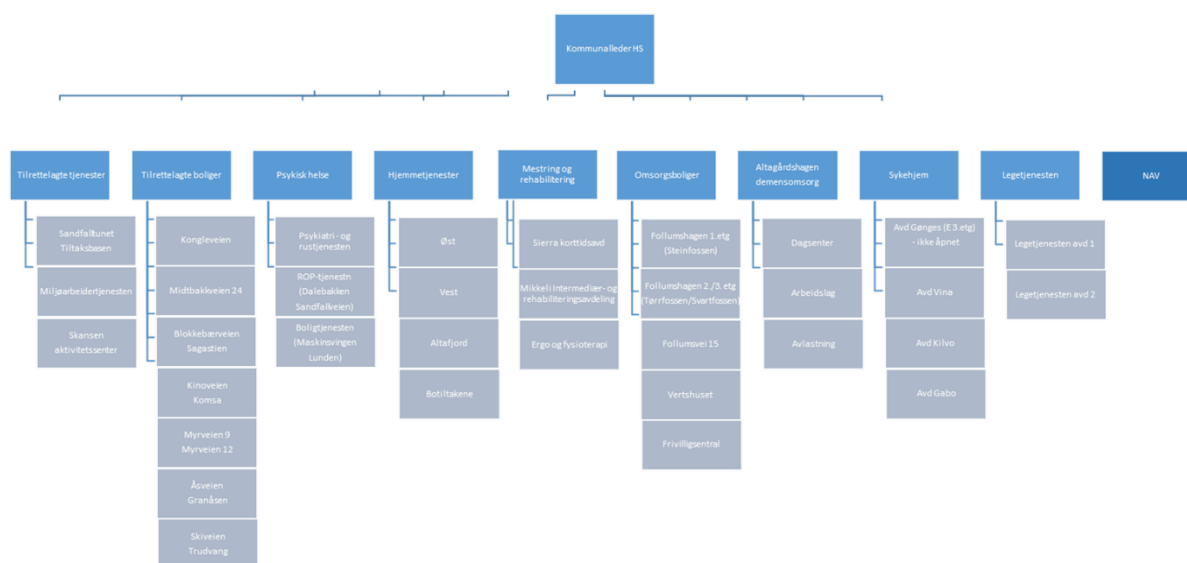
I denne rapporten har vi undersøkt hvordan Alta kommune følger opp mennesker med samtidige rusproblemer og psykiske plager eller lidelser (ROP).

I forlengelsen av kommunens egen oppfølging inngår henvisning til medisinsk behandling hos spesialisthelsetjenestene, i hovedsak UNN Åsgård. Det har ikke vært en del av undersøkelsens mandat å undersøke spesialisthelsetjenestenes utførelse av behandlingen.

Vi har ut fra revisjonsfaglige vurderinger valgt å avgrense undersøkelsen til mennesker med samtidige ROP-lidelser, og holdt mennesker med utelukkende én av lidelsene utenom.

Helse- og sosialtjenestene i Alta kommune er organisert som beskrevet i organisasjonskartet under.

*Teksten under figuren er ment for høytlesningsprogram for synshemmede.



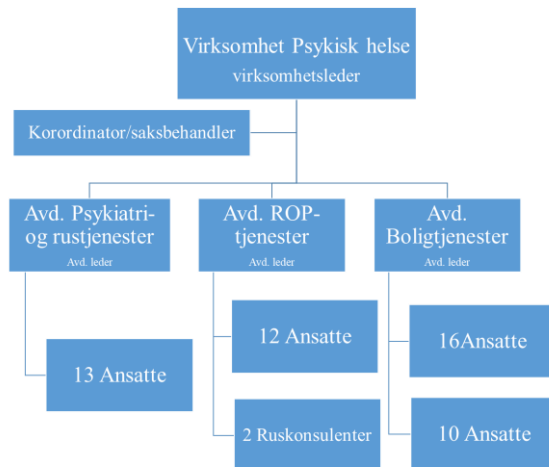
Figuren over viser kommunalleder (HS) øverst. Under er Tiltretatte tjenester (1), Tiltretatte boliger (2), Psykisk helse (3), Hjemmetjenester (4), Mestring og rehabilitering (5), Omsorgsboliger (6), Alltidsdøgnet demensomsorg (7), Sykehjem (8), Legetjenesten (9), NAV er plassert ved siden i en mørkere farge (10).

Deltjenestene har følgende underenheter: 1 har Sandfalltunet med Tiltaksbasen, Miljøarbeidstjenesten, og Skansen aktivitetssenter. 2 har Kongleveien, Midtbakkveien 24, Blokkebærveien med Sagastien, Kinoveien med Komsa, Myrveien 9 med Myrveien 12, Åsveien med Granåsen, og Skiveien med Trudvang. 3 har Psykiatri- og rus-tjenesten, ROP-tjenesten (Dalebakken Sandfallveien), og Boligtjenesten Maskinsvingen Lunden. 4 har Øst, Vest, Altafjord, og Botiltakene. 5 har Sierra korttidsavdeling, Mikkelig intermedier- og rehabiliteringsavdeling, og Ergo og fysioterapi. 6 har Follumshagen første etasje (Steinshagen), Follumshagen andre/tredje etasje (Tørrfossen/Svartfossen), Follumsvei 15, Vertshuset, og Frivilligsentral. 7 har Dagsenter, Arbeidslag, og Avlastning. 8 har Avdeling Ganges (E tredje etasje) – ikke åpnet, Avdeling Vina, Avdeling Kilvo, og Avdeling Gabo. 9 har Legetjenesten avdeling 1 og 2. Til slutt er det nummer 10 NAV, som ikke har noen underavdeling.

I Alta kommune har virksomhet for psykisk helse det overordnede ansvaret for å følge opp mennesker med ROP-lidelser, og henvise dem videre til spesialisthelsetjenestene eller andre samarbeidene instanser.

Virksomheten er organisert i tre avdelinger, med tilhørende enheter. Hver avdeling har sine ansvarsområder. I tillegg har virksomheten en egen koordinator/saksbehandler.

Virksomhet for psykisk helse



Figuren over viser Virksomhet Psykisk helse med virksomhetsleder øverst.

Direkte under er koordinator/saksbehandler.

Videre under er Avdeling psykiatri og rustjenester med avdelingsleder og 13 ansatte under. Deretter er Avdeling ROP-tjenester med avdelingsleder. Like under er 12 ansatte plassert i en boks, og 2 ruskonsulenter plassert i en boks i bunnen.

Til slutt er Avdeling boligtjenester med avdelingsleder. Like under er 16 ansatte plassert i en boks, og 10 ansatte plassert i en boks i bunnen.

Ved siden av ROP-arbeidet som gjøres i egenregi, har kommunen også en samarbeidsavtale med stiftelsen Betania. Stiftelsen tilbyr utleie av bolig og driver lavterskelrettet dagtilbud.

3 I HVILKEN GRAD MOTTAR PERSONER MED SAMTIDIGE PSYKISKE PLAGER/LIDELSER OG RUSAVHENGIGHET (ROP-LIDELSER) ET FORSVARLIG TJENESTETILBUD FRA KOMMUNEN?

Revisjonskriterier

- *Kommunen skal gi nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusavhengighet*
- *Brukerne skal gis et individuelt tilpasset tjenestetilbud*
- *Kommunen skal fatte enkeltvedtak når det ytes helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 der loven stiller krav om slike vedtak*
- *Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom deltjenester innad i kommunen, og med andre tjenesteytere*
- *Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering*
- *Kommunen skal sørge for at den koordinerende enheten har nødvendig kompetanse, kapasitet, samt hensiktsmessig organisering*
- *Kommunen skal sørge for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å utføre de pålagte oppgavene overfor personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusproblemer*
- *Kommunen skal ved hjelp av vedtatte verktøy/sjekklistor kartlegge brukernes tjenestebehov med hensyn til: rusproblem, psykiske og somatiske helse, samt boferdigheter*
- *Kommunen skal ha skriftlige beskrivelser for hvordan utførelsen av kartlegging og oppfølging av brukerne skal foregå, kvalitetssikres og dokumenteres*

Data

Samarbeid internt i kommunen, og med andre tjenesteytere

Revisor har fått tilbakemeldinger fra flere respondenter i Alta kommune om samhandlingen internt og med eksterne tjenesteytere. Politiet og stiftelsen Betania i Alta har også gitt sine tilbakemeldinger om deres samarbeid med kommunen.

Virksomhetsleder for psykisk helse i kommunen forteller at det gjennomføres samarbeidsmøter mellom de ulike avdelingene i kommunen og med spesialisthelsetjenestene. Møtene gjennomføres både etter faste rammer og ved behov.

Virksomheten har et omfattende samarbeid med Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) Åsgård, og gjennomfører møter ved behov. Det er ikke noen formell avtale som ligger i bunn, men det har gått seg til at møtene blir gjennomført. Koronapandemien har hindret fysiske møter, men etter planen skal tjenesten på sikt møte UNN Åsgård fysisk igjen.

Avdelingsleder for psykiatri og rustjenesten og avd. leder ROP-tjenester gir en samlet fortelling om at det er samarbeid med Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP) som er en del av UNN Åsgård, og Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Vest-Finnmark hver uke. Det er ifølge dem også til dels et godt samarbeid med UNN Åsgård, selv om psykiatri og rustjenesten i samarbeidsmøter med UNN Åsgård har opplevd noen utfordringer. Det har for eksempel dreid seg om at sykehuset ønsker å ha en pasient innlagt, mens pasienten selv ikke er interessert overhodet. Kommunen gjennomfører ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter med UNN Åsgård.

De kommunale lederne har en felles opplevelse om at samarbeidet med både spesialisthelsetjenestene, politiet, og NAV er godt. Virksomhet for psykisk helse har samarbeidsmøter med NAV, flyktnings-tjenesten og boligstiftelsen hver uke og møter med politiet to ganger i måneden.

Avdelingsleder for psykiatri- og rus forteller at når avdelingen hennes oppdager at en bruker trenger et tjenestetilbud fra en annen deltjeneste tar psykiatri- og rus seg av søknaden. Det skal være én vei inn i kommunen, enten gjennom koordinerende enhet eller via psykiatri og rus. Man må ha et faktisk behov for å kunne motta en tjeneste. Når det gjelder boligene som blir tildelt brukere, er det i så måte et krav om at brukerne må ha et faktisk behov for tjenester. Manglende bolig i seg selv er ikke grunnlag for å få tildelt bolig.

Koordinator for psykisk helse opplever at kommunen gir koordinerte tjenestetilbud til ROP-brukere. Hun erfarer at store deler av arbeidsdagene går med til samarbeid på tvers av tjenestetilbudene i kommunen. Hun understreker samtidig viktigheten av koordinerte og langvarige tjenester for denne brukergruppen.

Politiet i Alta forteller at de gjennom mange år har hatt et samarbeid med Alta kommune innenfor ulike fagfelt. De opplever at samarbeidet har blitt forsterket i de senere år, og stadig forbedret. Noe av årsaken til denne utviklingen er opprettelsen av Politirådet. I rådet sitter politiet sammen med kommunen og drøfter saker og tiltak som berører innbyggerne. Samtidig forteller etaten at de øvrige møtene mellom dem og kommunen har bidratt til at de har blitt kjent med hverandre, mens terskelen for å ta kontakt har blitt lavere. Politiet erfarer at psykiatri og rus *kanskje er det fagfeltet som de har hatt mest med kommunen å gjøre*. Etaten har således sett en økning i hendelser relatert til rus og psykiatri hvor politiet har vært nødt til å gripe inn.

[...] Årsaken har ofte vært at personer i lokalmiljøet som sliter med rusproblemer, gjerne i kombinasjon med psykiske problemer, forårsaket en del uønskede hendelser i lokalmiljøet. Det være seg ordensforstyrrelser, trusler, vold m.m. Politiets løsning på dette var kun kortsiktig, og vi så behovet for å utvikle et bedre samarbeid med kommunen for å få endret dette adferdsbildet i lokalsamfunnet.

Videre forteller politiet at etaten gjennom det siste året har hatt mange møter med blant andre kommuneoverlegene i tillegg til rus- og psykiatritjenestene i Alta. De har også ved noen anledninger meldt inn skriftlige bekymringsmeldinger til kommuneoverlegene knyttet til enkeltpersoner eller hendelser. Politiet erfarer å ha fått klarlagt med kommunen hvilke saker som er rene politisaker, og hvilke som er rene helsesaker for kommunen.

Til slutt understreker politiet at etaten oppfatter det som viktig å *[...] videreutvikle samarbeidet med Alta kommune på en måte som kommer lokalsamfunnet til gode, uansett hva saken gjelder. Politiets primærstrategi er å forebygge uønskede hendelser, men vi ser at vi ikke kan gjøre dette alene. De resultatene vi har sett gjennom det samarbeidet vi har med kommunen, er grunn nok til å fortsette det arbeidet vi holder på med.*

Når det gjelder stiftelsen Betania forteller både kommunens virksomhetsleder for psykisk helse, og avdelingsleder for psykiatri og rustjenesten, at kommunen har et nært samarbeid med dem. Samarbeidet består i formalisert i partnerskapsavtale og ytelsesavtale og uformell kontakt. Betania sender noen ganger bekymringsmeldinger til kommunen når dem fanger opp brukere med behov for oppfølging. Videre forteller leder for psykiatri og rustjenesten *[at] vi ønsker å ha det skriftlig med bekymringsmelding for at det er litt lettere å håndtere da.*

Betania forteller *[at] partnerskapsavtalen har som formål å legge føringer for hvordan Betanias virksomheter og tjenestetilbud kan inngå i Alta kommunes langsiktige strategier for utvikling av gode helsetilbud til befolkningen. Partnerskapsavtalen gir føringer for*

ytelsesavtalene som inngås for de ulike områdene. Siste ytelsesavtale vedrørende drift av «Møteplassen» og tilhørende boligdel (Alta bo- og dagsenter) ble inngått for perioden 01.01.2010 – 31.12.2014, med 5 års forlengelse, altså til 31.12.2019. Ingen skriftlig avtale er inngått etter det.

Tjenestene ytes som en del av det kommunale helse- og omsorgstilbudet jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1, 5-ledd og § 3-2 a) eller i samsvar med den til enhver tid gjeldende lovgivning.

I ytelsesavtalen heter det:

«Senteret drives etter et eget driftskonsept som løpende avtales mellom AK¹ og SB². Dette redegjør nærmere for hvilke tilbud som senteret til enhver tid skal yte sine brukere og på hvilken måte det faglige samarbeidet skal være. Senteret skal gi tilbud både til brukere som bor i senterets boligdel og brukere fra byen ellers.

I dag (høsten 2021) er det tre hovedområder for brukere med ROP-lidelser som Betania driver. Det ene området er boligsosial utleie. Betania fungerer primært som utleier, mens kommunen disponerer og prioriterer boligene i forhold til behov, Betania «godkjenner» ut fra hvem som kan integreres i det eksisterende miljøet. Betanias omsorgstjenester til beboere på området ytes i hovedsak av Møteplassen. Betania har dialog og samarbeid med det kommunale ROP-teamet som har ansvar for de helsemessige og øvrige behov i boligen.

Det andre området er Møteplassen, et lavterskel dagtilbud. Betania har gjennom Møteplassen daglig kontakt med kommunens ROP-team i forbindelse med utlevering av medisiner til brukere. Brukerne av tilbudet er en del av de samme brukerne som i utleieboligene og boprosjektene. Betania har i så måte tetttest samarbeid med kommunen gjennom de andre forane.

Det tredje området er Boprosjekt med døgkontinuerlig oppfølging (pr. i dag 2 + 5 beboere). Boprosjektene har jevnlig møter der representanter fra Alta kommune og Betania deltar (ansvarsgruppemøter, samarbeidsmøter, veiledning osv), samt samarbeid med rus-psykisk helse og ROP-teamet i kommunen om de enkelte beboerne utenom de fastlagte møtene.

Med interesseorganisasjonene har det derimot generelt vært lite kontakt, men det har ifølge kommunens respondenter vært/er noe kontakt med RIO³. Organisasjonen har en representant i Alta.

Ved starten av september 2021 ble det offentlig kjent gjennom media at kommunen ikke forlenger den delen av samarbeidsavtalen med Betania som gjelder Furuly sykehjem. Følgen er at sykehjemmet legges ned.

¹ Alta kommune

² Stiftelsen Betania

³ RIO – en landsdekkende brukerorganisasjon på rusfeltet

Nødvendig og individuelt tilpasset helsehjelp

Vår gjennomgang av kommunale dokumenter viser flere eksempler på utførte enkeltvedtak. Utplukket viser blant andre tildelinger av: behandling, ruskonsulent, støttekontakt og bolig. I noen av enkeltvedtakene er det gitt avslag.

Undersøkelsen viser at de gjennomgåtte enkeltvedtakene følger normal saksbehandlingsskikk som viser til hjemmel, og har beskrevet relevante opplysninger om brukeren vedrørende helsetilstand, personlige forhold og forhistorie.

De gjennomgåtte enkeltvedtakene viser eksempler på hvordan kommunen har innrettet sitt arbeid med rus og psykisk helse. I samtale med revisjonen beskriver samtidig flere av respondentene kommunens saksbehandling av enkeltvedtak innenfor området.

Virksomhetsleder for psykisk helse forteller at det ikke er slik at alle brukerne har vedtak, ettersom psykisk helse har organisert arbeidet etter en oppsøkende metodikk. Når de ansatte i virksomheten arbeider etter oppsøkende metodikk tar de gjerne utgangspunkt i bekymringsmeldinger fra *folk i miljøet* eller pårørende. Det er først og fremst dem som er til behandling og ettervern som har vedtak, der loven krever enkeltvedtak. Alle som har behov for hjelp får ifølge virksomhetslederen uansett den hjelpen som trengs, uavhengig av enkeltvedtak. Samtidig er det ikke alle brukerne som ønsker seg et enkeltvedtak. Kommunen har lagt til rette for å klage på enkeltvedtak, ved løsningen tilgjengelig på sin hjemmeside.

Når det gjelder individuelle planer er det ifølge virksomhetsleder for psykisk helse og avdelingsleder for psykiatri og rustjenesten ikke noen stor etterspørsel blant brukerne, men alle får tilbud om en plan. Det er således tatt i bruk en FACT-lignende metode, det vil si oppsøkende lavterskel metode, uten at det er implementert en helhetlig FACT-modell.

Kjernen i ACT/FACT-modellene er at personer med alvorlig psykisk lidelse kan leve utenfor sykehus og fungere i samfunnet så fremt dem får tilstrekkelig støtte og behandling lokalt. FACT tar utgangspunkt i den opprinnelige ACT-modellen. FACT står for Flexible Assertive Community Treatment, altså fleksibel ACT, en kombinasjon av ACT og case management. FACT kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling. FACT-modellen tilbyr pasientene mer kontinuitet i behandlingen, mer hjelp og mer oppfølging enn ACT. Mens ACT fokuserer på 20 prosent av personene som har de mest alvorlige lidelsene, inkluderer FACT hele gruppen med alvorlige psykiske lidelser i sine team. Dessuten driver FACT oppsøkende arbeid med utgangspunkt i et mer integrert og bredere sammensatt tverrfaglig team enn ACT. Dette gir flere muligheter for bedring og behandling. FACT-teamene rekrutterer vanligvis også pasienter fra et mindre område enn det et ACT-team gjør, og får flere muligheter til tett samarbeid med ulike instanser i nærmiljøet.⁴

FACT-modellen er i FACT-håndboken illustrert ved hjelp av seks byggesteiner. De seks byggesteinene beskriver hvordan man i fellesskap med brukeren kan komme frem til mål for hva brukeren skal oppnå. For å oppnå målene skal pasienten involveres i behandlingen. Behandling i tråd med faglige retningslinjer skal tilbys, og som ACT-modellen legger til grunn tilby pasienten den oppfølging som til enhver tid er nødvendig. For å hindre tilbakefall skal det legges til rette for yrkesrettet rehabilitering og sosial nettverksbygging. Som endelig mål skal pasienten ha forbedret sin situasjon og kunne utøve selvhjelp (ibid). Modellen er i hovedsak forankret av spesialisthelsetjenestene, og kommunene er blitt invitert med.

Revisor har i fortelling fra virksomhetslederen og avd. leder ROP-tjenester blitt opplyst at psykisk helse har flere *mekanismer* for å sikre at brukerne får nødvendig oppfølging. I den

⁴ [fact-handbok.pdf \(rop.no\)](#)

forbindelse benytter virksomheten: Rutiner, planer, pasientlister, dokumentasjon fra NAV-føring, samt muntlig og skriftlige rapporter fra kommunens psykiatri og rustjeneste.

Virksomhetslederen forteller at i det ikke har vært noen formelle klager etter virksomhetens omorganisering. Noen har likevel tatt kontakt, for eksempel dersom de har ønsket ytterligere tjenester.

En av kommunenes miljøarbeidere forteller om sine erfaringer med tilbakemeldinger fra tilfredse brukere vedrørende oppfølgings- og behandlingstilbudet. Vedkommende forteller at de benytter kartlegginger for å avgjøre hvilken behandling eller oppfølging som skal gis til ROP-brukere. Pasientene får tildelt nye timer etter behov ut fra hva som fremkommer i kartleggingene. Tjenesten legger opp til at det i størst mulig grad skal fremkomme tydelig for pasientene hva slags behandling som er planlagt videre, herunder varigheten og bakgrunnen for behandlingen. I noen tilfeller vil det i kartleggingene kunne fremkomme behov for oppfølging/behandling som er av en karakter tjenesten ikke kan håndtere på egenhånd. Pasientene skal da bli henvist til spesialisthelsetjenesten eller andre kompetente instanser. Miljøarbeideren forteller at tjenestens arbeidsoppgaver består i å behandle *moderat angst- og depresjons problematikk, stabilisering i kriser/traume-saker, forebygging av psykoser, selvmordsvurdering/stabilisering*. For øvrig samarbeider tjenesten med NAV, Barnevern og lignende.

Betania forteller at det varierer i hvor stor grad stiftelsen får tilbakemeldinger fra ROP-brukerne vedrørende tilfredsheten med stiftelsens og kommunens tjenestetilbud. Stiftelsen har ikke gjennomført noen brukerundersøkelse i senere tid, men den gjennomfører jevnlig brukermøter. *–Noen gir likevel tydelig tilbakemelding om at de har det bra på Betania, og at de ikke har hatt det bedre noe annet sted. Vi har også noen som ikke opplever selv å ha behov for oppfølging, men oppsøker og benytter seg likevel av de tilbudene som er på Betania.*

En av kommunens miljøterapeuter forteller at de mangler en møteplass hvor brukerne kan fremme sine synspunkter. Vedkommende forteller at de får høre tilbakemeldinger fra den enkelte bruker, men at de går glipp av helhetsbildet. Tjenesteyterne har ufullstendig innsikt i hvordan brukerne opplever tjenesten, som med hensyn til tilgjengeligheten, og effekten ved behandling/oppfølging.

Avdelingsleder for ROP-tjenester i Alta kommune forteller at brukerne som henvises til oppfølging eller behandling blir kartlagt i forkant. Ved siden av kartleggingene i skjemaer har tjenesten en åpen linje hvor de prater sammen med den enkelte bruker, og får tilbakemeldinger om ønsker/behov knyttet til videre oppfølging.

Videre forteller avdelingslederen at tjenesten besøker brukerne fysisk minst en gang i uken. Brukerne sier også i fra hvis de ser behov for hjelp/oppfølging. De ansatte i tjenesten opplever å ha en samstemt oppfatning med brukerne om hvilket omfang oppfølgingen bør ha. Oppfølgingen av brukerne er innrettet etter en oppsøkende og brukerstyrt tilnærming.

I kommunes plan for habilitering og rehabilitering står det at [planen] *skrives etter dialog og samarbeid med kommunes IP-team (Koordinerende enhet), brukerorganisasjoner, politiske brukerråd, samarbeidsparter, pårørende og tjenestemottakere. Planen gir en oversikt over hovedutfordringene på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. Planen skal også bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten i tjenestene. For å få til dette er det behov for endringer i arbeidsform, arbeidsmetode og kompetanse*

Videre står det i planen at individuell plan (IP) i liten grad blir brukt som planleggings-samhandlingsverktøy. *Dette delvis grunnet manglede informasjon til brukere/pårørende vedrørende individuell plan. Videre er det en del brukere som mottar vedtak om individuell*

plan, men som ikke tildeles koordinator. Dette resulterer i at pårørende/bruker selv må koordinere tjenestetilbudet. For å oppnå ønsket effekt i bruk av individuell plan som tverrfaglig samhandlingsverktøy, vil det muligens være behov for elektronisk verktøy (Sampro).

Avdelingsleder for Psykiatri- og rustjenesten forteller at de fleste brukerne henvises enten fra leger, institusjoner, eller uformelle samarbeidspartnere som veiledningssenteret, VGS, og krisesenteret. I tillegg kommer det henvisninger fra stiftelsene og fengselet. Andre ganger tar brukere kontakt selv og ber om lavterskeltilbud fordi det er enklest, selv om de bør ha en mer omfattende oppfølging.. *Alle kan ta kontakt, så får vi prioritere. Vi gjør alt fra å rykke ut på dagen til...at dem må vente...Vi gjør jo en faglig vurdering.*

Avdelingslederen forteller at psykiatri- og rustjenesten *muligens har vært oppfattet som en litt utilgjengelig tjeneste tidligere*. Tjenesten har blitt videreutviklet med en lavterskel innrettet tjeneste. Tidligere måtte man bli henvist, mens man i dag kan ta kontakt direkte på egenhånd. Avdelingslederen forteller at det likevel er mange personer tjenesten ikke får tak i, og legger til at mange ROP-brukerne ikke nødvendigvis er vant med å skrive søknader. Etter hennes oppfatning ville antakelig en del brukere kunne blitt fanget opp tidligere hvis kommunen i større grad hadde hatt et samarbeid med brukerorganisasjonene.

Psykiatri og rustjenesten må på den ene siden iblant prioritere ned enkelte brukeres ønsker, mens på den andre siden erfarer avdelingen at noen brukere ikke ønsker den oppfølgingen eller behandlingen som har blitt vurdert å være faglig forsvarlig. Avdelingslederen forteller at ettersom oppfølgings- og behandlingstilbud i utgangspunktet er frivillig medfører det at forsvarlig helsehjelp til tider ikke blir gitt.

Hun forteller [at] *Vi opplever jo at særdeles syke mennesker er samtykkekompetente*. Det må i utgangspunktet være fare for liv og helse for at kommunen skal kunne bruke tvang. Psykiatri- og rustjenesten må i slike tilfeller ofte få assistanse fra politiet når en bruker motsetter seg livsnødvendig hjelp. Ifølge henne kan det oppstå etiske problemstillinger når psykiatri- og rustjenesten ikke får gitt nødvendig hjelp som følger av brukernes avslag på tilbud om oppfølging.

Avdelingsleder for Maskinsvingen Lunden forteller at hennes beboere noen ganger forlater sin bolig uten varsel, og kan bli fraværende over en tid. De ansatte prøver da å ta kontakt med beboerne det gjelder for å finne ut hvor de er, og hvordan det går med dem.

-Vi kontakter dem hele tiden for å motivere.

I de døgnbemannede boligene skal det være rusfrihet, selv om det ikke alltid er det i praksis. Hun forteller også at det ikke alltid er samsvar mellom hva de ansatte og brukerne opplever som forsvarlig tjenestetilbud.

Miljøterapeuten som har gitt tilbakemelding opplever at spesialisthelsetjenestene gir forsvarlig helsehjelp ut fra det som pasientene er henvist på bakgrunn av. Vedkommende mener det likevel virker som at den behandlingen som blir gitt kun er basert på konkrete bestillinger fra kommunens henviser, uten at helheten i pasientenes liv blir tatt hensyn til. Videre forteller miljøterapeuten [at] *Vi har lang ventetid, og relativt liten rulling av pasientmassen, slik at i enkelte saker har pasienter fått oppfølging i opptil 15 år, mens personer som kunne hatt nytte av noen samtaletimer får en markant bedring og ofte fort tilbake i arbeid og normal hverdag - ender kanskje opp med å bli satt på vent alt for lenge.*

Miljøarbeideren som har gitt tilbakemelding, mener på sin side at ROP-brukere i stor grad får god oppfølging fra kommunen. Når det gjelder oppfølgingen/behandlingen fra spesialisthelsetjenestene oppfatter vedkommende at brukerne får *brukbar oppfølging* når

henviseren har gitt tilfredsstillende opplysninger. I tilfeller hvor opplysningene om brukerne er mangelfulle er det flere som *faller fra*.

Avdelingslederen forteller at psykiatri- og rus rykker ut på dagen når det er nødvendig. I andre tilfeller har de opplevd at personer som ikke trenger hjelp umiddelbart likevel ønsker å få hjelp. Tjenesten må i slike situasjoner avveie behov mot kapasitet ettersom det er *enormt mye akuttoppdrag*. Psykiatri- og rus vurderer å foreta nye tilsetninger for å ta unna akuttoppdrag. For tiden, medio august 2021, ligger det ute fire stillingsutlysninger for psykiatri og rus, i tillegg til andre stillinger for helsesektoren på Alta kommunes hjemmeside.

Virksomhetsleder for psykisk helse forteller at Avdeling Dalebakken har omkring 90 personer til oppfølging. For hele virksomheten er det adskillig flere. Avdelingsleder for Maskinsvingen Lunden forteller at hennes avdeling til sammen har tolv leiligheter, fordelt likt på to boliger. Avdelingsleder for psykiatri- og rustjenesten legger til at kommunen har ettervernboliger som tilhører stiftelsen. For å kunne få tildelt bolig må man ha en alvorlig psykisk lidelse. Det er samtidig mange rusmisbrukere som bor i ordinære boliger.

Avdelingsleder for psykiatri og rustjenesten forteller at Alta kommune jobber for å bli mer synlig. Det kommer til uttrykk blant annet på kommunens hjemmeside som har beskrevet hvilke telefonnumre man skal ringe ved behov for hjelp. Kommunen har endret mye ved ROP-tjenesten, særlig med hensyn til tilgjengelighet. Det er nå tilgjengelig oppfølging på dagtid, kveldstid og helg. Hun forteller at selv om man er innenfor forsvarlighetskravet betyr det likevel ikke at man ikke skal *gå høyere opp på stigen. Vi opplever at brukerne gjerne skulle hatt mer*.

Betania forteller [at de] *jobber for at den enkelte beboer skal ha et godt tjenestetilbud som er forankret i gjeldende lovverk. Det gjøres ved hjelp av målrettet miljøterapi som legger vekt på at den enkelte skal ha en meningsfull tilværelse med stor innflytelse på sin egen hverdag. De som ønsker, får tilbud om Individuell plan. Det legges vekt på at beboerne skal ha individuelt tilrettelagte tilbud og oppleve mestring, vekst og utvikling*. Stiftelsen jobber etter mottoet *engasjert omsorg*.

Stiftelsen vektlegger kvalifikasjoner ved tilsetninger, og *tilstreber å sikre at en til enhver tid har riktig kompetanse i de ulike boligene*. Personalgruppen består av helsefagarbeidere, sosionomer og pedagoger, hvor flere har eller tar videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rus.

Betania forteller at det er større etterspørsel enn tilbud av utleieboliger. De ansatte opplever at blant noen av beboerne med alvorlige og sammensatte lidelser er det vanskelig å gi tilstrekkelig eller riktig oppfølging. Noen beboere faller mellom flere stoler fordi dem er for friske til å bli tvangsinnlagt, men for syke til å fungere hjemme. I flere tilfeller går beboerne lenge uten å få hjelp, mens helsetilstanden forverrer seg over tid. Slik sett opplever de ansatte at lovverket setter rammer for hvilken hjelp de kan yte, samtidig som de strekker seg langt og ønsker å gjøre mye. De opplever at når de ikke får anledning til å gi tilstrekkelig oppfølging forverrer det livssituasjonen og helsetilstanden til beboerne. Følgende gir noen ganger meget utagerende oppførsel som gir belastninger for de andre beboerne på området.

Koordinerende enhet

Kommunen har en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Det er ifølge Plan for styrking av habilitering og rehabilitering (godkjent i kommunestyret 18.02.20) et behov for å styrke den koordinerende enheten i Alta.

I planen står det [at] organisering og drift av IP-teamet (Koordinerende enhet) er ikke tilfredsstillende slik det driftes per dags dato. Dette gir seg utslag i en del utfordringer knyttet til blant annet opplæring, veiledning, samhandling og koordinering av individuell plan og samhandling med relevante samarbeidsparter, både internt og eksternt.

Virksomhetsleder for psykisk helse forteller at virksomheten har en saksbehandler som i praksis virker mer som en forløpskoordinator, og i stor grad virker som en overordnet koordinator. Forløpskoordinatoren fungerer som bindeleddet til koordinerende enhet. Psykisk helse har ikke hatt veldig mye med koordinerende enhet å gjøre. Samhandlingskoordinatoren har derimot hatt mye å gjøre med psykisk helses koordinator. Hun forteller [at] *Det er fortsatt en vei å gå for å kunne si at sånn er Psykisk helse.*

Pakkeforløpskoordinatoren er ifølge henne i praksis innfridd gjennom samhandlingskoordinatoren. Saksbehandleren har ikke begynt å skrive de formelle vedtakene, men psykisk helse har fått *begynt å rydde* i det som angår rett tjenestetilbud, og koordinering av PLO-meldingene, slik at de henvisende instansene får tilbakemelding om en mottatt henvisning eller en feilaktig henvisning. Saksbehandleren samarbeider med den overordnede samhandlingskoordinatoren i kommunen. *-Vi opplever å ha få tatt vår plass, og organisert det her. Men det er ennå nytt. Det kan komme endringer, og det kan oppstå behov for økte ressurser for å kunne skrive vedtakene.* Hun opplever stort gehør fra kommunalleder og politikerne om hvorledes psykisk helse skal organiseres. Det er likevel fortsatt noe usikkert hvordan organiseringen vil se ut med tiden.

Kommunens kapasitet og kompetanse

Alta kommunes Plan for psykiatri og rustjenestene 2014-2020 forteller at det sannsynligvis er store mørketall i kommunen ved innbyggernes psykisk helse og rusproblemer. Antakelsene tar utgangspunkt i nasjonal statistikk sammenholdt mot kommunens fagsystemer. [...] *Hvis en ser på alle som har en psykisk vanske (20 %), vil prosentandelen som kommunen når ut til, bli enda lavere. Det er ikke realistisk å tenke at alle i den siste gruppen skal ha kommunale tjenester, da noen vil ivaretas av fastlege og spesialisthelsetjeneste. Det er likevel nettopp ut fra denne gruppen en kan si noe om vektlegging av det forebyggende arbeidet i Alta kommune. I Psykiatri- og Rustjenesten er det registrert 354 personer med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk (Se tabell 4 og 5 i vedlegg). Av disse er 65 % (ca 240 personer) i alderen 18 til 44 år. I forhold til nasjonale tall, når vi ca 30 % av de som har utviklet personlighetsforstyrrelser og psykotiske lidelser. Når det gjelder rusmiddelavhengighet (legal- og illegal rusmidler) er det store mørketall. Psykiatri- og rustjenesten har kontakt med 150 personer som oppgir rusmiddelbruk, dette er under 10 % av det nasjonale tallet om alkoholmisbruk. Ut av anslått statistikk, er det store mørketall når det gjelder rusmiddelavhengighet i Alta kommune.*

Virksomhetsleder for psykisk helse forteller at psykiatrisektoren generelt i Alta kommune har blitt *ganske omfangsrik*. Nye ansatte blir rekruttert, og psykisk helse ser behov for å øke bemanningen i kommunen, spesielt ved *rusfeltet*. Virksomhetslederen og avd. leder ROP-tjenester forteller at rusmiljøet har utviklet seg i en hardere retning, med yngre og tyngre brukere. Samtidig er det mer vold enn tidligere.

Virksomhetslederen forteller at kommunen i dag (ved intervjuet) ikke har noen formell kompetanseplan, men holder på å utvikle en. Det er planlagt oppstart av en videreutdanning i samarbeid med Finnmarksykehuset og Universitetet i Tromsø til høsten 2021. Hun forteller at

det er en utdanning med fokus på rus, og som *ganske mange* i kommunen som skal melde seg opp til. Det mener hun vil bidra til å heve kompetansen til psykiatri og rustjenesten i kommunen. Når psykiatri og rustjenesten gjør tilsetninger arbeider virksomheten etter kriterier for bestemte kompetanser som trengs. Det har vært et *veldig fokus* på å rekruttere sykepleiere, som i tillegg bidrar til å ivareta den somatiske delen av tjenestetilbudet. Samtidig konkurrerer Finnmarkssykehuset om mange av de samme sykepleierne. Det medfører at det er vanskelig å for psykiatri og rustjenesten å rekruttere sykepleiere. Hun forteller videre at rekruttering av psykolog er minst like vanskelig.

-Vi har fått på plass kommunepsykolog, endelig. Den har jo vært lyst ut over flere år. Det har vært mange innom. Det siste året har vi hatt fire psykologer. Mange har vært tilreisende. [...] Mange vil oppleve Finnmark for en periode...[...] Nå har vi fått rekruttert en psykolog fra Finnmark. Hun er fra Alta. Så vi har jo et håp om at hun kanskje blir. [...] Kommunepsykolog er en tung stilling, så vi har tilpasset den.

Videre forteller virksomhetslederen at Psykisk helse gir psykologene den veiledningen dem har krav på. I påvente av ny psykolog har en pensjonert kommuneoverlege med lang erfaring bidratt med medisinskfaglige vurderinger. Han har ifølge virksomhetslederen *et brennende hjerte* for psykiatri, og er engasjert. *-Han har en veldig stor kompetanse om Alta-samfunnet, men han har en tremåneders kontrakt og er jo egentlig pensjonist.*

Psykisk helse gir uttrykk for å ha kompetanse på rett sted, men skulle gjerne hatt flere ansatte. Statsforvalteren har lyst ut et tilskudd til ad-hoc/akutte-stillinger.

Organiseringen er i dag slik at psykiatri og rus har daglige avtaler. ROP-tjenesten utfører oppsøkende tjenester. De akutte oppdragene kommer på toppen av de faste oppgavene.

Avdelingsleder for psykiatri- og rustjenesten forteller i likhet med virksomhetslederen at det er en omfangsrik sektor. Det kommer inn mange søknader fra brukere, og etter covid-19 har det blitt flere. Kommunen benytter ventelister, og gir beskjed om ventestatus. De fleste får tilbud om hjelp.

Hun forteller at organiseringen tidligere var så dårlig at det var vanskelig å vite om det var kapasiteten eller organiseringen som var det store problemet. Det var vanskelig å vite hva man trengte. Høsten 2019 ble en omorganisering gjennomført. Nå etter omorganiseringen er alle som primært jobber med rus samlet i en avdeling. I juni 2021 opplever hun at kapasiteten er god, men det vil være behov for nye tilsetninger med tiden. Kommunen skal fremover (etter juni 2021) vurdere hva som trengs av kompetanse. Det vil ifølge avdelingslederen være behov for flere folk til ROP-tjenesten, ettersom det er mange akuttoppdrag. Tjenesten prøver å samtidig se om dem har oppfølging på VPP og annen oppfølging, for å se om brukerne på den måten får forsvarlig oppfølging dersom ikke psykiatri og rus får gitt et optimalt tilbud.

Videre forteller hun at psykiatri- og rustjenesten samtidig har en del tverrfaglig og en del fellesfaglig kompetanse. For tiden (juni 2021) har det vært (er) behov for sykepleier/vernepleierkompetanse i ROP-tjenesten, og ved de siste tilsetningene har personer med slike kompetanser blitt ansatt.

Det er ifølge henne for tiden tilstrekkelig kapasitet til å ta imot ROP-pasienter, men det kan komme til å oppstå kapasitetsproblemer. Pasientene har uansett krav på forsvarlig helsehjelp uavhengig av hvordan kommunens kapasitet er.

Den pensjonerte kommuneoverlegen oppfatter at kommunen har kapasiteten på plass. Han understreker likevel sin mening om at det til tider tar for lang tid å iverksette tiltak når man ser at det går i *utoverbakke* for en bruker, og det virker opplagt at tilstanden til brukeren vil utvikle seg til å kreve tvangsinnleggelse.

Psykatri- og rustjenesten har gjennomført kompetanseheving blant de ansatte. En del av kompetansehevingen blir tatt gjennom Sepret, som er en videreutdanning flere av de ansatte skal ta.

Ved siden av det arbeidet kommunen utfører i egenregi, bidrar Betania Alta, som tidligere omtalt, med botilbud og lavterskel dagtilbud. Stiftelsen forteller at deres ansatte jobber etter Lov om helsepersonell. De ansatte skal i den forbindelse være faglig kvalifisert ved ansettelse og det er krav til at de skal holde seg oppdatert ved kurs og lignende.

Skriftlige kartlegginger og verktøy

Kommunen har utformede maler for enkeltvedtak, klage på enkeltvedtak, og forskjellige kartleggingsskjemaer. Vår dokumentgjennomgang viser en rekke eksempler på risikodiagram, kartlegginger, handlingsplaner, mm.

I kartleggingsskjema(ene) er det kolonner for hendelser, konsekvens, kommentar, dato, og hvem som har vurdert den enkelte hendelse. Skjemaene tar utgangspunktet i mal fra Arbeidstilsynet.

Vår gjennomgang av et utvalg enkeltvedtak viser eksempler på at kommunen gjør kartlegginger av brukernes tjenestebehov. Brukernes eventuelle rusproblem, psykiske og somatiske helse, samt boferdigheter, er sentrale elementer i kartleggingene.

Både virksomhetsleder for helse og avdelingsleder for psykiatri- og rustjenesten forteller at kommunen har laget skjemaer. Blant skjemaene er et egentilpasset DUDIT-skjema og AUDIT-skjema⁵ for å kartlegge rusproblemer. Virksomhetslederen opplever at kartleggingsskjemaene fungerer til dels godt når personalet blir vant med å bruke dem, og avdelingslederen opplever at de gjør grundige kartlegginger.

Virksomhetslederen forteller [at] *det er blitt mye mer avgrenset hvordan vi jobber. Psykiatri og rustjenesten er mer samtalerettet, og folk som kan holde avtaler og komme inn til de faste avtalene. Mens personer som tilhører ROP er personer som ikke klarer å holde avtaler....Egentlig så er jo det...Det er jo dem som virkelig ser pasientene ute.*

Avd. leder ROP-tjenester legger til at de har [...] *laget nye kartleggingsskjemaer for dem som er ute. Kartlegginger og risikovurderinger gjøres. Man går aldri alene til en bruker når det er en risiko. Praksisen blir kvalitetssikret gjennom personalmøter som holdes annen hver uke, fagmøter, og datasystemet QMplus (som Alta kommune bruker).*

Avdelingslederen forteller at psykiatri- og rustjenesten bruker ROP-retningslinjene i sitt arbeid. De har jobbet mye med innføring av kartleggingsverktøy og endret på behandlingsplan til tiltak. Tjenesten har videreutviklet kartleggingene av brukerne til å bli mer systematiske enn de tidligere har vært. Kartleggingene blir ikke bestandig gjort like systematisk, men et systematisk arbeid skal ligge til grunn. De elektroniske saksbehandlingssystemene Iplos og Profil har samtidig innebygde sikkerhetsmekanismer ved at kartlegginger må utføres for å kunne skrive vedtak. Avdelingslederen opplever at de kartleggingene som gjøres er grundige. Iplos er likevel et somatisk rettet system, det kan se ut som en person er i god fysisk form, selv om vedkommende ikke er i god psykisk form. Det gjøres derfor også kartlegginger av andre faktorer, som rusmønster. Noen ganger oppdages somatiske plager etter lengre tid fordi personens rusproblemer har *skygget over dem*. Hun forteller at når arbeidet ikke gjøres systematisk nok skjer slike feil. Det gjøres derfor i dag kartlegginger og rekartlegginger.

Samtidig forteller også virksomhetslederen for psykisk helse at Profil benyttes til å skrive avvik.

⁵ DUDIT og AUDIT er anerkjente kartleggingsmetoder for rusproblemer og psykiske lidelser/problemer.

Vurderinger

Kommunen skal gi nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusavhengighet

Revisor har fått godtgjort ved dokumentgjennomgang og sammenfallende tilbakemeldinger fra respondentene at kommunen i stor grad gir nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusavhengighet.

Vi merker oss imidlertid tilbakemeldinger fra avdelingsleder for psykiatri- og rustjenesten, samt en kommunelege om at kommunen ikke alltid får mulighet til å gi forsvarlig helsehjelp. Det skyldes ofte at *særdeles syke* mennesker likevel kan være samtykkekompetente og avslå tilbud om oppfølging/behandling.

Koordinator for psykisk helse forteller også at de ikke alltid klarer å gi brukere det helsetilbudet som det er behov for, og at brukerne ikke alltid ønsker å ta imot et helsetilbud som helsetjenesten mener det er behov for.

Vi har på bakgrunn av uttalelsene fra respondentene ikke grunnlag for å hevde at kommunen bryter lovens krav. Vi vurderer likevel at uttalelsene sammenholdt med det øvrige datagrunnlaget for denne undersøkelsen, indikerer en risiko for at forsvarlige helse- og omsorgstjenester ikke bestandig blir gitt til ROP-brukere.

Revisor vurderer at kriteriet i stor grad er oppfylt.

Brukerne skal gis et individuelt tilpasset tjenestetilbud

Revisor har fra flere av respondentene fått tilbakemelding om at avdelingene innenfor psykisk helse har formelle skriftlige metoder for å kartlegge og følge opp den enkelte bruker. Her inngår skriftlige rutiner, rapporter, kartleggingsskjema, m. m. som revisor også har blitt forelagt utplukk av i forbindelse med mappegjennomgang.

Revisor merker seg positivt tilbakemeldinger gitt fra flere av kommunens ansatte vedrørende oppfølging/behandling. Kommunen forteller at de strekker seg for å følge opp, og ta direkte kontakt med brukere som av ulike årsaker har gjort seg utilgjengelige for kommunen.

Vi finner etter vår samlede vurdering det godtgjort at kommunen i stor grad gir brukerne et individuelt tilpasset tjenestetilbud. Vi bemerker likevel at det ifølge Plan for styrking av habilitering og rehabilitering, i liten grad blir gitt individuelle planer (IP). Dette bekrefter også virksomhetsleder for psykisk helse.

Revisor vurderer at kriteriet i stor grad er oppfylt.

Kommunen skal fatte enkeltvedtak når det ytes helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 der loven stiller krav om slike vedtak

Revisor har fått forelagt flere enkeltvedtak for forskjellige typer tjenester innenfor rus- og psykiatriområdet i Alta kommune.

Virksomhetsleder for psykisk helse forteller at det først og fremst er personer som er til behandling som har enkeltvedtak. Ved oppfølgingstilbud der det ikke er krav om enkeltvedtak, blir det i større grad benyttet oppsøkende metodikk.

Revisor finner etter en samlet gjennomgang godtgjort at kommunen i hovedsak fatter enkeltvedtak der loven stiller krav om det.

Revisor vurderer at kriteriet er oppfylt.

Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom deltjenester innad i kommunen, og med andre tjenesteytere

Respondentene gir en sammenfallende fortelling om at kommunen har jevnlig samarbeid og kontakt både innad i kommunen, og med eksterne tjenesteytere. En del samarbeidsmøter internt i kommunen og med UNN Åsgård arrangeres etter behov.

Virksomhet for psykisk helse har faste møter med politiet to ganger i måneden. Virksomheten opplever samarbeidet med både spesialisthelsetjenestene, politiet og NAV som godt. Politiet forteller også om et godt samarbeid.

Avdelingsleder for psykiatri- og rus forteller at kommunen samarbeider med Betania som driver dagtilbud og utleieboliger for brukere. Betania beskriver også et tett samarbeid med kommunen.

Revisor vurderer at kriteriet er oppfylt.

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Alta kommune har en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

Revisor vurderer at kriteriet er oppfylt.

Kommunen skal sørge for at den koordinerende enheten har nødvendig kompetanse, kapasitet, samt hensiktsmessig organisering

Plan for styrking av habilitering og rehabilitering sier at det er et behov for å styrke den koordinerende enheten i kommunen. I følge planen har koordinerende enhet ikke tilfredsstillende organisering og drift. Individuelle planer blir, som tidligere omtalt, i liten grad brukt som planleggings- og samhandlingsverktøy. Helse og sosialtjenesten ser behov for å styrke flere av rollene.

Virksomhetsleder for psykisk helse forteller at virksomheten ikke har hatt mye å gjøre med koordinerende enhet direkte. Virksomhetens egen saksbehandler, som i praksis er en forløpskoordinator, har derimot fungert som et bindeledd mellom virksomheten og koordinerende enhet. I tillegg har virksomheten hyppig kontakt med kommunens overordnede samhandlingskoordinator.

Revisor vurderer at koordinerende enhet i mindre grad har nødvendig kompetanse, kapasitet, samt hensiktsmessig organisering. Vi finner det likevel godt gjort at kommunen i stor grad sikrer brukerne koordinerte tjenester gjennom forløpskoordinatoren og samhandlingskoordinatoren.

Revisor vurderer at kriteriet i mindre grad, men til dels er oppfylt.

Kommunen skal sørge for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å utføre de pålagte oppgavene overfor personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusproblemer

Revisors gjennomgang av kommunens dokumenter og respondentene gir i stor grad en sammenfallende fortelling om at *psykiatrisektoren* generelt, og *psykiatri- og rus* spesielt, i kommunen har utviklet seg til å bli mer omfangsrik. I følge respondentene har kommunen tidligere hatt for liten kapasitet, men kapasiteten oppleves i dag som tilstrekkelig. Vi merker oss stillingsutlysningene som ligger ute ved undersøkelsens tidspunkt. Vi vurderer at det er med å godtgjøre at kommunen gjør nødvendige tiltak for å opprettholde eller utvide kapasiteten og kompetansen.

Alta kommune har ikke hatt noen formell kompetanseplan, men holder på å utvikle en. Kommunen har nylig tilsatt kommunepsykolog, etter å ha manglet psykolog en stund. I mellomtiden har en pensjonert kommuneoverlege bidratt til medisinskfaglige vurderinger.

Revisor finner det godtgjort at kommunen i stor grad sørger for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å utføre de pålagte oppgavene. Vi anser likevel sektoren som sårbar, ettersom den erfaringsmessig har hatt en forholdsvis stor utskiftning av personell. Vi finner det godtgjort at kommunen gjør de nødvendige tiltakene for å opprettholde eller skaffe tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i sektoren.

Revisor vurderer at kriteriet i stor grad er oppfylt.

Kommunen skal ved hjelp av vedtatte verktøy/sjekkliste kartlegge brukernes tjenestebehov med hensyn til: rusproblem, psykiske og somatiske helse, samt boferdigheter

Dokumentgjennomgangen viser at kommunen har kartleggingsskjemaer som utreder faktorer som rusproblemer, psykisk og somatisk helse, samt boferdigheter. Revisor har gjennomgått flere utfylte kartleggingsskjemaer.

Sammen med fortellingen til respondentene finner revisor det også godtgjort at kommunen aktivt bruker de vedtatte verktøyene til å kartlegge brukernes tjenestebehov med hensyn til rusproblem, psykisk og somatisk helse, samt boferdigheter.

Revisor vurderer at kriteriet er oppfylt.

Kommunen skal ha skriftlige beskrivelser for hvordan utførelsen av kartlegging og oppfølging av brukerne skal foregå, kvalitetssikres og dokumenteres

Revisors gjennomgang viser at kommunen benytter kartleggingsskjemaer. Respondentene forteller også at kommunen har et formalisert skriftlig arbeid i den forbindelse.

Gjennomgangen viser at kommunen har skriftlige beskrivelser for hvordan utførelsen av kartlegging og oppfølging av brukerne skal foregå, kvalitetssikres og dokumenteres.

Revisor vurderer at kriteriet er oppfylt.

KONKLUSJON

I hvilken grad mottar personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusavhengighet (ROP-lidelser) et forsvarlig tjenestetilbud fra kommunen?

Revisjonens undersøkelse viser at personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusavhengighet (ROP-lidelser) i stor grad mottar et forsvarlig tjenestetilbud fra kommunen.

Vi vurderer at kommunen benytter systematiske faglige arbeidsmetoder, og aktivt sørger for å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å kunne gi et forsvarlig tjenestetilbud.

Imidlertid har det i perioder vært problemer med å få rekruttert, samt beholde, personer med rett kompetanse. Gjennomgangen tyder også på at organiseringen av det aktuelle tjenesteområdet i kommunen tidligere ikke var hensiktsmessig. Ved undersøkelsestidspunktet er sektoren inne i en omstillingsperiode.

4 ANBEFALINGER

Revisjonen anbefaler at kommunen i stor grad viderefører og videreutvikler dagens organisering med bruk av oppsøkende metodikk, og skriftlige kartlegginger med vedtak. Vi vil likevel anbefale at kommunen:

- vurderer å iverksette tiltak som i enda større grad sikrer at forsvarlig oppfølging og behandling av ROP-brukere blir gitt
- vurderer i hvilken grad koordinerende enhet har en hensiktsmessig organisering, kapasitet og kompetanse

5 KILDER OG LITTERATUR

Rettslige kilder og faglitteratur

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om habilitering og rehabilitering individuell plan og koordinator

Kommunale planer

- Alkoholpolitisk handlingsplan 2020-2024 – høringsdokument
- Alta kommune – kommunedelplan for boligpolitikk 2019 -handlingsprogram
- Alkoholpolitisk handlingsplan
- Alta vil 2015-2027
- Kommunedelplan for helse og sosial
- Kommunedelplan for helse og sosial 2013-2020
- Plan for psykiatri og rustjenestene 2014-2020
- Plan for styrking av habilitering og rehabilitering. Plan for perioden 2020- 2023

Interne dokumenter: planer, rutiner, kartlegging, oppfølging o. l.

- Arbeidsbeskrivelse/dagsplan Dalebakken
- Boplan 3400
- Boligsosiale prosjekter i Alta kommune. Byggløfte -Hammarjordet. Ta trappen. Miljøvaktmester
- BP 2767
- Daglige rutiner for arbeidsoppgaver på Dalebakken
- Enkeltvedtak (flere)
- Faglig utøvelse i Dalebakken
- Handlingsplan (flere)
- Husregler Dalebakken boliger
- Hva gjør du hvis det begynner å brenne
- Inntaksrutiner ved Dalebakken
- Kartlegging -og risikovurdering (flere)
- Nødnummer
- Opplæringsplan for Dalebakken
- Overordnet regler og rutiner for Dalebakken
- Overordnet sikkerhetsrutiner
- Risikodiagram (flere)
- ROS-analyse 3400
- Rus og psykiatri (utdrag fra overordnet analyse)
- Rutine boplan
- Rutine i forbindelse med pasienter som bør inn til Legevakt for vurdering
- Rutiner av konsekvenser ved bruk av rusmidler i fellesarealet
- Rutiner av konsekvenser ved fysisk utagering mot personalet
- Rutiner av konsekvenser ved fysisk vold mot personalet
- Rutiner av konsekvenser ved verbal utagering mot personalet

- Rutiner av konsekvenser ved våpenbruk mot personalet
- Rutiner dersom beboer ikke etterkommer ordre om å forlate fellesarealet
- Rutiner etter trusler og voldsepisoder
- Rutiner for renhold Dalebakken
- Rutiner ved en krisesituasjon
- Rutiner ved kjøring av brukere
- Rutiner ved risikosituasjoner
- Situasjonsbeskrivelse Dalebakken
- Stillingsutlysninger
- Ved dødsfall eller alvorlig ulykker
- Virksomhet for psykisk helse - Organisasjonskart

Saksfremlegg/protokoller

- Protokoller Alta kontrollutvalg: 21.09.2020 og 9.11.2020.
- SAK-26-2020-og-SAK-27-2020VEDLEGG-Risiko-og-vesentlighetsvurderinger-Alta-kommune-Forvaltningsrevisjon-og-eierskapskontroll
- Saksframlegg vedrørende Plan for psykiatri- og rustjenestene

Andre kilder

[fact-handbok.pdf \(rop.no\)](#)

Vedlegg 1: Kommunedirektørens kommentarer

Fra: Bjørn-Atle Hansen <Bjorn-Atle.Hansen@alta.kommune.no>

Sendt: fredag 15. oktober 2021 13:24

Til: Jørund Sagedal <jorund.sagedal@vefik.no>

Kopi: Aud Opgård <aud.opgard@vefik.no>; Bjørn-Christian Johansen <bjorn@vefik.no>

Emne: SV: Rus og psykisk helsevern - forvaltningsrevisjonsrapport, høringsutgave

Hei

Jeg har drøftet forvaltningsrevisjonsrapporten «Alta kommune, rus og psykisk helsevern» med kommunalleder Helse/sosial.

Vi konkluderer med at rapporten gir en tilfredsstillende beskrivelse av tjenesteområdet.

Jeg har ingen ytterligere kommentarer til forvaltningsrevisjonsrapporten.

Med vennlig hilsen
Bjørn-Atle Hansen
rådmann



Alta kommune | Rådmann

Sandfallveien 1, 9510 Alta | Tlf 957 65 212

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er samlebetegnelsen på de krav og forventninger som brukes i den enkelte forvaltningsrevisjon for å vurdere den reviderte virksomhet. Kriteriene holdes opp mot faktagrunnlaget, og danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

Nedenfor følger en presentasjon av revisjonskriteriene som er lagt til grunn i undersøkelsen, der det blir redegjort for grunnlaget for kriteriene:

I hvilken grad mottar personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusavhengighet (ROP-lidelser) et forsvarlig tjenestetilbud fra kommunen?

- Kommunen skal gi nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusavhengighet
- Brukerne skal gis et individuelt tilpasset tjenestetilbud
- Kommunen skal fatte enkeltvedtak når det ytes helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 der loven stiller krav om slike vedtak
- Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom deltjenester innad i kommunen, og med andre tjenesteytere
- Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- Kommunen skal sørge for at den koordinerende enheten har nødvendig kompetanse, kapasitet, samt hensiktsmessig organisering
- Kommunen skal sørge for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å utføre de pålagte oppgavene overfor personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusproblemer
- Kommunen skal ved hjelp av vedtatte verktøy/sjekklistor kartlegge brukernes tjenestebehov med hensyn til: rusproblem, psykiske og somatiske helse, samt boferdigheter
- Kommunen skal ha skriftlige beskrivelser for hvordan utførelsen av kartlegging og oppfølging av brukerne skal foregå, kvalitetssikres og dokumenteres

Revisjonskriteriene er utledet fra:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om habilitering og rehabilitering individuell plan og koordinator

Det fremgår av lovgivningen at kommunene skal sikre innbyggere med samtidige psykiske lidelser og rusproblemer nødvendig tjenestetilbud. Det stilles krav om det skal ha en viss minstekvalitet (forsvarlig), og være helhetlig og koordinert.

Om kommunens overordnede ansvar

Kommunen har det overordnede ansvaret for at alle som oppholder seg i en kommune tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgsloven 3-1 lovfester det kravet, som gjelder alle pasientgrupper. Kommunens overordnede ansvar gjelder uavhengig av hvilke offentlige organ som utfører tjenestene.

Individuelt tilpasset tjenestetilbud

Kommunen skal ha et tjenestetilbud som er forsvarlig tilpasset den enkelte bruker. I begrepet forsvarlig legges det til grunn at brukerne skal få et helsetilbud som tilfredsstiller lovens krav til forsvarlig helsetilbud. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 sier:

"Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud

b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud

c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter

d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene"

Kommunen skal ha skriftlige rutiner for å sikre at det nødvendige utførte helsetilbudet blir dokumentert og kvalitetssikret.

Forebyggende tiltak

Lovgivningen stiller krav til at kommunen skal yte forebyggende tiltak for å fremme helse, og redusere sykdom. Det gjengis flere steder i lovs form, og er dessuten tydeliggjort i retningslinjer.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 sier:

«Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.»

Videre sier loven i § 4-2:

«Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet».

Det kan derfor legges til grunn at ut fra aktuelle faglige hold er det viktig at det utføres systematisk forebyggende arbeid rettet mot personer med rus/psykiske problemer.

Koordinator

Kommunen har ansvar for å koordinere helsetilbudet til innbyggerne. Det gjelder uavhengig av hvem utfører de enkelte delene av helsetilbudet.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 stiller krav om at kommunen skal tilby koordinator til brukere og pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

«Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.»

Koordinerende enhet

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet.

Det framgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

Individuelle planer

Både Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, og Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 gir brukere med behov for langvarige og koordinerte helsetilbud rett til individuelle planer.

Kommunen skal ha et tjenestetilbud som er helhetlig og koordinert tilpasset den enkelte bruker. Med dette menes at brukerne skal få et individuelt tilpasset helsetilbud som hindrer fragmenterte helseoppfølgninger.

Rutiner for oppfølging av det helhetlige og koordinerte tjenestetilbudet

Kommunen skal ha rutiner for å følge opp at helse- og omsorgstjenestene som ytes er organisert, og praktiseres, slik at det gir brukerne helhetlig og koordinert tjenestetilbud, i motsetning til et fragmentert tilbud. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 c stiller krav om at kommunen skal ha rutiner for å følge opp at det helhetlige og koordinerte tjenestetilbudet blir ivarettatt for brukerne/pasientene.

Brukernes erfaringer og synspunkter

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 legger til grunn at den enkelte pasient eller bruker får anledning til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Medvirkningens form skal tilpasses den enkelte pasienten/brukerens evne til å ta og gi informasjon, dette gjelder også for barn. Dersom pasienten/brukeren ikke har samtykkekompetanse kan nærmeste pårørende være med som bistand.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 legger til grunn at kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har systemer for å innhente brukernes erfaringer og synspunkter.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 4 stiller krav om den enkelte pasient/bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringsopplegg.

De overnevnte bestemmelsene viser hvilke plikter kommunen har til å gi innbyggerne helse- og omsorgstjenester. Bestemmelsene viser tydelig at pasientene/brukerne har rett til å medvirke og bli hørt angående sine egne tjenester. Dersom en pasient/bruker ikke har anledning/evne til å selv uttale seg, eller medvirke, har vedkommende rett til å la en pårørende bistå.

Nærmere om forsvarlighetsbegrepet:

Helsehjelpen som ytes skal være forsvarlig, jf. hol. § 4-1. Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Dette innebærer at innholdet i kravet bestemmes av hva som til enhver tid er anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Forsvarlighetskravet setter ikke bare krav til den faglige kvaliteten, men også til at tjenestene ytes i tide og har et tilstrekkelig omfang.

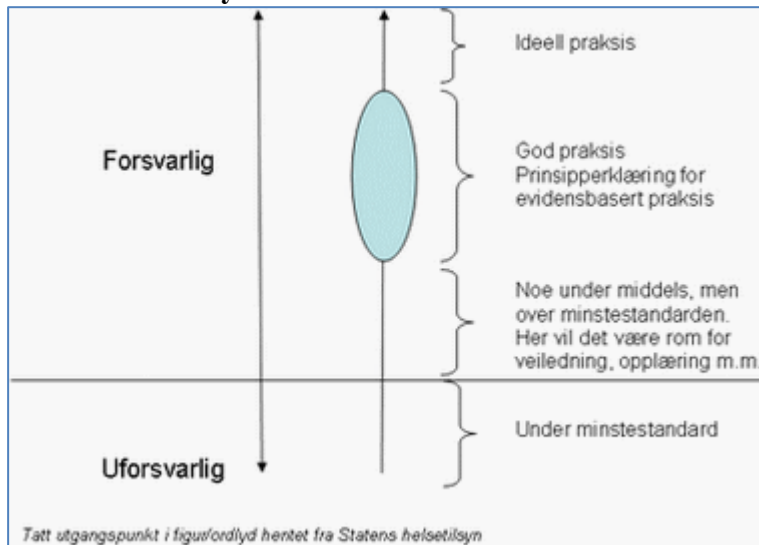
Kravet retter seg mot den faglige aktiviteten som skjer i helse- og omsorgstjenesten – når pasienter og brukere mottar helse- og omsorgstjenester. Kravet handler om kvalitet og standard på tjenesten. På systemnivå er kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring – viktige når vi snakker om at en virksomhet drives faglig forsvarlig

Det følger av hol. § 4-1 at kravet om forsvarlighet også omfatter at tjenestetilbudet skal være verdig, helhetlig og koordinert. Dette må ses i sammenheng med kommunens plikt etter hol. § 3-4 første ledd til å legge til rette for samarbeid og samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere. Fastlegene vil ofte være ansvarlig for, eller involvert i, prosesser om tvungen helsehjelp. I forskrift om fastlegeordningen i kommunene § 8 er det presisert at kommunens samarbeidsplikt i hol. § 3-4 også omfatter å legge til rette for samarbeid med fastlegen, og et slikt samarbeid må nødvendigvis omfatte situasjoner der fastlegen er ansvarlig for helsehjelp som kommunens helse- og omsorgstjeneste skal gjennomføre.

Kravet til forsvarlighet i tjenestelovgivningen pålegger virksomheten en plikt til organisering og etablering av rutiner og prosedyrer som sikrer forsvarlige helsetjenester. Plikten innebærer også at virksomhetens eier og ledelse har ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.

Kvalitet og standard på helse- og omsorgstjenester variere over en skala fra optimale tjenester til helt elendige tjenester (krigstilstander). Det er ingen krav til optimale tjenester. Statens helsetilsyn har utarbeidet en modell som brukes i forbindelse med sin tilsynsvirksomhet som illustrerer dette:

Statens helsetilsyns modell:



Denne logikken gjelder også på systemnivå. Ansvarlig for dette vil være ledelsen linjeledelsen. En stor del av dette handler om å ivareta – sørge for å implementere kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Dersom det er lite av kravene i forskriften som er implementert, og lar seg etterspore, så blir det vanskelig å argumentere for at man driver forsvarlig – og motsatt.

Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette er inntatt i bestemmelsens siste setning og må ses i sammenheng med kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet. I praksis innebærer dette at virksomhetens ledelse må sørge for at helsepersonellet har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet. Det må gjøres en vurdering av hva som kan være risikofylte deler av pasientbehandlingen og hvordan virksomheten skal sikre at pasientsikkerheten på disse områdene blir ivaretatt. Videre må virksomhetens ledelse utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helselovgivningen.

Vedlegg 3: Metode og gjennomføring

Generelt om forvaltningsrevisjon

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av kommunens økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak.

De sentrale elementene for planlegging, gjennomføring og kvalitetssikring av forvaltningsrevisjoner bygger på *Standard for forvaltningsrevisjon* (RSK 001). Standarden angir god kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon. Med utgangspunkt i temaer og problemstillinger som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget, utledes relevante revisjonskriterier. Deretter kartlegges og beskrives de undersøkte virksomhetenes systemer, praksis eller resultater på aktuelle områder. Faktabeskrivelsen blir så vurdert opp mot revisjonskriteriene, med vekt på avvik og sammenfall. Dette leder frem til konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

Beskrivelse av prosjektgjennomføringen

Oppstart

Oppstartsbrevet ble sendt rådmannen 29.01.2021. Den 1. februar utpekte rådmannen virksomhetsleder for Psykisk Helse, Sara Kristine Loso til kontaktperson.

Oppstartsmøtet ble avholdt på Alta helsesenter den 15.02.2021. Til stede fra revisjonen deltok prosjektleder og oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor/prosjektmedarbeider. Fra revidert enhet deltok kontaktpersonen.

Datainnsamling og metode

Prosjektgruppen valgte å innlede prosjektet ved å la kontaktpersonen gi en innførende redegjørelse i oppstartsmøtet om kommunens organisering innenfor det aktuelle tjenesteområdet. I den forbindelse ba prosjektleder om å få tilsendt de sentrale styringsdokumentene, utplukk av enkeltvedtak, oppfølgingssamtaler og andre relevante dokumenter.

Etter å ha mottatt de første dokumentene gikk revisor i gang med planleggingen av datainnsamlingen.

Revisor vurderte at problemstillingen med tilhørende kriterier i stor grad har kvalitativt innhold, og valgte derfor å ta i bruk kvalitative semistrukturerte intervjuer som en del av den samlede datainnsamlingen.

Semistrukturert intervju er et begrep innenfor samfunnsvitenskapen som betyr at intervjuet tar utgangspunkt i en utarbeidet guide, samtidig som relevante oppfølgingsspørsmål blir stilt, og andre spørsmål kan utelates når det åpenbart ikke er interessant/relevant å stille dem.

I løpet av våren 2021 ble gjennomføringen av datainnsamlingen satt noe på vent etter at oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor/prosjektmedarbeider ble ansatt i Alta kommune. Det medførte at oppdragsansvarlig/prosjektmedarbeiders uavhengighet til revidert enhet ble vurdert som utilstrekkelig. Situasjonen medførte også at revisor (prosjektleder) ikke fritt kunne diskutere faglige spørsmål med oppdragsansvarlig revisor/prosjektmedarbeider.

Revisjonen har som prosedyre å fortrinnsvis benytte medreferent ved prosjektmedarbeider under intervjuer. Standard for forvaltningsrevisjon RSK 001 legger til grunn at det fortrinnsvis skal benyttes medreferent ved intervjuer. Revisor gjennomførte intervjuene først etter at revisjonssjefen fikk oppnevnt en ny prosjektmedarbeider.

I den videre kvalitetssikringen av rapporten har revisor knyttet til seg ekstern kvalitetskontrollør som Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS benytter seg av fast, samtidig som revisjonssjefen fungerer som oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor for Alta kommune.

Virksomhetsleder for psykisk helse, og avdelingsleder for psykiatri og rustjenesten ble av revisor vurdert som to av de mest sentrale respondentene. I tillegg vurderte revisor to avdelingsledere for

boliger som sentrale respondenter ettersom kommunen har boligtilbud for ROP-brukere (og andre) med reelt behov. Prosjektgruppen valgte dermed å gjennomføre intervjuer med de fire respondentene. I samråd med respondentene valgte revisor å gjennomføre intervjuene som to gruppeintervjuer med to på hvert intervju.

Begrunnelsen for å benytte gruppeintervju var på den ene siden fordi de respektive respondentene arbeider tett sammen. Derfor anså vi det som hensiktsmessig å få frem dynamikken i arbeidsmetodene, samtidig som respondentene ville kunne bekrefte hverandres påstander, for på den måten gi intervjudataene en ytterligere pålitelighet.

På den andre var det mer effektivt for tidsbruken i prosjektet å utvikle to intervjuer i stedet for fire.

På grunn av smittesituasjonen ble revisor og respondentene enige om å gjennomføre intervjuene digitalt over Teams.

Det første intervjuet ble gjennomført sommeren 2021. Til stede fra revisjonen deltok prosjektleder og prosjektmedarbeider. Fra kommunen deltok virksomhetsleder for Psykisk Helse og avd. leder ROP-tjenester.

Det andre intervjuet ble også gjennomført sommeren 2021. Til stede fra revisjonen deltok prosjektleder og prosjektmedarbeider. Fra kommunen deltok avdelingsleder for Psykiatri og rustjenesten og avdelingsleder for Boligtjenesten.

Ved dokumentgjennomgang etterspurte revisor styringsdokumenter m. m. i oppstartsmøtet, og fikk det tilsendt. For øvrig har revisor tatt kontakt med kontaktpersonen over telefon og epost, fulgt opp med bekreftende epost, og fått tilsendt dokumenter på epost.

I tillegg har revisor gjennomført epostintervjuer og en kvalitativ spørreundersøkelse. Epostintervjuene ble sendt til ansatte i kommunen, politiet, og Betania.

Den kvalitative spørreundersøkelsen ble sendt til de aktuelle miljøarbeiderne og miljøterapeutene i kommunen. Revisor sendte undersøkelsen den 2. juli 2021, og fikk samtidig kontaktpersonen til å sende ut en felles epost til respondentene med oppfordring om å besvare undersøkelsen. Revisor la samtidig inn en automatisk påminnelse til 26. juli.

Undersøkelsen ble sendt ut til ni ansatte, og vi fikk svar fra to. Av de to svarte en miljøarbeider og en miljøterapeut. Medio august satt revisor sluttstrek etter at det ikke hadde kommet flere nye svar. Vi har vurdert at det ikke har vært avgjørende for det samlede datagrunnlaget til rapporten å innhente flere svar fra miljøarbeiderne og miljøterapeutene. Revisor har vurdert det som mer hensiktsmessig å styrke deler av datagrunnlaget gjennom andre kilder.

Gyldighet og pålitelighet

Revisjonens kvalitetssikring av datagrunnlaget omfatter en vurdering av dataenes gyldighet og pålitelighet. Med gyldighet menes hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle eller undersøke, mens pålitelighet refererer til hvor nøyaktig innsamlingen av data har vært.

Undersøkelsen bygger på data innhentet ved hjelp av flere metoder og fra ulike datakilder. I denne undersøkelsen har vi ved dokumentgjennomgang innhentet kommunens styringsdokumenter, utplukk av referater fra oppfølgingssamtaler, enkeltvedtak, oppfølgingsplaner.

Vi har gjennomført kvalitative intervjuer med relevante ansatte i kommunen, og sendt ut en anonym kvalitativ spørreundersøkelse til de relevante miljøarbeiderne og miljøterapeutene i kommunen.

De gjennomførte intervjuene ble sendt på verifisering til respondentene etter kort tid. Vi fikk til svar fra alle sammen at referatene ble godkjente uten merknader.

Formålet med spørreundersøkelsen har vært å få skriftlige tilbakemeldinger gjennom kommentarbokser om respondentenes oppfatninger av psykiatri og rustjenesten.

Ettersom spørreundersøkelsen har hatt et kvalitativt formål fremfor et kvantitativt statistisk formål har vi valgt å avslutte spørreundersøkelsen etter én puring, og tatt inn svarene i rapporten. Det vil si at det ikke har vært meningen å måle om f. eks to av fire miljøarbeidere mener en ting og noen andre mener noe annet. Vi har i stedet søkt etter uttalelser fra fagpersoner som er med på å triangulere det samlede datagrunnlaget til rapporten.

For øvrig har vi gjennomført epostintervjuer med andre ansatte i kommunen, Betania, samt politiet. Gjennom epostintervjuene har vi i stor grad fått tilbakemeldinger som gir den samme virkelighetsbeskrivelsen som intervjuene. Vi mener det er med å styrke påliteligheten til det samlede datagrunnlaget til rapporten.

Revisjonen sendte rapporten på verifisering den 17. september 2021 og mottok svar den 6. oktober 2021. Revisor fikk tilbakemelding om noen mindre faktum som ikke var fremstilt helt presist i rapporten. Tilbakemeldingene var likevel ikke av en karakter som hadde noen betydning for vurderingene i rapporten. Revisor har derfor ikke gjort noen større endringer, men korrigert de åpenbare feilaktige fremstillingene.

Intern kvalitetssikring

Gjennomføringen av denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon og ISQC1⁶. Undersøkelsen og rapporten er vurdert å ha nødvendig faglig og metodisk kvalitet, herunder også konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Høring

Rådmannen har fått anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som fremgår av rapporten.

Rapporten ble sendt på høring til rådmannen den 7. oktober 2021.

Revisjonen mottok svar fra rådmannen den 15. oktober 2021.

Høringssvaret har ikke ført til endringer i rapporten. Revisor har likevel foretatt enkelte mindre korrigeringer som ikke har hatt noen betydning for vurderingene i rapporten.

Høringssvaret fremgår av rapportens vedlegg 1.

6 International Standard on Quality Control 1