



Vestfold
og Telemark
revisjon

Psykisk helsearbeid i Larvik kommune

Forvaltningsrevisjon Larvik kommune

Innhold

Sammendrag	3
1. Innledning	6
1.1. Kontrollutvalgets bestilling	6
1.2. Problemstilling og revisjonskriterier	6
1.3. Avgrensning.....	7
1.4. Metode og kvalitetssikring	7
1.5. Kommunedirektørens uttalelse.....	7
2. Organisering	8
2.1. Virksomhet for psykisk helse og avhengighet	8
2.2. Bruker-/pasientgruppen.....	10
3. Tilpasset psykisk helsehjelp?	12
3.1. Utredning av hjelpebehov	12
3.2. Brukermedvirkning	18
3.3. Helhetlige og koordinerte tjenester	22
3.4. Vedtak, iverksetting og revurdering av tjenestetilbud	26
4. Konklusjoner og anbefalinger	32
4.1. Konklusjoner.....	32
4.2. Anbefalinger.....	32
Litteratur og kildereferanser	33
Vedlegg	34
Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse	34
Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring	36

Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt om Larvik kommune har tiltak og praksis som sikrer at tilbud om psykisk helsehjelp er tilpasset brukerens/pasientens behov. Vi har sett på

- utredning av hjelpebehov
- brukervedvirkning
- hvordan kommunen jobber for å sikre at tjenestene er helhetlige og koordinerte
- vedtaket, iverksetting og revurdering av vedtaket

Vi mener at Larvik kommune har tiltak og praksis medvirker til å sikre at tilbud om psykisk helsehjelp er tilpasset brukerne og pasientenes behov. Samtidig mener vi at kommunen har mangler på området. Disse er at

- kommunen ikke har tiltak for å bruke brukererfaringer systematisk til å utvikle tjenesten.
- kommunen ikke har rutiner som i tilstrekkelig grad sikrer helhetlige og koordinerte tjenester.
- kommunen ikke tidfester i vedtak om tildeling av tjenester, når tjenesten skal iverksettes.

Utredning

Vi mener at kommunen har rutiner for å utrede søknader og henvendelser om hjelp. Under pandemien begynte kommunen å kartlegge tjenestebehov over telefon. Tidligere ble slik kartlegging gjort i fysisk møte mellom saksbehandler og søker. Våre funn tyder på at utredningene blir like gode når kartlegging skjer over telefon, men kommunen må oppdatere rutinene sine dersom dette skal bli fast praksis.

Stikkprøver av søknader viste ellers at utredning av søknader ble gjort i samsvar med fastsatte rutiner. Vi mener at kommunen i all hovedsak har rutiner og praksis som sikrer at hjelpebehov blir forsvarlig utredet.

Brukermedvirkning

Larvik kommune har i liten grad rutiner og tiltak for å bruke brukererfaringer systematisk til å utvikle tjenestene. Et tiltak er faste møter med to brukerorganisasjoner, og tilbakemeldingen fra én av brukerorganisasjonene er svært positiv når det gjelder samarbeidet med kommunen. Den andre brukerorganisasjonen svarte ikke på vår henvendelse. Kommunen ønsker å innføre flere tiltak for å bruke brukererfaringer systematisk, bla. brukerråd og brukerundersøker.

Vi mener at kommunen har tiltak og rutiner for å sikre at den enkelte bruker får medvirke i eget tjenestetilbud. Brukernes synspunkter var innhentet i de sakene vi undersøkte, og informasjon gitt i intervjuer tyder på at brukerne er aktivt med på å utforme sitt tjenestetilbud.

Helhetlige og koordinerte tjenester

Kommunen har plikt til å sørge for at brukere og pasienter får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Kommunen skal bla. ha koordinerende enhet og rutiner for arbeidet med individuell plan. Kommunen har etablert koordinerende enhet og har rutiner for individuell plan, men systemet for å lage individuelle planer har fungert dårlig. Kommunen mener selv at det ikke har blitt utarbeidet planer for alle de som har rett og behov for slik plan.

Virksomhet for psykisk helse og avhengighet mener at individuell plan ikke er den beste måten å sikre helhetlige og koordinerte tjenester for deres brukergruppe. Selv om brukerne/pasientene ikke har rett på eller ikke vil ha individuell plan/koordinator, har kommunen likevel plikt til å sørge for at tjenestene er helhetlige og koordinerte. Vi finner ingen rutine som beskriver hvordan tjenester til slike brukere/pasienter skal koordineres og samordnes. Ifølge virksomheten er det ulike samarbeidsmøter og primærkontakter som skal sørge for koordinering. Det er utarbeidet rutiner både for ansvarsgrupper og for primær-/sekundærkontakter, men vi mener at rutinene er uklare.

Samlet sett, mener vi at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har rutiner og tiltak for å sikre at brukerne får helhetlige og koordinerte tjenester.

Vedtaket, iverksetting og revurdering

Vi mener at kommunen har nødvendige tiltak for å treffe, iverksette og revurdere vedtak.

Vår stikkprøvekontroll av vedtak viser at vedtakene er begrunnet og opplyser om klageadgang. Vedtakene opplyser hva slags tjenester som er innvilget og omfanget. Gjennomgangen av vedtak viste at det var vanlig å tildele én time psykisk helsehjelp annenhver uke. Dette kan tyde på en viss standardisering av tjenestetilbudet, noe som strider mot prinsippet om individuelt tilpassede tjenester. Samtidig har terapeutene i virksomheten, ansvar for at vedtaket revurderes dersom de mener det er feil, noe som vil medvirke til at vedtaket tilpasses brukerens/pasientens behov.

Vedtakene som vi kontrollerte, opplyste ikke om *når* tjenesten skulle iverksettes, og ifølge informasjon som kom frem i intervjuer kan det være lang ventetid på enkelte tjenester. Helse- og omsorgstjenester skal iverksettes innen forsvarlig tid. Tjenestekontorets vurdering av hva som er forsvarlig, fremgår av hastegraden de gir saken. Helsedirektoratets veileder presiserer at det skal fremgå av vedtaket til hvilken tid tjenesten skal gis. Kommunen bør tidfeste når det er sannsynlig at tjenesten vil iverksettes. Mottakeren av tjenesten har klagerett på alle sider av vedtaket, det

omfatter også klagerett på når tjenesten skal iverksettes. Når kommunen ikke har tidfestet dette, blir det vanskelig å klage dersom mottakeren mener at iverksettelsestidspunktet ikke er forsvarlig.

Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å

- sørge for at rutiner for saksutredning er oppdatert i samsvar med ønsket praksis
- etablere tiltak for å bruke brukererfaringer til å utvikle tjenestene
- etablere tiltak for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester
- tidfeste iverksettelse av innvilget tjeneste i vedtakene

Bø, 10. oktober 2022

1. Innledning

1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Larvik kommune i sak 40/21. Bakgrunnen for bestillingen er plan for forvaltningsrevisjon 2020-2023.

Reglene om forvaltningsrevisjon står i kommuneloven § 23-2 første ledd bokstav c, jf. § 23-3 og § 24-2 og i forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

1.2. Problemstilling og revisjonskriterier

Rapporten handler om følgende problemstilling:

Har Larvik kommune tiltak og praksis som sikrer at tilbud om psykisk helsehjelp er tilpasset brukerens/pasientens behov?

Herunder vil vi undersøke

- utredning av hjelpebehov
- brukervedvirkning
- hvordan kommunen jobber for å sikre at tjenestene er helhetlige og koordinerte
- vedtaket, iverksetting og revurdering av vedtaket

Revisjonskriteriene¹ i forvaltningsrevisjonen er hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven, forvaltningsloven, pasient- og brukerrettighetsloven og relevante forskrifter og veiledere. Kriteriene framgår under hver problemstilling nedenfor.

Forholdet til forvaltningsloven

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 gjelder forvaltningsloven kapittel IV og V for vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2, første ledd nr. 6 bokstav a til c og 3-8 som forventes å vare lenger enn to uker. Forvaltningsloven kapittel IV inneholder krav om hvordan enkeltvedtak skal forberedes, og kapittel V har krav til innholdet i enkeltvedtak.

Dette innebærer at det er krav om enkeltvedtak for følgende tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 6 bokstav a til c

¹ Det skal alltid etableres revisjonskriterier i forvaltningsrevisjon, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15. Revisjonskriterier er de regler og normer som gjelder innenfor det området vi skal undersøke. Revisjonskriteriene er grunnlaget for revisors analyser, vurderinger og konklusjoner.

- helsetjenester i hjemmet
- personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- plass i institusjon, herunder sykehjem

Psykisk helsehjelp består vanligvis av samtaleterapi, eksponeringsterapi og ulike typer praktisk bistand. Slik terapi/bistand kan ytes i brukerens hjem, i kommunens lokaler, på tur eller liknende, avhengig av brukerens ønsker og behov.

Psykisk helsehjelp og praktisk bistand som ytes i hjemmet, eller i tilknytning til hjemmet (eks. ulike turer), vil være «helsetjenester i hjemmet» og det må dermed ligge et enkeltvedtak til grunn for slike tjenester. Psykisk helsehjelp som gis i kommunes lokaler er ikke «helsehjelp i hjemmet» og det er dermed ikke krav om enkeltvedtak. I Larvik kommune er imidlertid psykisk helsehjelp en vedtakstjeneste, uavhengig av hvor tjenesten ytes. Kommunen har vurdert at tjenesten som oftest gis i hjemmet og at det derfor er krav om enkeltvedtak. Vi har derfor lagt kravene til enkeltvedtak til grunn for våre vurderinger i denne forvaltningsrevisjonen.

1.3. Avgrensning

Vi vurderer ikke om tildelte tjenester er forsvarlige ut ifra brukerens/pasientens behov, jf. bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven.

1.4. Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Anne Hagen Stridsklev, med Bente Hegg Ljøsterød som oppdragsansvarlig.

Vi har intervjuet ansatte i kommunen, og gjennomgått sentral dokumentasjon. Vi har også gjennomgått et utvalg søknader om psykisk helsehjelp for å vurdere kommunens saksbehandling.

Det står mer om metode og tiltak for kvalitetssikring i vedlegg 2 til rapporten.

1.5. Kommunedirektørens uttalelse

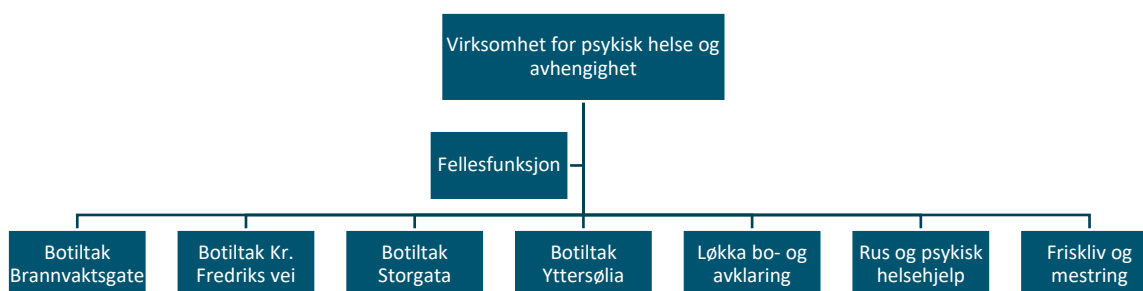
Rapporten er presentert i et møte med administrasjonen i kommunen og deretter sendt til uttalelse, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Uttalelsen fra kommunen har ikke ført til endringer i rapporten. Kommunedirektørens uttalelse ligger i vedlegg 1.

2. Organisering

2.1. Virksomhet for psykisk helse og avhengighet

Virksomhet for psykisk helse og avhengighet (VPA) har ansvar for å yte helsehjelp til personer over 18 år med hjelpebehov innenfor psykiatri og rusavhengighet. Virksomheten har som primæroppgave å tilby veiledning, terapi og behandling, i grupper og individuelt.

Virksomheten har i alt sju avdelinger med ulike ansvarsområder, og i tillegg en fellesfunksjon. Virksomhetsrådgiver og psykolog er tilknyttet fellesfunksjonen. Foruten å inneha en støttefunksjon for virksomhetsleder, har både virksomhetsrådgiver og psykolog rådgivnings- og oppfølgingsoppgaver overfor avdelingene.



Kort presentasjon av avdelingene

Rus og psykisk helsehjelp

Avdelingen gir helsehjelp etter vedtak til brukere og pasienter med utfordringer med psykisk helse og rus. Avdelingen følger opp rundt 500 aktive vedtak. Avdelingen har 28 ansatte. Av disse er det 24 ansatte som jobber som terapeuter i teamene. De fleste ansatte har helse- og sosialfaglig utdanning, noen med etterutdanning i psykisk helsearbeid eller kognitiv terapi.

Åtte ansatte jobber i turnus, kl. 8-22 på ukedagene og kl. 9-16 i helgene.

Avdelingen har flere team med ansvar for å følge opp ulike brukergrupper:

- Ungdomsteam – ansvar for brukere/pasienter i alderen 18-30 år med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse.
- Psykisk helseteam – ansvar for brukere/pasienter over 30 år som primært har psykiske utfordringer.
- Voksenteam – ansvar for brukere/pasienter som primært har utfordringer med rus og psykisk helse.

- Familieteam – ansvar for brukere/pasienter med barn

Innholdet i tjenestene, kan bla. bestå av

- motivasjons- og endrings samtaler
- eksponeringstrening for de med angst
- hjelp til koordinering overfor NAV, skole og arbeid
- praktisk bistand og opplæring, og veiledning i aktiviteter i dagliglivet
- administrering og utdeling av medisiner
- motivering for og henvisning til behandling for rusavhengighet
- oppfølging etter behandling

Ruskonsulentene i avdelingen driver i tillegg feltpleie i frelsesarmeens lokaler i Larvik. De gir råd og veiledning, og deler ut rent brukerutstyr. Formålet er å redusere skader blant rusmisbrukerne.

Avdelingen har ansvar for to delbemannede botiltak med alt 15 plasser, og for etterverntiltaket Broen. Det kreves ikke vedtak for å delta i Broen.

Friskliv og mestring

Avdelingen har ansvar for kommunes lavterskeltilbud. Det kreves ikke vedtak for å delta i lavterskeltilbudene. Avdelingen har et mestringsteam med ansvar for å gi kognitiv korttidsterapi, assistert selvhjelp på nett, og undervisning (psykoedukasjon). Avdelingen har en stilling som skal følge opp unge i alderen 16-18 år.

Avdelingen har to møteplasser; Verket og Huset. Verket gir tilbud innenfor kultur, kunst og håndverk. Verket tar imot medlemmer fra hele NAV-systemet, dvs. alle som står helt eller delvis uten jobb eller skole. Målgruppa for Huset er mennesker med moderate til alvorlige psykisk lidelser. På Huset får brukerne ulike oppgaver knyttet til den daglige driften, som for eksempel kjøkkentjenester, transport, vedlikehold og mottak av nye brukere.

Avdelingen har ansvar for kommunens pårørendesenter, og for frisklivscentralen. Disse tilbudene er ikke spesielt knyttet opp til psykisk helse. Målgruppa for pårørendesenteret er alle pårørende, ikke bare pårørende til psykisk syke. Frisklivscentralen har fokus på livsstilsendring (kosthold og aktivitet).

Løkka bo- og avklaring

Dette er en heldøgnsinstitusjon med seks korttidsplasser og tolv langtidsplasser. Virksomheten planlegger å gjøre om noen av langtidsplassene til korttidsplasser.

Botiltak

Kommunen har boliger med heldøgnsbemanning som er beregnet for forskjellige kategorier av beboere. Felles for disse er at

- kommunen eier boligene
- beboerne betaler husleie og har husleiekontrakt
- beboerne har vedtak om helsehjelp
- personellet i boligene gir helsehjelp til beboerne i samsvar med vedtak

Hvert botiltak er en egen avdeling:

Botiltak i Brannvaktsgate og Yttersølia

Dette er boliger beregnet med beboere som primært har psykiske lidelser. Brannvaktsgate har åtte boenheter og Yttersølia har sju boenheter.

Botiltak i Kr. Fredriksvei og i Storgata

I Kr. Fredriksvei er det åtte boliger som er beregnet for beboere som har alvorlige psykiske lidelser/ problemer med rusavhengighet. Kommunen samarbeider tett med spesialisthelsetjenesten om dette helsetilbudet.

I Storgata er det sju boliger som er beregnet for eldre, primært rusmiddelavhengige

2.2. Bruker-/pasientgruppen

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder² i lokalt psykisk helse- og rusarbeid. I veilederen inndeles brukergrupper/lidelser i tre hovedforløp. Formålet med inndelingen er å beskrive hvordan tjenester kan tilrettelegges for personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblematikk. Helsedirektoratet presiserer at det vil være glidende overganger og overlappinger mellom de ulike forløpene, og at den enkeltes situasjon kan endre seg raskt. Larvik bruker hovedforløpene aktivt for å vurdere hvilket tjenestenivå som er riktig.

Mottakerne av tjenester fra virksomhet for psykisk helse og avhengighet omtales enten som brukere, pasienter eller deltakere. De som deltar i lavterskeltilbudene omtales som deltakere. Bruker og pasient er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3. En pasient er en person som får helsehjelp. Bruker er en person som får tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp, for eksempel praktisk bistand.

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer

Dette forløpet omfatter rusmiddelproblemer som forventes å være milde og kortvarige. Eksempler på tilstander som dekkes av forløpet:

- nyoppstått angst eller depresjon av mild til moderat grad
- selvskading uten samtidig personlighetsforstyrrelse
- bruk av illegale rusmidler uten klar funksjonssvikt

² Veileder IS-2076 Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

- høyt alkoholkonsum som skaper problemer uten å oppfylle krav til skadelig bruk

VPA har lavterskeltilbud bla. i Friskliv og mestring til brukere/pasienter i forløp 1.

Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser

Hovedforløp 2 omfatter tilstander som er alvorlige, men kortvarige og tilstander som er milde, men langvarige. Eksempler på slike tilstander er:

- akutte psykoser med god prognose
- tidsbegrenset skadelig bruk av alkohol
- illegale rusmidler uten avhengighet
- langvarige mildere depresjoner eller angstlidelser
- mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser eller spiseforstyrrelser
- skadelig bruk av alkohol uten markert funksjonstap og tilbakevendende depressive episoder

Brukere/pasienter i forløp 2 får tilbud om helsehjelp gjennom ordinære oppfølgingstjenester i VPA, gjerne med i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Hovedforløp 3: Alvorlig og langvarige problemer/lidelser

Dette bruker- og pasientforløpet omfatter alvorlige og langvarige problemer/lidelser. Eksempler på lidelser som inngår i dette hovedforløpet er:

- medikament- og rusmiddelavhengighet
- alvorlige bipolare lidelser
- alvorlig depresjon
- schizofreni
- alvorlige personlighetsforstyrrelser

Brukere/pasienter i forløp 3 tilbys oppfølging fra avdeling for rus og psykisk helsehjelp. Botiltak med del- eller heldøgns bemanning er primært rettet mot brukere i forløp 3. Institusjonsplassene er rettet mot brukere i forløp 2 og 3.

3. Tilpasset psykisk helsehjelp?

Har Larvik kommune tiltak og praksis som sikrer at tilbud om psykisk helsehjelp er tilpasset brukerens/pasientens behov?

3.1. Utredning av hjelpebehov

3.1.1. Revisjonskriterier

Regelverk og veiledere om utredning av behov for helsehjelp

Helse og omsorgstjenesteloven § 3-1

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper, inkludert personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester til kommunen.

Ifølge Norsk lovkommentar gir «nødvendige helse- og omsorgstjenester» krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Omfang og nivå på hjelpen må derfor vurderes konkret. Det avgjørende er den hjelpetrengendes behov ut fra en helse- og sosialfaglig vurdering.

Forvaltningsloven

Vi legger til grunn at reglene om enkeltvedtak gjelder for tildeling av psykisk helsehjelp, se redegjørelse i punkt 1.2. Det innebærer at forvaltningsloven (fvl) kapittel IV - *Om saksforberedelse ved enkeltvedtak* og V - *Om vedtaket* gjelder for vedtak om psykisk helsehjelp. Ifølge fvl § 17 skal forvaltningsorganet påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

IS-2442: Veileder for saksbehandling³

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for saksbehandling for tildeling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Når det gjelder utredning av tjenestebehov sier veilederen blant annet:

- Når en pasients behov skal utredes, må det gjøres en konkret vurdering av hvilke opplysninger som skal innhentes. Saksbehandler må sørge for at alle relevante forhold blir belyst. Veilederen mener at kartleggings skjema eller tilsvarende hjelpemidler kan være nyttige som sjekklister/huskelister ved innhenting av informasjon.
- I mange saker vil det være viktig med en tverrfaglig utredning av behovet, for å sikre at pasienten får en individuell og tilpasset utforming av tjenestene. Tverrfaglig vurdering kan

³ Helsedirektoratet: IS-2442 Veileder for saksbehandling

gi riktigere vurdering av tjenestebehovet, og dermed være en forutsetning for en forsvarlig utredning av saken.

- Avhengig av hva saken dreier seg om, kan det være aktuelt å innhente opplysninger om helsetilstand/diagnose, funksjonsnivå, familieforhold, sosiale forhold, boforhold, nåværende tjenester, egne ressurser mv. Det kan være aktuelt å innhente opplysninger fra pasienten/brukeren selv, fastlege, spesialisthelsetjenesten, kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester og andre instanser som barnevernstjenesten, NAV mv.

IS-2076: Sammen om mestring. Veileder i lokalt helsearbeid og rusarbeid for voksne⁴

Om utredning av hjelpebehov sier veilederen:

- Lokale tjenesteutøvere som yter eller tilbyr tjenester til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer har ansvar for å kartlegge og/eller utrede brukerens/pasientens tilstand. En rekke personellgrupper vil kunne foreta utredning, diagnostisering og behandling, innenfor kravet om faglig forsvarlighet. Den eller de som foretar utredningen må ha tilstrekkelig kompetanse og benytte anbefalte verktøy. Samtalen/dialogen er rammen for utredning og kartlegging, og må baseres på en tillitsfull relasjon.
- Utredning er ofte en tidkrevende prosess. Utredningen bør omfatte brukerens opplevde problemer, evnen til å mestre dagliglivet og konsekvensene av problemet for brukeren/pasienten og pårørende. Den bør vurdere om brukerens/pasientens symptomer eller atferd utfordrer vanlige sosiale normer og gir risiko for isolasjon og utstøtning. Bolig, økonomi, arbeid og familieforhold bør kartlegges. Utredningen bør gi oversikt over brukerens ressurser og eventuell støtte i sosialt nettverk.
- Enkle og lett tilgjengelige standardiserte kartleggingsverktøy kan øke mulighetene for å identifisere personer som trenger nærmere oppfølging. Findiagnostikk av lidelsen er bare nødvendig når det har konsekvenser for prognose, behandling og oppfølging.

Regelverk og veiledere om styringssystem/internkontroll

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 4, 5 og 7

Forskriften sier at den som er ansvarlig for virksomheten (dvs. kommunen) skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Styringssystemet skal tilpasses til virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Det skal dokumenteres i det omfang det er nødvendig, hvordan pliktene etter forskriften etterleves

⁴ Helsedirektoratet: Veileder IS-2076 Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Det følger av forskriften § 7 at kommunen skal utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til forskriften⁵

Veilederen sier at faglige rutiner er nødvendig når det er behov for å sikre lik utførelse av oppgaver. For å sikre samarbeid mellom flere aktører er rutiner og avtaler om oppgavefordeling viktig. Rutiner og avtaler som plasserer ansvar og oppgaver, og som eventuelt beskriver hvordan oppgavene skal utføres, letter kommunikasjon og trygger samhandling. Det er dessuten viktig å ha fastsatte rutiner dersom det er lite kontinuitet og lav kompetanse blant de ansatte i virksomheten. Oppgaver som gjennomføres sjelden bør også sikres gjennom fastsatte rutiner. Fastsatte rutiner er et viktig styringsvirkemiddel i situasjoner der feil, forglemmelse og utelatelse kan få alvorlige konsekvenser for pasient og bruker.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal ha rutiner og tiltak som sikrer at pasienters/brukeres behov blir forsvarlig utredet.
- Kommunen skal utrede den enkelte pasients/brukers behov for helse- og omsorgstjenester.

3.1.2. Rutiner, tiltak og praksis

Tjenestekontoret har ansvar for å utrede søknader og fatte vedtak om helsetjenester, støttekontakt og brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Tjenestekontoret skal normalt ha i 2,8 årsverk med hovedansvar for saksbehandling av søknader og henvendelser om psykisk helsehjelp. Én saksbehandler sluttet vinteren 22, slik at det bare var to saksbehandlere i en periode. Ny saksbehandler startet i mai 22. Saksbehandlerne har helse- og sosialfaglig utdanning, noen med etterutdanning i psykisk helsearbeid.

Prosedyrer

Nedenfor gjengir vi utdrag av prosedyrer som handler om utredning av hjelpebehov.

Prosedyre for mottak av søknader og henvendelser

Prosedyren sier at det ikke er et krav at den som mener å ha hjelpebehov, tar kontakt selv. Det er tilstrekkelig at kommunen får henvendelser med signaler om at det er person som har behov for hjelp. Den som mottar en slik henvendelse, skal straks gi beskjed til Tjenestekontoret. Dette gjelder uavhengig av hvem henvendelsen kommer fra (en pårørende, en partsrepresentant, en annen tjenesteyter i eller utenfor kommunen eller fra hvem som helst andre).

⁵ Helsedirektoratet 2018: Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift

Både muntlige om skriftlige henvendelser skal videreformidles til Tjenestekontoret. Muntlige henvendelser skal nedtegnes skriftlig og dateres.

Prosedyre for samordning med Tjenestekontoret

Ifølge prosedyren har virksomhetslederne ansvar for at utøvende tjenester melder om behov for nye tjenester eller endret behov for tjenester til Tjenestekontoret. Dersom behovet vurderes som akutt, skal tjenesteutøvende avdeling umiddelbart iverksette nødvendige tiltak, for deretter å melde om endringen til koordinerende enhet og tildeling. Tjenester kan ytes i inntil 14 dager uten vedtak.

Prosedyre for innhenting av opplysninger og utredning

Ifølge prosedyren skal saksbehandler innhente opplysninger som er nødvendig for å sikre at saken en tilstrekkelig opplyst. Videre må det kontrolleres at søkere har skrevet under på samtykke til innhenting av opplysninger. Prosedyren sier ikke hva som skal gjøres dersom samtykket blir gitt muntlig.

Prosedyren beskriver ulike metoder som saksbehandler kan bruke for innhenting av opplysninger:

- Kartleggingssamtale, foregår som regel i kommunens lokaler.
- Vurderingsbesøk, foregår i brukers hjem eller institusjon.
- Innhenting av legeopplysninger, tverrfaglige rapporter mv.
- Bruk av basiskartlegging og spesifikke kartleggingsredskap

Saksutredningsskjema

Tjenestekontoret har et saksutredningsskjema som skal brukes i utredningene. Ifølge skjemaet skal saksbehandler kartlegge

- hva søkeren ønsker hjelp til
- søkerens helsetilstand, funksjonsevne og kognitiv funksjon
- søkerens bosituasjon, utdanning /arbeid og økonomi
- søkerens familie og nettverk
- søkerens aktivitet og sosial deltakelse
- søkerens evne til å mestre daglige gjøremål
- ev. avhengighet rus, data/spilling, telefon/internett/sosiale medier
- kriminalitet/planlagt soning
- atferd og voldsrisiko
- planlagte innleggelse og tidligere behandling
- suicidfare/varselsignaler

Intern revurderingsprosedyre ved Tjenestekontoret

Ifølge rutinen vil det i varierende grad foreligge skriftlig egensøknad om videreføring av tjenester, men det skal alltid tilstrebes kontakt mellom Tjenestekontoret og tjenestemottaker ved revurdering av en tjeneste. Slik kontakt kan være i form av telefonsamtale, tilbakemeldinger fra samtaler

mellom tjenesteyter og -mottaker, tjenesteyters vurdering eller ved gjennomføring av hjemmebesøk og kartleggingssamtaler, eventuelt innhenting av uttalelser fra annet helsepersonell.

Når det gjelder revurdering av vedtak om støttesamtaler, skal tjenesteyter vurdere om det er endringer i behovet.

Praksis beskrevet i intervjuer

Når saksbehandlerne på Tjenestekontoret mottar en henvendelse om helsehjelp, blir det avtalt en kartleggingssamtale med søkeren. Kartleggingssamtalene ble tidligere gjennomført enten hjemme hos søkeren eller på Tjenestekontoret. Korona-pandemien har endret dette, nå skjer kartleggingssamtalene som regel over telefon. Ifølge én saksbehandler må man vurdere litt fra sak til sak hva som er nødvendig, men at man generelt får et bedre bilde av søkeren dersom man reiser hjem til vedkommende. Saksbehandlerne mener at kartlegging over telefon er mer effektivt fordi man sparer reisetid.

Saksutredningsskjemaet blir utfylt på bakgrunn av informasjonen som blir gitt i kartleggingssamtalen. Saksbehandleren innhenter informasjon fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten dersom søkeren har vært i tidligere behandling.

Samtykke til å innhente informasjon blir ikke alltid gitt skriftlig. I de tilfeller samtykke blir gitt muntlig, blir det, ifølge saksbehandlerne, dokumentert i Profil⁶.

Tiden det tar å utrede en søknad varierer. Det kan ta fra to dager til opp mot åtte uker. Saksbehandlerne vurderer hvilke søknader som haster mest, søknader som involverer familier med barn blir prioritert. Det er ikke alltid at den som har søkt om tjeneste, møter opp til kartleggingssamtaler, og det forsinker saksbehandlingen. Saksbehandlerne sier at de sender ut foreløpig svar dersom de ikke rekker å svare på søknaden innen én måned⁷.

Vi har spurt avdelingsleder og terapeuter fra avdeling for rus og psykisk helsehjelp om de mener at brukerne er godt nok utredet når de kommer til dem for å få den tjenesten som er innvilget. De mener at utredningene er et godt utgangspunkt for å starte opp tjenesten. Terapeutene gjør uansett sine egne vurderinger når de møter brukeren. Dersom de mener at brukeren har andre behov enn hva vedtaket legger opp til, skal det formidles til Tjenestekontoret via Profil. Det kan ta ganske lang tid fra brukeren søker om tjeneste, til søknaden blir kartlagt og tjeneste iverksatt. Brukerens behov kan ha endret seg på denne tiden, og det kan også ha betydning for hva slags tjeneste vedkommende trenger.

Vi har spurt også de terapeutene i Rus og psykisk helsehjelp om de har merket forskjell som en følge av at kartlegging nå oftest skjer over telefon, og ikke ved et fysisk møte mellom saksbehandler og søker som var vanlig tidligere. Terapeutene mener at det ikke har vært noen

⁶ Kommunens saksbehandlingssystem

⁷ Jf. forvaltningsloven § 11a om foreløpig svar

forskjell. Avdelingsleder mener også at utredningene er like gode som før, samtidig påpeker hun at det kan hende at man mister noe når man ikke drar på hjemmebesøk.

Man skal i utgangspunktet ikke utredes av Tjenestekontoret for å kunne delta i lavterskeltilbud. Kjennetegnet for et lavterskeltilbud er nettopp at man ikke skal måtte gå igjennom flere ledd, som f.eks. fastlege og Tjenestekontor for å kunne delta. Likevel er det en del av de som deltar på lavterskeltilbud som har blitt henvist dit fra Tjenestekontoret. Én av saksbehandlerne ved Tjenestekontoret var bekymret for om for mange hadde blitt henvist til Mestringsteamet (lavterskeltilbud) i den perioden da de hadde én ansatt for lite og hadde mindre kapasitet. Avdelingsleder for Friskliv og mestring sier at de har ukentlige møter med Avdeling for rus og psykisk helsehjelp, og dersom de er usikre på noen av de som kommer til lavterskeltilbudene trenger mer ev. annen hjelp enn hva de kan få hos dem, blir det tatt opp der.

Stikkprøver

I stikkprøvekontrollen så vi at saksutredningsskjemaet brukt og fylt ut for søknader om psykisk helsehjelp som vi kontrollerte.

I utredningsskjemaet hadde saksbehandler beskrevet søkerens helsetilstand og funksjonsnivå, familieforhold, boforhold, økonomi, med mer. Skjemaene var primært utfylt på bakgrunn av informasjon gitt av brukeren selv. I ett tilfelle syntes utredningen å være fylt ut på bakgrunn av informasjon gitt av pårørende.

3.1.3. Revisors vurdering

Larvik kommune har etablert rutiner for å utrede søknader og henvendelser om psykisk helsehjelp. Det er utarbeidet rutiner og prosedyrer for hvordan ulike henvendelser skal håndteres. Ifølge kommunens rutiner skal kartlegging og vurdering enten skje enten hos søkeren eller i kommunens lokaler. Etter koronapandemien skjer imidlertid dette som regel over telefon. Vi mener at rutinen bør oppdateres dersom kartlegging over telefon skal bli fast praksis.

Samtykke til innhenting av opplysninger skal, ifølge kommunens rutiner, gis skriftlig. Når kartlegging skjer over telefon, blir det gitt muntlig samtykke. Vi mener at rutinen bør oppdateres til å omfatte muntlig samtykke.

Tjenestekontoret har utarbeidet kartleggingsskjema/sjekkliste som brukes under utredningen. Skjemaet inneholder de punkter som det er anbefalt at blir kartlagt. Våre stikkprøver viste at kartleggingsskjemaet ble brukt i utredningen av søknader. Så langt vi kunne se, innhenter Tjenestekontoret informasjon som er relevant for å avklare søkerens behov. Ansatte i utøvende tjenester mener at utredningen fra Tjenestekontoret er et godt utgangspunkt for deres videre oppfølging.

Dersom søkers behov har endret seg fra kartleggingstidspunktet til tjenesten blir iverksatt, har kommunen rutine for at dette skal formidles til Tjenestekontoret gjennom Profil eller i faste møter med avdelingene.

Vi mener at kommunen i all hovedsak har rutiner og praksis som sikrer at hjelpebehov blir forsvarlig utredet.

3.2. Brukermedvirkning

3.2.1. Revisjonskriterier

Regelverk og veileder om brukermedvirkning

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Videre skal tjenestetilbudet, så langt som mulig, utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

IS-2442: Veileder for saksbehandling

Veilederen sier at for at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren, må kommunen gå aktivt inn for å få med pasientens/brukerens synspunkter når tjenestetilbudet utformes. Kommunen kan ikke vente på at pasienten/brukeren selv tar initiativ til dette.

Regelverk og anbefalinger om styringssystem/internkontroll

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Ifølge forskriften §§ 6-8 skal brukererfaringer brukes i planlegging, gjennomføring og evaluering av helse- og omsorgstjenestene.

IS-2076: Sammen om mestring. Veileder i lokalt helsearbeid og rusarbeid for voksne⁸

Veilederen sier at økt brukerinnflytelse fordrer at alle tjenester og utøvere har en systematisk tilnærming til samarbeidet med brukeren, både i den enkeltes behandling/bedringsprosess og i utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

⁸ Veileder IS-2076 Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen må ha rutiner og tiltak som sikrer at brukererfaringer brukes systematisk i utvikling av tjenestene.
- Brukere/pasienter skal få medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud.

3.2.2. Brukermedvirkning på systemnivå

I virksomhetsplanen for 2019⁹ hadde VPA flere mål og tiltak som skulle øke brukermedvirkningen både på systemnivå og individnivå, og dessuten skape grunnlag for tillit og samarbeid med de pårørende. For å nå målene planla virksomheten bl.a. å iverksette følgende tiltak:

- Pårørende skal inviteres til inviteres til informasjonsutveksling tidlig i forløpet og det skal være en plan for jevnlig kontakt.
- Det skal være pårørendesamlinger og samarbeidsmøter med de pårørende.
- Virksomheten skal informere om pårørendekoordinator og Frisklivsentralen
- Implementere FIT-feedback informerte tjenester¹⁰ i ambulerende tjenester
- Informere og tilby individuell plan til brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Gjennomføre brukerundersøkelse annethvert år og bearbeide resultatene.

Virksomheten har informert om pårørendekoordinator og om Frisklivsentralen. Arbeidet med å implementere FIT er i gang. De andre tiltakene i planen, har ifølge virksomhetsleder, ikke blitt gjennomført. Pandemien er årsaken til dette.

Det er utarbeidet ny virksomhetsplan i 2022. Brukermedvirkning er fortsatt et satsningsområde. Virksomheten ønsker å gjennomføre brukerundersøkelser og vil etablere et brukerråd som har møter minst to ganger i året. Virksomheten vil også kartlegge hvordan FIT kan tas i bruk som metode og hvilke konsekvenser det vil ha. Dersom FIT brukes som metode, og ikke bare som tilbakemeldingsverktøy, kan det, ifølge planen, bidra til mer effektiv drift og god kvalitet og dessuten ivareta brukerdiallog og brukermedvirkning.

⁹ Virksomhetsplanen for 2019 gjelder for 2020 og 2021 også.

¹⁰ FIT – Feedback Informed Treatment er en metode som setter brukerne og deres opplevelse av som er virksom hjelp, i sentrum. Metoden skal gi

Praksis beskrevet i intervjuer

Virksomhetsleder for VPA sier at bortsett fra at alle saker som gjelder virksomheten skal behandles i rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne, har ikke virksomheten tiltak på systemnivå som gjelder brukermedvirkning.

Virksomheten ønsker å gjennomføre brukerundersøkelser som kan brukes til utvikling av tjenestene. De vil forsøke å finne en god måte å gjøre dette på, men tenker samtidig at det kan være vanskelig med den bruker- og pasientgruppen virksomheten har.

Ifølge virksomhetsleder har virksomheten møte med brukerorganisasjonene Mental helse og A-larm én til to ganger i året.

Bruk av FIT som tilbakemeldingsverktøy er fortsatt i en implementeringsfase.

3.2.3. Brukermedvirkning på individnivå

Prosedyrer

Nedenfor gjengir vi det som prosedyren sier om brukermedvirkning.

Prosedyre for innhenting av opplysninger og utredning

Prosedyren sier at brukernes egne ønsker alltid skal innhentes, og at bruker så langt som mulig skal gis mulighet til å medvirke i utformingen av tjenestetilbudet. Ifølge prosedyren skal kommunen alltid spørre «hva er viktig for deg?», for å fange opp brukers ønsker og fremme egenmestring.

Prosedyren sier at brukerne i forbindelse med kartleggingen skal få informasjon om hvilke rettigheter de har etter pasient- og brukerrettighetsloven. Brukeren skal også få informasjon om saksbehandlingsprosessen, hvem som kan få innsyn, og dessuten om retten til vern mot spredning av personopplysninger.

Praksis beskrevet i intervjuer

Saksbehandlerne på Tjenestekontoret forteller at de i kartleggings samtalen orienterer om hvilke tilbud kommunen har. De er opptatt av at søkerens ønsker, behov og historie skal komme fram. Hva søkeren ønsker hjelp til blir dokumentert i saksutredningsskjemaet. Tjenestekontoret har ikke kontakt med bruker når vedtaket skal revurderes, da er det tjenesteyter som har kontakt med brukeren/pasienten.

Avdelingsleder for rus og psykisk helsehjelp forteller at i første samtale med ny bruker/pasient skal det lages en oppfølgingsplan. Der blir det kartlagt hva som er viktig for brukeren/pasienten og hva som skal være målsetningen med behandlingen. Alle ansatte skal bruke FIT i alle saker. FIT brukes for å evaluere tjenesten og vurdere fremgangen for pasienten. Implementeringen av systemet stoppet noe opp under pandemien.

Pasientene og brukerne i avdeling for rus og psykisk helsehjelp har i utgangspunktet faste terapeuter, men det er rom for å bytte der pasienten/brukeren ønsker det. Terapeutene forteller at de i møtene med pasienten/brukeren er fleksible når det gjelder hvordan samtalen skal foregå. Det gjelder både *hvor* samtalen skal gjennomføres, for eksempel hjemme hos brukeren, ute på tur, på kafe eller i virksomhetens lokaler, og *hva* det skal snakkes om. Én av terapeutene bruker FIT aktivt i sine samtaler. Det innebærer at pasientene skalerer ulike områder rundt eget liv fra 1-10 og så, ut ifra skaleringen av disse områdene, velger hva det skal fokuseres på i samtalen. Etter samtalen skalerer pasientene hvordan de opplevde samtalen, sammenliknet med det de ønsket at det skulle fokuseres på. Slik kan terapeuten justere seg i forhold til pasientens behov.

Brukerorganisasjonene

Vi har henvendt oss til brukerorganisasjonene Mental Helse og A-larm for å få deres vurdering av om kommunen ivaretar krav til brukermedvirkning i sin tjenestetøvelse. Vi fikk ikke svar fra Mental Helse, men A-larm svarte på vår henvendelse

A-larm sier at de som organisasjon opplever å bli hørt og bli tatt på alvor i Larvik kommune. Kommunen er flink til å både å se og høre brukerne, og er dessuten flink til «tenke utenfor boksen». A-larm mener at kommunen bør informere mer om feltpleien, og hva den kan bidra med bortsett fra brukerstyr.

Stikkprøver

I stikkprøvekontrollen så vi at det fremgikk av utredningsskjemaet og av vedtaket hva brukeren ønsket hjelp til i de sakene vi kontrollerte.

3.2.4. Revisors vurdering

Vi mener at Larvik kommune i liten grad har rutiner og tiltak for å bruke brukererfaringer systematisk til å utvikle tjenestene. Slike tiltak var planlagt innført i 2019, men ble ikke gjennomført på grunn av pandemien. Ifølge ny virksomhetsplan skal kommunen innføre flere tiltak for systematisk bruk av brukererfaringer. Brukerråd, brukerundersøker og mer bruk av FIT er tiltak kommunen ønsker å innføre. Vi vil tilføye at kommunen har faste møter med brukerorganisasjonene, og tilbakemeldingen fra én av brukerorganisasjonene er svært positiv når det gjelder samarbeidet med kommunen.

Vi mener at kommunen har tiltak og rutiner for å sikre at den enkelte bruker får medvirke i eget tjenestetilbud. Informasjon gitt intervjuer tyder på at brukerne er aktivt med på å utforme sitt tjenestetilbud, og brukernes synspunkter var innhentet i de sakene vi undersøkte. I den grad FIT blir brukt, virker det også som et godt verktøy for å sikre god brukermedvirkning.

3.3. Helhetlige og koordinerte tjenester

3.3.1. Revisjonskriterier

Regelverk og veiledere om helhetlige og koordinerte tjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient/bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1

Kommunen skal utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. For å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte skal kommunen samarbeide med andre tjenesteytere om planen. Dersom en pasient eller bruker har behov for tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven i tillegg til tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen også her sørge for at det blir utarbeidet individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Tilsvarende gir pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 brukere og pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjeneste, rett til å få utarbeidet individuell plan.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2

Kommunen skal tilby koordinator for pasienter og brukere 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.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Enheten skal også motta meldinger om behov for individuell plan og sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.

IS-2442: Veileder for saksbehandling

Kommunen har plikt til å tilby individuell plan til pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen skal ikke vente på at pasient/bruker selv ber om slik plan.

Langvarige tjenester betyr at tjenestebehovet strekker seg over en viss tid, uten at det behøver å være permanent. Koordinerte tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester.

IS-2076: Sammen om mestring. Veileder i lokalt helsearbeid og rusarbeid for voksne.

Veilederen sier at helhetlige og koordinerte tjenester forutsetter at det etableres tverrfaglige samarbeid om tjenestene, på tvers av profesjoner, instanser og forvaltningsnivåer.

Tjenesteutøverne må samarbeide om løsninger som ivaretar brukerens mål og behov.

Fagperspektivene bør forenes med utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv. Et godt samarbeid

krever at utøverne utvikler felles forståelsesramme og begrepsforståelse. Gjensidig refleksjon rundt problemstillinger kan være en nøkkel i det tverrfaglige arbeidet.

På denne bakgrunn har vi utarbeidet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen bør ha rutiner og tiltak for å sikre at brukerne får helhetlige og koordinerte tjenester, herunder
 - ha en koordinerende enhet
 - ha rutiner for arbeidet med individuell plan.

3.3.2. Rutiner, tiltak og praksis

Tjenestekontoret er koordinerende enhet, og behandler søknader om individuell plan og koordinator. Tjenestekontoret har også ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene.

Kommunen er i gang med å anskaffe nytt system for utarbeidelse individuell plan. Kommunen benyttet tidligere det digitale systemet ACOS-IP til dette. Dette systemet ble opplevd som tungvint og vanskelig, og ble derfor i liten grad brukt. I dag lages individuelle planer på papir.

Prosedyrer mm

Nedenfor gjengir vi utdrag av prosedyrer som handler om koordinering av tjenestebehov.

Prosedyre for koordinator og individuell plan

Prosedyren skal bidra til at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og sikre at det til enhver tid er en koordinator som har ansvaret for oppfølging av individuell plan.

Ifølge prosedyren har alt helsepersonell som identifiserer behov for koordinator og/eller individuell plan, plikt til å melde fra om dette. Slike henvendelser skal meldes til Tjenestekontoret.

Tjenestekontoret skal melde søknader om individuell plan eller koordinator til beslutningsmøtet som gjennomføres hver tredje uke. Beslutningsmøtet skal vurdere sakene som meldes opp, og det skal være rom for å diskutere utfordringer.

Ifølge prosedyren er det utførende avdeling, ved avdelingsleder, som har ansvar for å oppnevne koordinator. Det er oppnevnt koordinator som skal kontakte bruker for iverksetting av individuell plan.

Prosedyre for ansvarsgruppe

Ansvarsgruppe er en tverrfaglig gruppe der de mest sentrale bistandsyttere er representert, i tillegg til pasienten og eventuelt pårørende. Gruppen skal planlegge, følge opp og samordne innsatsen fra de involverte tjenestene ved å klargjøre rolle- og oppgavefordeling.

Ifølge prosedyren kan koordinator oppnevnes selv om pasienten har takket nei til individuell plan.

Det går ikke frem av rutinen når/i hvilke situasjoner det skal nedsettes ansvarsgruppe.

Rolle og ansvarsfordeling for primær- /sekundærkontakter

Ifølge prosedyren skal primærkontakten bla.

- ha hovedansvar for kontakt med bruker, og skal bla.
- ha oversikt over bistandsbehov og fremdrift av målrettede tiltak
- planlegge tiltak i samarbeid med bruker
- samarbeide med øvrig fagpersonell

Primærkontakten har ansvar for oppfølging av individuell plan og er kontaktperson med brukeres primærlege.

Sekundærkontakt skal følge opp ved primærkontakts fravær.

Det fremgår ikke av rutinen hvem som skal ha primær- og sekundærkontakt.

Praksis beskrevet i intervjuer

Ifølge avdelingsleder for tjenestekontoret utreder tjenestekontoret søknader om individuell plan og koordinator. Koordinatoren har ansvar for å utarbeide individuell plan. Tjenestekontoret gir opplæring til koordinatorene.

Det er få pasienter innenfor virksomhet for psykisk helse og avhengighet som har rett på individuell plan og koordinator, og få som faktisk har dette. Tjenestekontoret anslår at virksomheten har fire brukere som har individuell plan og koordinator. Avdelingsleder for Tjenestekontoret er ikke sikker på om alle som burde ha individuell plan faktisk har fått det.

Alle brukere/pasienter med vedtak får tildelt primær- og sekundærkontakter. Primærkontakten skal sørge for at sørger for at pasienten får et helhetlig helse- omsorgstilbud og da er det ifølge Tjenestekontoret ikke behov for koordinator.

Virksomhetsleder for psykisk helse og avhengighet sier at så lenge den individuelle planen er digital, så er den en utfordring for virksomhetens brukerguppe. Det gjelder særlig brukere innenfor rus. Digital individuell plan krever både BankID og en viss datakunnskap, og det er det ikke alle av virksomhetens brukere som har. Slik sett, mener virksomhetsleder, hadde det fungert bedre om planene var på papir.

Terapeutene i avdeling for rus og psykisk helse opplever ikke at individuell plan er et godt verktøy for deres brukerguppe. De opplever at brukerne/pasientene ikke vil ha individuell plan, enten fordi de synes det går greit uten, men også noen ganger fordi de ønsker at andre tjenester ikke skal vite at de får hjelp. Terapeutene synes også det fungerer greit uten individuell plan.

Virksomhetsleder mener at en primærkontakt ikke en erstatning for koordinator.

Vi har spurt av virksomhetsleder for psykisk helse og avhengighet hvordan de sikrer helhetlig og koordinerte tjenester for brukere/pasienter som ikke vil ha eller som ikke har rett på individuell plan og koordinator. Virksomhetsleder mener at de sikrer helhetlige og koordinerte tjenester ved å ha tett dialog med bla. NAV, DPS og fastleger. Det er samhandlingsmøter rundt hver bruker/pasient når det er flere instanser involvert, f.eks. NAV, fastlege eller DPS. Slike møter kalles både samarbeidsmøter og ansvarsgrupper, det går litt om hverandre. Pasienter som er i et pakkeforløp¹¹ eller som har koordinator, har definerte ansvarsgrupper.

3.3.3. Revisors vurdering

Kommunen har etablert koordinerende enhet og har rutiner for arbeidet med individuell plan. Systemet for å lage individuelle har planer fungert dårlig. Kommunen mener selv at det ikke har blitt utarbeidet planer for alle de som har rett og behov for slik plan.

Tilbakemeldingen fra virksomheten at individuell plan ikke er den beste måten å sikre helhetlige og koordinerte tjenester for deres brukergruppe. Selv om brukerne/pasienten ikke har rett på eller ikke vil ha individuell plan/koordinator, har kommunen likevel plikt til å sørge for at tjenestene er helhetlige og koordinerte. Vi finner ingen rutine som beskriver hvordan tjenester til slike brukere/pasienter skal koordineres og samordnes. Ifølge virksomheten er det ulike samarbeidsmøter og primærkontakter som skal sørge for at tjenestene er koordinerte. Det er utarbeidet rutiner både for ansvarsgrupper og for primær-/sekundærkontakter. Når det gjelder rutinen for ansvarsgrupper, er det uklart for oss i hvilke situasjoner det skal oppnevnes ansvarsgruppe. Vi mener at dette burde framgå av rutinen. Når det gjelder rutinen for primær-/sekundærkontakter, mener vi at det også der burde fremgå hvem som skal ha primær- og sekundærkontakt. Vi registrerer at Tjenestekontoret og VPA har ulik oppfatning av hva som er primærkontakts ansvar når det gjelder koordinering. Dessuten får både koordinator og primærkontakt ansvar for oppfølging av den individuelle planen i hhv prosedyre for koordinator og individuell plan og i prosedyren for rolle- og ansvarsfordeling for primær- og sekundærkontakter. Kommunen bør klargjøre hvem som har ansvar for hva.

Samlet sett, mener vi at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har rutiner og tiltak for å sikre at brukerne får helhetlige og koordinerte tjenester.

¹¹ Et pakkeforløp er et standard pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider. Det finnes pakkeforløp både for rusbehandling og for psykisk helse.

3.4. Vedtak, iverksetting og revurdering av tjenestetilbud

3.4.1. Revisjonskriterier

Vi har legger til grunn at reglene om enkeltvedtak gjelder for tildeling av psykisk helsehjelp, se redegjørelse i punkt 1.2.

Regelverk og anbefalinger om vedtak

Forvaltningsloven §§ 23 og 24

Enkeltvedtak skal som hovedregel være skriftlige, og de skal begrunnes. Forvaltningsorganet skal gi begrunnelsen samtidig med vedtaket.

Forvaltningsloven § 25

Begrunnelsen

- skal vise til de regler vedtaket bygger på, med mindre parten kjenner reglene. I den utstrekning det er nødvendig for å sette parten i stand til å forstå vedtaket, skal begrunnelsen også gjengi innholdet av reglene eller den problemstilling vedtaket bygger på.
- skal nevne de faktiske forhold som vedtaket bygger på. Er de faktiske forhold beskrevet av parten selv eller i et dokument som er gjort kjent for parten, er det tilstrekkelig å vise til tidligere framstilling.
- bør nevne de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn. Er det gitt retningslinjer for skjønnsutøvingen, vil i alminnelighet en henvisning til retningslinjene være tilstrekkelig.

Forvaltningsloven § 27

Parten skal underrettes om vedtaket så snart som mulig. I underretningen skal det opplyses om klageadgang, klagefrist, klageinstans og fremgangsmåten ved klage.

IS-2442: Veileder for saksbehandling

Når pasientens eller brukerens behov er tilstrekkelig klarlagt, må kommunen ta stilling til om vedkommende har rett på helse- og omsorgstjenester. Dersom svaret er ja, må kommunen må ta stilling til hvordan vedkommendes behov for helse- og omsorgstjenester skal oppfylles. Ifølge veilederen står kommunen langt på vei fritt når det gjelder hvordan «sørge for»-ansvaret i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal oppfylles, så lenge tjenestene oppfyller pasientens/brukerens rett og er forsvarlige. Veilederen sier videre:

- Tjenestetilbudet skal tilpasses den enkeltes behov etter en individuell vurdering. Forskjellige former for standardisering av tjenestetildeling og -utmåling, kan lett komme i konflikt med retten til individuell vurdering og individuelt tilpassende tjenester, og med den enkeltes rett til å medvirke ved utformingen av tilbudet.

- Tjenestetilbudet til den enkelte kan ikke være mindre omfattende eller på annen måte eller på annen ligge under det som til enhver tid oppfattes som en forsvarlig minstestandard. Minstestandarden påvirkes av den helse- og sosialfaglige standarden i samfunnet, og må ses i lys av god helse- og sosialfaglig praksis på området.
- Kommunen må sørge for at det ikke skjer usaklig eller tilfeldig forskjellsbehandling av pasienter eller brukere i kommunen. Eventuelle forskjeller når det gjelder omfang eller utforming av tjenestetilbud, skal være basert på saklige hensyn og relevante forskjeller i pasientens/brukerens behov eller ønsker.

Veilederen sier videre at tjenesten skal iverksettes fra det tidspunkt pasientens/brukerens behov tilsier det, det vil si innen forsvarlig tid, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Hva som er forsvarlig tid, vil bero på helse- og sosialfaglig skjønn, og skal fremgå av vedtaket.

Enkeltvedtak skal begrunnes. Ifølge veilederen betyr dette at det skal fremgå av begrunnelsen hvorfor vedkommende oppfyller eller ikke oppfyller vilkårene for tjenester, hva kommunen har lagt til grunn for utmålingen og hvorfor kommunen vurderer at de tjenestene som tilbys vil dekke det aktuelle behovet på en forsvarlig måte.

Vedtaket skal utformes slik at mottakeren vet hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder. Vedtaket bør også angi hva som er målsetningen med de tjenester som tilbys.

IS-2076: Sammen om mestring. Veileder i lokalt helsearbeid og rusarbeid for voksne

Veilederen sier at fortløpende vurderinger må ligge til grunn for tilretteleggingen av helse- og rusarbeid for voksne, slik at hver enkelt får rett tilbud til rett tid. Lett tilgjengelige, fleksible og individuelt tilpassede tjenester er hovedprinsipper som skal gjelde for alle. Tiltakene som iverksettes må tilpasses den situasjon og sammenheng hver enkelt er i, og støtte opp under brukerens egen bedringsprosess.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen må ha rutiner og tiltak for utarbeidelse av enkeltvedtak, og iverksettelse og revurdering av vedtak
- Enkeltvedtak skal
 - inneholde begrunnelse
 - oppgi hvilke tjenester som skal gis, og i hvilket omfang
 - oppgi tidspunkt for iverksetting
 - inneholde informasjon om klageadgang
- Kommunen må fortløpende vurdere om det er behov for å gjøre endringer i tjenestetilbudet.

3.4.2. Rutiner, tiltak og praksis

Prosedyrer

Nedenfor gjengir vi utdrag av prosedyrer som handler om vedtaket, iverksetting og revurdering av vedtak.

Vurdering av rett til tjenester og valg av tjenestetilbud

Prosedyren skal sikre at Tjenestekontoret forvalter helse- og omsorgstjenestene i tråd med gjeldende regler og rammer, og at saker er tilstrekkelig belyst før vedtak treffes.

Ifølge prosedyren har ikke tjenestesøker alltid krav på tjenester. Det beror på om vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven, eventuelt annet regelverk, er oppfylt. Prosedyren sier at saksbehandler må sammenholde tjenestesøkers situasjon med vilkårene, og at det som regel vil være nødvendig å utøve skjønn for å gjøre denne vurderingen.

Saksbehandler må vurdere hvilke tjenestetyper som best mulig dekker tjenestesøkerens behov. Ifølge prosedyren er det kommunen som avgjør hvilke tjenester som skal gis, med det skal også legges betydelig vekt på hva søkeren selv mener. Valg av tjenestetype må begrunnes.

Tildeling av psykisk helsearbeid og rusomsorg

Prosedyren beskriver ansvarsfordelingen mellom de utøvende tjenestene og Tjenestekontoret og skal sikre et helhetlig og koordinert tilbud og at tjenesten iverksettes.

Tjenestekontoret, ved avdelingsleder, har vedtaksmyndighet. Nye søknader og søknader som genererer betydelig økt ressursbruk tas opp til vurdering i ukentlig felles vedtaksteam. Saksbehandlerne fremmer egne saker, og utarbeider skriftlig vedtak i etterkant av møtet.

Det holdes ukentlig samarbeidsmøte mellom VPA og Tjenestekontoret, der formålet er å gi informasjon om nye brukere slik at avdelingsleder kan fordele oppgavene i tjenesten.

Prosedyre for vedtak og vedtaksmøter

Prosedyren beskriver bla. hvordan vedtak skal skrives. Saksbehandler skal være oppmerksom på medisinske uttrykk, og forklare disse nærmere ved behov. Saksbehandler må tenke på hvem som skal lese vedtaket, og være tydelig, men skånsom i omtalen av parten. Det skal beskrives hvordan brukermedvirkningen er ivaretatt. Tjenestetilbudet skal beskrives konkret. Parten skal lett kunne lese ut fra vedtaket hva slags tjenester og i hvilket omfang de vil bli gitt.

Intern revurderingsprosedyre ved Tjenestekontoret

Denne rutinen er beskrevet under punkt 3.1.2. Som tidligere nevnt, er det utøvende tjeneste som har ansvar for å sørge for å revurdere vedtak og gi melding om dette til tjenestekontoret. Det er tjenestekontoret som treffer nytt vedtak.

Prosedyre for samordning med Tjenestekontoret

Prosedyren beskriver den overordnede ansvarsfordelingen og samhandlingen mellom koordinerende enhet og tildeling og utøvende tjenestesteder i helse og omsorgstjenestens virksomheter.

Prosedyren gir virksomhetslederne for de utøvende tjenester ansvar om å melde behov for tjenester eller endring av tjenester til Tjenestekontoret. Tjenester kan ytes i inntil 14 dager uten endring av vedtak.

Tjenestekontoret har ansvar for å opprette innvilget tjeneste i Profil for å aktivisere iverksetting hos utøvende tjeneste.

Praksis beskrevet intervjuer

Tjenestekontoret bruker Profil som saksbehandlingssystem. Det ligger vedtaksmaler i systemet.

Det er ukentlige vedtaksmøter som vurderer søknader om ulike helse- og omsorgstjenester. Avdelingsledere og saksbehandlere deltar fast på møtene. Vedtaksmøtet tar bla. stilling til søknader om avlastning, støttekontakt og omsorgsstønad. Tjenestekontoret fatter selv vedtak om støttesamtaler fra avdeling fra rus og psykisk helsehjelp. Det er ukentlige møter med avdelingen for å overlevere nye vedtak. Avdelingsleder for rus og psykisk helsehjelp deltar i møtene, og sier at det hender hun har spørsmål til saker og at hun også ber Tjenestekontoret ta en ekstra runde på noen saker. Mestringsteamet (lavterskeltilbud) deltar også på dette møtet, og dersom de har brukere som de er usikre på, blir det tatt opp der.

Vi har spurt saksbehandlere om de opplever at søkerne får den hjelpen de trenger. Én saksbehandler mener at det er samsvar mellom behov og innvilget tjeneste. Som tidligere nevnt, er det én saksbehandler som er bekymret for at mange kunne ha blitt henvist til lavterskeltjenestene i perioden med redusert saksbehandlingskapasitet. I utgangspunktet tildeler saksbehandlerne én time støttesamtale/annen bistand fra avdeling for rus og psykisk helsehjelp annenhver uke i seks måneder. Men det hender også at noen får tildelt oftere hjelp, f.eks. støttesamtale hver uke, eller sjeldnere, med én støttesamtale hver måned.

Vi har spurt avdelingsleder og terapeuter fra avdeling fra rus og helsehjelp om hva de mener om tjenestenivået som blir innvilget. De sier at tjenestetilbudet, som oftest én time annenhver uke, er et greit utgangspunkt. Ifølge avdelingsleder skal terapeutene melde inn i Profil om de mener at vedtaket bør endres eller revurderes. Tjenestekontoret skal følge opp disse meldingene og fatte nye vedtak. Avdelingsleder sier videre at de kan gi mer eller mindre tjenester i inntil fjorten dager, uten at det er nødvendig å endre vedtaket. Terapeutene sier at de vurderer om det er behov for å endre vedtaket når de treffer pasienten, og at det er enkelt å endre vedtaket.

Tjenestekontoret registrerer alle saker med hastegrad. Saker med hastegrad 1 følges opp av terapeuter som jobber i turnus på avdelingen med én gang. Saker med hastegrad 2 skal få tildelt terapeut innen rimelig tid, anslagsvis innen 14 dager. Saker med hastegrad 3 må vente på ledig

kapasitet. Saker som skal til Familieteam og Ungdomsteam er de som Tjenestekontoret generelt vurderer at haster mest. Saksbehandlerne sier de muntlig opplyser om ventetid når de behandler søknaden.

Det er ventetid på tjenestene fra avdeling for rus og psykisk helsehjelp. Ventetiden varierer fra team til team. Lengst ventetid er det på familieteamet. Her har ventetiden være opp til fire måneder. Saker som gjelder de andre teamene blir, ifølge avdelingsleder, ganske raskt fordelt. Hun anslår for eksempel at ventetiden på å få tjenester fra psykisk helseteam er fra fjorten dager til én måned.

Vi har spurt terapeutene hvilke konsekvenser det har for brukerne om de må vente lenge på at tjenesten skal iverksettes. Terapeutene mener at brukerens/pasientens problemer kan ha endret seg i ventetiden, enten til det bedre eller til det verre. En terapeut mener at der det er barn involvert, kan konsekvensene for barnet bli større enn for den voksne. En terapeut er klar på at ventetiden er altfor lang. Hun har et eksempel der en bruker/pasient søkte om hjelp i mars, og tjenesten først ble iverksatt i august.

I vedtakene blir det vist til kommunens nettsider for at brukeren kan søke egenhjelp i ventetiden. Terapeutene er noe tvilende til om brukerne/pasientene benytter seg av lavterskeltilbudene mens de venter på at tjenesten skal iverksettes. En terapeut tilføyer at man må være ganske sterk for å benytte seg av egenhjelp og at det kan være vanskelig når man er langt nede.

Vi har spurt avdelingsleder for rus og psykisk helsehjelp om avdelingen har nok ansatte i forhold til behovet. Hun sier at avdelingen sliter nå, og at de to siste årene har vært utfordrende. Terapeutene på avdelingen har ikke kunnet jobbe som vanlig, for eksempel med eksponeringstrening. Lavterskeltilbudene ble stengt under pandemien, og mange har fått redusert psykisk helse. Dette har ført til at terapeutene har for mange brukere/pasienter som de skal følge opp.

Stikkprøver

Enkeltvedtakene som vi kontrollerte inneholdt begrunnelse og informasjon om klageadgang.

Vedtakene informerte om hvilke tjenester som ble innvilget og omfanget av tjenestene. Som oftest i de vedtakene vi så på, én time annenhver uke.

Vedtakene sier at virksomheten vil ta kontakt for iverksetting av tjenesten. Det er ikke angitt nærmere tidspunkt for når tjenesten skal starte opp. Vedtakene viser til kommunens hjemmesider der brukeren/pasienten kan søke egenhjelp i ventetiden.

I de sakene vi undersøkte varierte tiden fra søknaden ble registrert i Profil til tjenesten ble iverksatt fra 0 til 99 dager. I noen saker kunne vi ikke lese ut fra Profil om/når tjenesten var iverksatt.

3.4.3. Revisor vurdering

Larvik kommune har rutiner for vurdering av tjenestebehov, og rutiner for hvem som har fullmakt til å treffe vedtak. Kommunen har også rutiner for å iverksette innvilget tjeneste. Beskrevet praksis er i samsvar med de aktuelle rutinene.

Kommunen har rutiner for utforming av vedtak. Stikkprøvekontrollen viser at vedtakene er begrunnet og opplyser om klageadgang. Vedtakene opplyser hva slags tjenester som er innvilget og omfanget. Vi kan ikke vurdere om det tjenestetilbudet som er innvilget, er forsvarlig ut ifra søkerens behov. Gjennomgangen av vedtak viste at det var vanlig å tildele én time psykisk helsehjelp annenhver uke. Det kan tyde på en viss standardisering, noe som strider mot prinsippet om individuelt tilpassede tjenester. Samtidig har terapeutene ansvar for at vedtaket revurderes dersom de mener det er feil, noe som vil medvirke til at vedtaket tilpasses brukerens/pasientens behov.

Vedtakene som vi kontrollerte opplyste ikke om når tjenesten skulle iverksettes, og ifølge informasjon gitt i intervjuer kan det være lang ventetid på enkelte tjenester. Tjenester skal iverksettes innen forsvarlig tid. Tjenestekontorets vurdering av hva som er forsvarlig, fremgår av hastegraden. Helsedirektoratets veileder presiserer at det skal fremgå av vedtaket til hvilken tid tjenesten skal gis. Kommunen bør tidfeste når det er sannsynlig at tjenesten vil iverksettes. Mottakeren av tjenesten har klagerett på alle sider av vedtaket, det omfatter også klagerett på når tjenesten skal iverksettes. Når kommunen ikke tidfester iverksetting, blir det vanskelig å klage dersom mottakeren mener at iverksettelsestidspunktet ikke er forsvarlig

Kommunen har rutiner for å revurdere tjenestene. Det er terapeutene som har ansvar for å melde fra Tjenestekontoret om det er behov for å endre eller forlenge vedtak.

4. Konklusjoner og anbefalinger

4.1. Konklusjoner

Har Larvik kommune tiltak og praksis som sikrer at tilbud om psykisk helsehjelp er tilpasset brukerens/pasientens behov?

Vi mener at Larvik kommune har tiltak og praksis som medvirker til å sikre at tilbud om psykisk helsehjelp er tilpasset brukerne og pasientenes behov. Samtidig mener vi at kommunen har mangler på området. Kommunen har rutiner for at den enkelte bruker/pasient skal få medvirke i eget tjenestetilbud, men kommunen har ikke tiltak for å bruke brukererfaringer systematisk til å utvikle tjenesten. Kommunen har heller ikke rutiner som i tilstrekkelig grad sikrer helhetlige og koordinerte tjenester. I tillegg tidfester ikke kommunen i vedtak om tildeling av tjenester når tjenesten skal iverksettes. På noen områder er det ikke samsvar mellom praksis og rutine når det gjelder utredning av saker.

4.2. Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å

- sørge for at rutiner for saksutredning er oppdatert i samsvar med ønsket praksis
- etablere tiltak for å bruke brukererfaringer til å utvikle tjenestene
- etablere tiltak for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester
- tidfeste iverksettelse av innvilget tjeneste i vedtakene

Litteratur og kildereferanser

Lover og forskrifter

Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).

Forskrift 17. juni 2019 nr. 904 om kontrollutvalg og revisjon

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter

Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Veiledere

Veileder IS-2442: Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Helsedirektoratet, 2017.

Veileder IS-2076: Sammen om mestring. Veileder i lokalt helsearbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet, 2014.

Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift. Helsedirektoratet, 2018.

Vedlegg

Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse

Larvik kommune

HØRINGSUTTALELSE

Saksopplysninger	
Sakstittel Psykisk helsearbeid i Larvik kommune	
Saksbehandler: Aase Kristin Smith-Vestad	Avdeling: Helse og mestring
Sakstype (f.eks. NOU): Rapport i forbindelse med forvaltningsrevisjon Psykisk helsearbeid i Larvik kommune	Arkivsaknr: 20/4628
Hva dreier saken seg om: Høringsuttalelse til rapport etter forvaltningsrevisjon psykisk helsearbeid i Larvik kommune	
Avsender	
Navn: Vestfold Og Telemark Revisjon Iks	Mottatt dato: 27.09.2022
Frist for uttalelse: 11.10.2022	
Saksbehandlers anbefaling:	
Uttalelse avgis: Ja: <input checked="" type="checkbox"/> Nei:	
Hvis Ja: hvordan? Skriftelig	
Hvis politisk behandling: hvilke utvalg	
Saksbehandlers hovedbegrunnelse:	
Dato:	Underskrift:
Enhetsleders anbefaling	
Larvik kommune tar forvaltningsrevisjonens rapport og anbefalinger til etterretning.	
Larvik kommune har følgende kommentar til rapporten: Hentet fra sammendraget/kap 3.4.3 Sitat: «... Gjennomgang av vedtak viser at det er svært vanlig å tildele 1 time psykisk helsehjelp annenhver uke. Dette kan tyde på en viss standardisering av tjenestetilbudet, noe som strider mot prinsippet om individuelt tilpassede tjenester ...»	
Det medfører riktighet at det er vanlig å tildele 1 time psykisk helsehjelp annenhver uke til en del av pasientene. Larvik kommune ønsker å gjøre oppmerksom på at flere av disse pasientene har andre kommunale tjenester i tillegg. Disse tjenestene kan for eksempel være hjemmetjeneste, ulike dagaktivitetstilbud, støttekontakt og praktisk bistand. Dette vurderes, evalueres og ses i sammenheng med helheten av tjenester som ytes, og at psykisk helsehjelp er en del av dette.	

Dato: 07.10.2022	Underskrift: Aase Kristin Smith-Vestad Virksomhetsleder psykisk helse og avhengighet Larvik kommune
------------------	---

«Soa_Navn__1»
Postadresse: Postboks 2020, 3255 Larvik

Besøksadresse:
postmottak@larvik.kommune.no

Telefon: 33 17 10 00
Org.nr.: 918 082 956

Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen startet opp ved oppstartsbrev 11. februar. Oppstartsmøte ble holdt 3. mars der bla. virksomhetsleder for Tjenestekontoret og virksomhetsleder og avdelingsledere fra Virksomhet for psykisk helse og avhengighet var til stede.

Forvaltningsrevisjoner skal gjennomføres på en måte som sikrer at informasjonen i rapporten er relevant og pålitelig. At dataene er relevante (gyldige/valide) innebærer at de beskriver de forholdene som problemstillingene omhandler. Pålitelighet (reliabilitet) handler om at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mulig og at det ikke har skjedd systematiske feil underveis.

Vi vil nedenfor redegjøre for datagrunnlaget vårt og hvilke metoder vi har brukt for å svare på problemstillingene. Vi vil også beskrive hvilke tiltak som er brukt for å sikre dataenes relevans og pålitelighet.

Innsamling av data, relevans og pålitelighet

Datainnsamling og rapportskrivning har foregått i perioden februar til september.

For å undersøke problemstillingen har vi kartlagt og gjennomgått relevante dokumenter, gjennomført intervjuer og tatt stikkprøver av utredninger og vedtak gjort i perioden 2021-2022. Vi har i tillegg avklart enkelte spørsmål på epost.

Dokumentgjennomgang

Vi har gjennomgått følgende dokument

- Rutiner og prosedyrer om saksbehandling, utredning og vedtak for Tjenestekontoret
- Virksomhetsplan for 2019-20 og for 2022 – Virksomhet psykisk helse og avhengighet

Intervjuer

Vi har gjennomført følgende intervjuer:

- virksomhetsrådgiver – Helse og mestring
- virksomhetsleder – Tjenestekontoret
- avdelingsleder – Tjenestekontoret
- to saksbehandlere til tildeling av psykiske helsetjenester som spesialfelt – Tjenestekontoret
- virksomhetsleder – virksomhet for psykisk helse og avhengighet
- avdelingsleder – avdeling for rus og psykisk helsehjelp
- avdelingsleder – avdeling for friskliv og mestring
- terapeuter fra Familieteam, Voksenteam, Ungdomsteam og Psykisk helseteam – avdeling for rus og psykisk helsehjelp

Det er utarbeidet intervjuguider i forkant av alle intervjuer, og det er skrevet referat som intervjuobjektene har gjennomgått og godkjent.

Gjennomgang av saker

Vi har valgt ut i alt 39 søknader fra forskjellige personer fra 2021 og 2022, fordelt med 25 søknader fra 2021 og 14 fra 2022. Søknadene er plukket ut tilfeldig fra lister over søknader i den aktuelle perioden. Alle tre saksbehandlerne som har behandlet søknader er representert i utvalget. Flertallet av søknadene gjaldt psykisk helsehjelp. En liten andel av sakene gjaldt støttekontakt.

Listene over søknader viser at saksbehandlerne behandlet rundt 1400 søknader og henvendelser av ulike slag. Flertallet av sakene gjaldt psykisk helsehjelp, men ikke alle. Vi har dessverre ikke eksakte tall over hvor mange søknader og henvendelser som gjaldt psykisk helsehjelp. Vårt utvalg utgjør en liten andel av de søknader/ henvendelser om psykisk helsehjelp som er behandlet i denne perioden. Vi mener likevel at utvalget er stort nok til at det gir et bilde av kommunens praksis.

Brukermedvirkning

Vi har henvendt oss til brukerorganisasjonene Larvik lokallag av Mental Helse og til Vestfoldregionen av A-larm, for å høre om de har erfaringer om brukermedvirkning i kommunen. Vi har fått svar fra A-larm, men ikke fra Mental Helse.

Vi har sjekket ut med administrasjonen at fakta i rapporten er korrekt framstilt. Rapporten er sendt kommunedirektøren til uttalelse, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Uttalelsen ligger i vedlegg 1.

Personopplysninger

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger om helse og andre personlige forhold knyttet til personer som har søkt om psykisk helsehjelp. Behandlingen skjedde i kommunens lokaler, og ingen av disse personopplysningene oppbevares hos oss.

Vi har også behandlet personopplysninger som navn og epostadresse til ansatte i kommunen.

Vårt rettslige grunnlag for å behandle personopplysninger er kommuneloven § 24-2 fjerde ledd.

Vi behandler personopplysninger slik det er beskrevet i vår personvernerklæring. Personvernerklæringen er tilgjengelig på vår nettside vtrevisjon.no.

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres, dokumenteres, kvalitetssikres og rapporteres i samsvar med kommuneloven og god kommunal revisjonsskikk.¹²

Kvalitetssikringen skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre skal det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Vestfold og Telemark revisjon IKS har et system for kvalitetskontroll som er i samsvar med den internasjonale standarden for kvalitetskontroll.¹³ Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

¹² God kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll kommer til uttrykk først og fremst i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon og RSK 002 Standard for eierskapskontroll. Gjeldende standarder er fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre høsten 2020. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipper og standarder, fastsett av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

¹³ ISQC 1 Kvalitetskontroll for revisjonsfirmaer som utfører revisjon og begrenset revisjon av regnskaper samt andre attestasjonsoppdrag og beslektede tjenester



På vakt for felleskapets verdier

Rapporten er utarbeidet av
Vestfold og Telemark revisjon IKS

Har du spørsmål til rapporten?

Ta kontakt med oss:

Telefon: 33 07 13 00

E-post: post@vtrevisjon.no

www.vtrevisjon.no

22: 3805 405