



Vestfold
og Telemark
revisjon

Rus og psykisk helse

Forvaltningsrevisjon | Siljan kommune

Innhold

| | |
|---|-----------|
| 1. Innledning | 4 |
| 1.1. Kontrollutvalgets bestilling | 4 |
| 1.2. Problemstilling og revisjonskriterier | 4 |
| 1.3. Avgrensning..... | 4 |
| 1.4. Metode og kvalitetssikring | 4 |
| 1.5. Kommunedirektørens uttalelse..... | 4 |
| 2. Bakgrunn | 6 |
| 2.1. Organisering | 6 |
| 2.2. Kommunens tilbud innen psykisk helse og rus..... | 7 |
| 2.3. Helseledelse og veileder om brukergrupper | 9 |
| 2.4. Tall på brukere | 10 |
| 2.5. Noen nøkkeltall fra KOSTRA | 11 |
| 3. Samarbeid med bruker | 12 |
| 3.1. Revisjonskriterier | 12 |
| 3.2. Samarbeid med bruker – data | 13 |
| 3.3. Revisors vurdering av samarbeid med bruker | 17 |
| 4. Helhetlig og koordinert tjenestetilbud | 19 |
| 4.1. Revisjonskriterier | 19 |
| 4.2. Helhetlig og koordinert tjenestetilbud – data | 20 |
| 4.3. Revisors vurdering av helhetlig og koordinert tjenestetilbud | 22 |
| 5. Konklusjoner og anbefalinger | 23 |
| 5.1. Konklusjoner..... | 23 |
| 5.2. Anbefalinger..... | 24 |
| Litteratur og kildereferanser | 25 |
| Vedlegg | 26 |
| Vedlegg 1: Metode og kvalitetssikring | 26 |

Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt om Siljan kommune har tiltak for å sikre at tilbud om helsehjelp i forbindelse med rus og psykiske problemer er tilpasset brukerens/pasientens behov. Vi har sett på

- brukermedvirkning
- hvordan kommunen jobber for å sikre at tjenestene er helhetlige og koordinerte

Brukermedvirkning

Vi mener at Siljan kommune har tiltak som medvirker til å sikre at tilbud innen rus og psykisk helsehjelp er tilpasset brukerne og pasientenes behov. Kommunen har skriftlige rutiner og prosedyrer som legger opp til brukermedvirkning. Kommunen bruker et elektronisk tilbakemeldingsverktøy for å sikre relevant informasjon både om egen helsesituasjon og behandlingsprosessen.

Samtidig mener vi at kommunen i liten grad har rutiner og tiltak for å bruke erfaringer fra brukere og pasienter på en systematisk måte med tanke på å evaluere og utvikle tjenestene. Kommunen har ikke etablert brukerråd, og har heller ikke gjennomført bruker- eller pårørendeundersøkelser.

Helhetlige og koordinerte tjenester

Kommunen har etablert koordinerende enhet, og har rutine for utforming av individuell plan.

Vi får opplyst at det for tiden ikke er noen som har individuell plan innenfor feltet rus/psykisk helse. 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. Ifølge kommunen gis det slik helhetlig tilbud der det er relevant. Det er spesialsykepleier i kommunen som skal sørge for koordineringen i samarbeid andre kommunale tjenester, og eventuelle eksterne instanser.

Annet

Vi har sett at kommunen ikke har ansatte psykolog, eller avtale om kjøp av psykologtjenester. Helse og omsorgstjenesteloven stiller krav til kommunen om å knytte til seg psykolog for å ivareta kravet om å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Normalt skjer tilknytning til psykolog ved ansettelse, men det vil også være dekkende om dette skjer ved å inngå avtale om kjøp av tjenester fra en annen kommune, spesialisthelsetjenesten, eller ved å inngå en samarbeidsavtale med en eller flere privatpraktiserende psykolog(er) om innleie/ kjøp av tjenester.

Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å

- bruke brukererfaringer systematisk for å evaluere og utvikle tjenesten.

Skien, 8. november 2022

1. Innledning

1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Siljan kommune i sak 23/21. Prosjektplanen ble vedtatt i sak 2/22. Bakgrunnen for bestillingen er vedtatt 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 problemstillinger:

1. **Er tjenestetilbudet utformet i samarbeid med pasienter og brukere?**
2. **Sikrer kommunen at pasienter og brukere får dekket behovet for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?**

Revisjonskriteriene¹ i denne forvaltningsrevisjonen er i hovedsak utledet fra helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven med tilførende forskrifter og veiledere. Kriteriene framgår under hver problemstilling nedenfor.

1.3. Avgrensning

Forvaltningsrevisjonen gjelder kommunens tjenestetilbud til voksne og ungdom over 18 år med psykiske plager og/eller rusavhengighet. Vi avgrenser mot kommunale tilbud som retter seg særskilt mot barn og yngre ungdom, eksempelvis skolehelsetjeneste, helsestasjon, barnevern og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).

1.4. Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Dag Oftung, med Bente Hegg Ljøsterød som oppdragsansvarlig.

Vi har undersøkt dokumenter i kommunen; plandokument, prosedyrer, rutiner og maler. Videre har vi intervjuet ansatte i kommunen.

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

1.5. Kommunedirektørens uttalelse

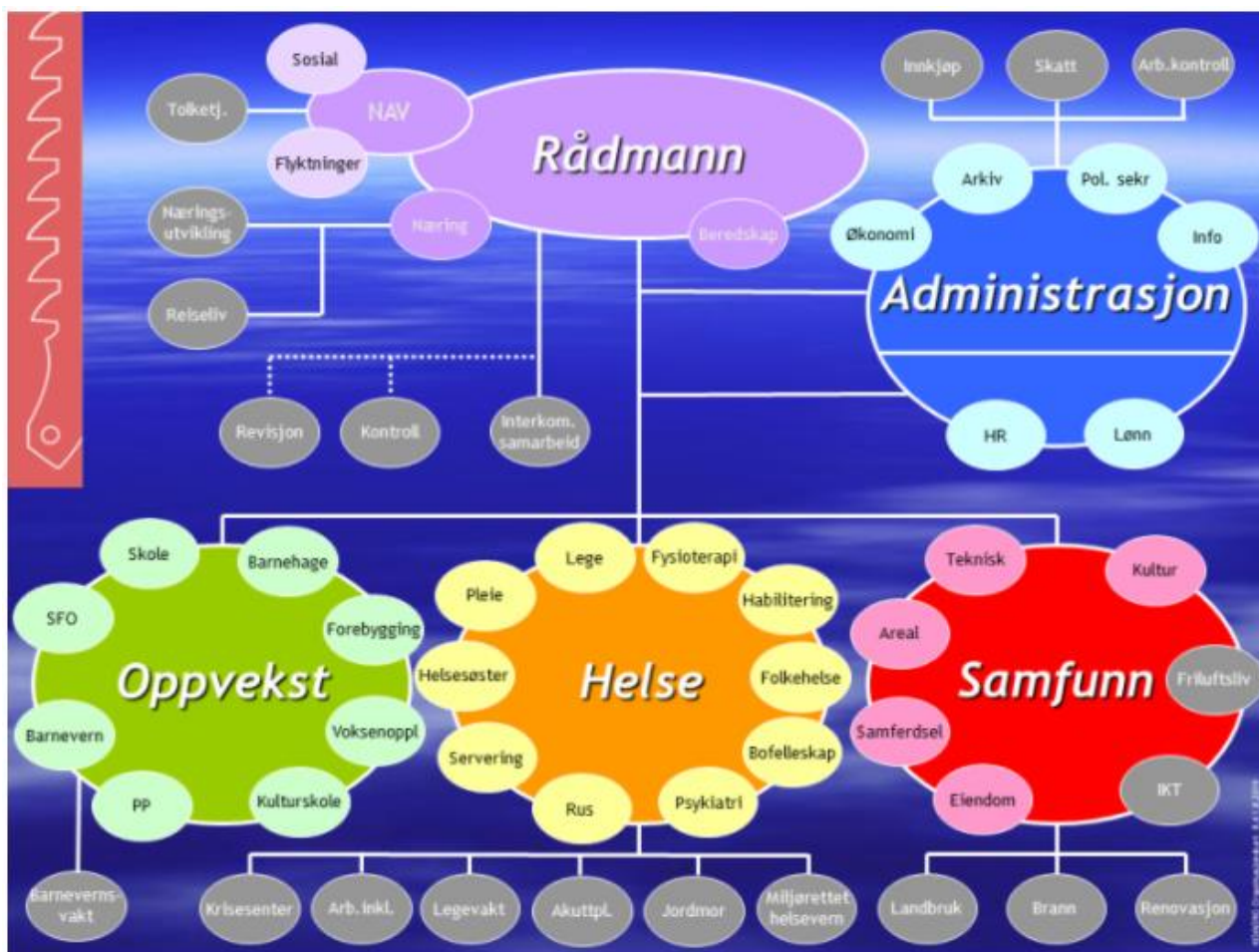
¹ Det skal alltid etableres revisjonskriterier i forvaltningsrevisjon, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15. Revisjonskriterier er de regler og normer som gjelder innenfor det området vi skal undersøke. Revisjonskriteriene er grunnlaget for revisors analyser, vurderinger og konklusjoner.

Rapporten er presentert i et møte med administrasjonen i kommunen og sendt til uttalelse 31. oktober 2022, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. På e-post fra kommunedirektøren har vi fått opplyst at han ikke har noen kommentarer til høringsutkastet.

2. Bakgrunn

2.1. Organisering

Kommunen har slik overordnet organisering:



Kommunalområdet helse ledes av en kommunalsjef. Det er to avdelinger i kommunalområdet med hver sin leder; forbyggende tjenester og pleie og omsorg. Kommunens tilbud innen rus og psykisk helse sorterer under avdelingen for forbyggende tjenester.

Kommunen har en spesialsykepleier (psykiatrisk sykepleier) i 100 % stilling knyttet til arbeid med rus og psykisk helse. Stillingen er anslagsvis fordelt på 80 % til arbeid med psykisk helse og 20 % til rusarbeid. Spesialsykepleier er forløpskoordinator² for rus og psykiatri i kommunen.

Kontaktinformasjon til forløpskoordinator ligger på kommunens nettside.

Fra 1. juli 2022 skal alle kommuner ha en rådgivende enhet for rus-saker. Enhetene skal ta imot personer som ilegges oppmøteplikt for enheten som vilkår for betinget påtaleunndlatelse i saker

² Forløpskoordinator skal sikre koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven jf. Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinering, § 5.

som handler om bruk og besittelse av narkotika. Fra kommunalsjefen for helseområdet får vi vite at rutine for hvordan dette skal følges opp i kommunen er under utarbeidelse. Spesialsykepleier i Siljan opplyser at det er han som vil inneha den funksjonen i kommunen. Han sier at kommunen også tidligere har hatt kontakt med kriminalomsorgen om slike saker, slik at dette vil være en videreføring av tidligere praksis.

Spesialsykepleier er også leder av kommunens psykososiale kriseteam. Kriseteamet trer sammen ved akutte alvorlige hendelser der det er behov for å bistå ansatte og innbyggere. Alt etter hva hendelsen gjelder er det flere ulike instanser som deltar i teamet. Det er utarbeidet egen rutine for varsling av psykososialt kriseteam.

I perioden 1. september 2021 til 1. juni 2022 hadde kommunen 50 % prosjektstilling innen psykisk helse. Stillingen var delvis finansiert fra statsforvalteren i Vestfold og Telemark. Bakgrunnen var et økt behov for tjenester i forbindelse med korona-pandemien. Som det går fram av tabellen på side 12 var det en stor økning i brukere fra 2020 til 2021.

Vi får opplyst at kommunen ikke har hatt tilsyn fra statsforvalter på området rus/psykisk helse. Det har heller ikke vært klagesaker som har vært behandlet av fylkeslegen.

Helse og omsorgstjenesteloven stiller krav til kommunen om å knytte til seg psykolog for å ivareta kravet om å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Siljan kommune har ikke ansatt psykolog. Vi får opplyst at stillingen som psykolog har vært lyst ut, men det har ikke vært søkere til stillingen. På spørsmål om kommunen har avtale om kjøp av psykologtjenester sier kommunalsjef for kommunalområdet helse at kommunen er i dialog med Sykehuset Telemark for eventuelt kjøp av deltjeneste.. Det har også vært rettet henvendelser til Drangedal kommune om kjøp av psykologtjenester. Dette har så langt ikke resultert i noen formelle avtaler. Ved behov for psykologtjenester har kommunen benyttet seg av private psykologer.

2.2. Kommunens tilbud innen psykisk helse og rus

På kommunens hjemmesider er det gitt informasjon til innbyggerne om tilbudet kommunen yter innenfor psykisk helse:

Figur 1 Skjermdump fra kommunens nettsider

Psykisk helse

Har du utfordringer med din psykiske helse, kan du få tilbud om oppfølging og behandling for å mestre livet ditt. Barn/unge og deres familier som trenger støtte når utfordringene gjør hverdagen vanskelig å håndtere, kan ta kontakt med helsesøstertjenesten eller barnevernstjenesten.

Tjenester

- Samtaler
- Veiledning
- Samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten
- Kommunal døgnplass psykiatri og rus (ved lette og moderate lidelser)
- Gruppetilbud
- Pårørende samtaler

Kommunen har en kommunal døgnplass³ for rus og psykiatri som er lokalisert i kommunens helsehus. Dette er et tilbud til pasienter som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie, og som kan behandles av primærhelsetjenesten i kommunen. Det er spesialsykepleier rus og psykiatri som styrer dette tilbudet. Han sier det er sjelden plassen benyttes.

På kommunens hjemmesider er det lagt ut slik informasjon om rusarbeidet:

Figur 2 Skjermdump fra kommunens nettsider

Rus

Har du utfordringer med rusmidler, kan du få tilbud om oppfølging og behandling.

Tjenster

- Samtaler
- Veiledning
- Henvisning til behandling for rusmiddelavhengighet
- Samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten
- Kommunal døgnplass psykiatri og rus (ved lette og moderate lidelser)
- LAR (legemiddelassistert rehabilitering)
- Gruppetilbud
- Pårørende samtaler

Kommunen tilbyr også bistand til pårørende av personer som har utfordringer med rus og/eller psykisk helse:

³ Kommunal akutt døgnplass, KAD

Figur 3 Skjermdump fra kommunens nettsider

Pårørende

Er du i nær relasjon til et menneske som har utfordringer innen psykisk helse og/eller rus, kan du få tilbud om pårørende samtaler eller veiledning.

På kommunens nettsider finner vi også informasjon om lovgrunnlag for tjenestene, klageadgang og kontaktinformasjon til spesialsykepleier/forløpskoordinator.

2.3. Helsedirektoratets veileder om brukergupper

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder⁴ i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. I veilederen blir det skissert en inndeling av brukergupper/lidelser i tre hovedforløp. Formålet med inndelingen er å beskrive hvordan tjenestene 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.

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer

Dette bruker- og pasientforløpet 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
- høyt alkoholkonsum som skaper problemer uten å oppfylle krav til skadelig bruk

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

Hovedforløp 3: Alvorlig og langvarige problemer/lidelser

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

Eksempler på lidelser som inngår i dette hovedforløpet er:

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

Ansvar for utredning og tjenester

Ifølge veilederen bør kommunen ha hovedansvaret for å ivareta personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer som forventes å bli milde og korte, dvs. i hovedforløp 1.

Behovet fra tjenester fra spesialisthelsetjenesten vil variere, men vil være størst for personer med alvorlige lidelser. Ifølge veilederen har både kommunen og spesialisthelsetjenesten et ansvar kartlegging og utredning, men spesialisthelsetjenesten bør stå for diagnostikken for alvorlige og langvarige lidelse og for midlere problemer som varer over tid. Kartleggingen og utredningen skal danne grunnlaget for videre tiltak og bør foregå i samarbeid mellom tjenestenivåene.

2.4. Tall på brukere

Fra kommunens årsmeldinger har vi hentet tall på brukere som har vært registrert⁵ i tjenesten de siste fire siste årene. Som det framgår av tabellen nedenfor har det vært stabile tall i årene 2018-2020, men det var en kraftig økning fra 2020 til 2021. Det er flere kvinner enn menn som er registrert som brukere av tjenestene. Kommunalsjef sier at kommunen, i tillegg til registrerte brukere, har henvendelser eller kontakt med mange personer. Dette er mer flyktig kontakt som ikke utløser registrering i journalsystemet og/eller saker/behandling.

Tabell 1 Oversikt over antall registrerte brukere av tjenester innen rus og psykisk helse i Siljan kommune i perioden 2018-2021. Fordelt på kvinner og menn

| | Totalt | Kvinner | Menn |
|------|--------|---------|------|
| 2021 | 51 | 32 | 19 |
| 2020 | 33 | 21 | 12 |
| 2019 | 32 | 21 | 11 |
| 2018 | 33 | 23 | 10 |

Vi får opplyst at den store økningen i antall brukere av tjenesten fra 2020 til 2021 i hovedsak er knyttet til korona-pandemien.

⁵ Ikke nødvendigvis nye registrerte – mange av de samme personene fra år til år

2.5. Noen nøkkeltall fra KOSTRA

I KOSTRA⁶ finner vi statistikk for området rus/psykisk helse i kommunene. Vi gjengir her oversikten som viser tall for Siljan kommune sammenliknet med KOSTRA gruppe 4⁷ og landet utenom Oslo. De siste oppdaterte tallene er fra 2021.

Figur 4 Skjermdump fra KOSTRA nøkkeltall, tabellen psykisk helse og rus

| Nøkkeltall | Enhet | Siljan | | Kostragruppe 04 | | Landet uten Oslo | |
|---|---------|--------|---|-----------------|---|------------------|---|
| | | 2021 | + | 2021 | + | 2021 | + |
| Brutto driftsutg. til tilbud til personer med rusproblemer pr. innb. 18-66 år (kr) | kr | 119,2 | | 232,7 | | 684,4 | |
| Netto driftsutg. til tilbud til personer med rusproblemer pr. innb. 18-66 år (kr) | kr | 119,2 | | 169,6 | | 584,0 | |
| Andel netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer (prosent) | prosent | 4,3 | | 5,4 | | 15,3 | |
| Årsverk av psykiatriske sykepleiere per 10 000 innbyggere (helse- og omsorg) (antall) | antall | 4,3 | | 6,8 | | 4,9 | |
| Årsverk av personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere (helse og sosial) (antall) | antall | 11,3 | | 10,4 | | 9,0 | |
| Årsverk av personer med videreutdanning i rusarbeid per 10 000 innbyggere (helse og sosial) (antall) | antall | 4,3 | | 3,2 | | 3,4 | |
| Andel nyinnflyttede med psykiske problemer (prosent) | prosent | : | | : | | : | |
| Andel nyinnflyttede rusmiddelmisbrukere (prosent) | prosent | : | | : | | : | |
| Andel nyinnflyttede rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser (prosent) | prosent | : | | : | | : | |
| Andel med psykiske lidelser på venteliste (prosent) | prosent | : | | .. | | .. | |
| Andel rusmiddelmisbrukere på venteliste (prosent) | prosent | : | | .. | | .. | |
| Andel rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser på venteliste (prosent) | prosent | : | | .. | | .. | |
| Antall vedtak om kjøp av tiltak til rusmiddelmisbrukere av aktører utenfor komm per 10 000 innbyggere 18-66 år (antall) | antall | 0,0 | | 1,6 | | 2,4 | |
| Antall vedtak om kjøp av tiltak til rusmiddelmisbrukere av aktører utenfor komm per 10 000 innbyggere (antall) | antall | 0,0 | | 1,0 | | 1,5 | |
| Antall vedtak om midlertidige tiltak til rusmiddelmisbrukere per 10 000 innbyggere 18-66 år (antall) | antall | 14,0 | | 13,9 | | 3,4 | |
| Antall vedtak om midlertidige tiltak til rusmiddelmisbrukere per 10 000 innbyggere (antall) | antall | 8,5 | | 8,3 | | 2,2 | |
| Andel nyinnflyttede med psykiske lidelser og / eller rusmisbrukere (prosent) | prosent | : | | 12 | | 20 | |

: Vises ikke av konfidensialitetshensyn
Tall publiseres ikke for å unngå å identifisere personer eller virksomheter.

⁶ Statistisk sentralbyrå: KOSTRA Psykisk helse og rus Siljan - SSB

⁷ Samling av kommuner med likheter langs tre ulike dimensjoner: Folkemengde, bundne kostnader og frie disponible inntekter per innbygger.

3. Samarbeid med bruker

Er tjenestetilbudet utformet i samarbeid med pasienter og brukere?

3.1. Revisjonskriterier

Regelverk og anbefalinger om brukermedvirkning

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.

Pasient eller bruker har blant annet 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. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. 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.

Ifølge veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring skal kommunene drive systematisk forbedringsarbeid bl.a. med utgangspunkt i pasienter, brukere og pårørendes erfaringer. I veilederen pekes det på relevante interne dokumenter:

- rutiner for innhenting og bruk av brukererfaringer/tilbakemeldinger
- rutiner for involvering av pasienter, brukere og pårørende i forbedringsarbeid
- rapporter fra kartlegginger og brukerundersøkelser

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

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

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.

Til denne problemstillingen har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha rutiner og tiltak som sikrer at brukererfaringer brukes i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenestene.**
- **Kommunen skal ha rutiner og tiltak som skal sikre at brukere/pasienter får medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud.**

3.2. Samarbeid med bruker – data

Mål

I plandokumentet *Helse 2016-2019*⁹ finner vi målsettinger for kommunens arbeid med helse- og omsorgstjenester. Ett av delmålene gjelder brukermedvirkning.

6.1 Hovedmål

- a) Alle innbyggerne skal få nødvendig forebyggende tjenester, rehabilitering, behandling, pleie og omsorg.
- b) Tjeneste skal være i tråd med nasjonale føringer.
- c) Siljan kommune avdeling Helse skal være en god arbeidsplass med trygge tjenesteytere.

6.2 Delmål

- a) Sikre god brukermedvirkning
- b) Fokus på forebyggende arbeid.
- c) Individuell tilpasning og samordning av tjenestene.
- d) God kontroll og kvalitet på tildeling av tjenester.
- e) En organisasjon og lederstruktur som støtter opp om brukerens behov for koordinerte tjenester som gir effektiv bruk av tilgjengelige ressurser.
- f) Satsning på kompetanse og fagutvikling.
- g) Innbyggerne og brukerne har et avklart forventingsbilde til hvilke tjenester som ytes.

Medvirkning - rutiner og prosedyrer

Kommunen bruker kvalitets og internkontrollsystemet TQM.¹⁰ I TQM finner vi et eget område der rutiner for rus og psykiske tjenester i Siljan kommune er samlet. Rutinene er sist revidert i februar 2022 av en koordineringsgruppe med personer med ulike kompetanse fra avdelingen for

⁹ Siljan kommune – Helse 2016-2019. Vedtatt av kommunestyret 31. mars 2016.

¹⁰ TQM leverer prosessorienterte ledelsessystemer for HMS, kvalitet og ytre miljø til offentlige og private aktører.

forebyggende helsearbeid. Formålet med rutinene er å sikre at alle henvendelser til rus og psykiske helsetjenester får en faglig og likeverdig vurdering.

Vi har undersøkt innholdet i aktuelle rutiner og skjema/maler som ligger i internkontrollsystemet TQM og vil nedenfor kort beskrive de viktigste av dem:

Journalføring – dokumentasjon

Prosedyren har som formål å sikre at journalføring skjer i henhold til lov og forskrift, at journalen er et godt redskap under behandlingsforløpet og at den ivaretar ev. framtidige behov for oppfølging og utlevering av opplysninger.

Ifølge prosedyren skal journalnotater være kortfattede og presise, og det er listet opp en del punkt som bør være med. For vårt formål er disse mest relevant:

- Beskrivelse av helsehjelpen (f.eks. individuelle samtale og ev. metode. Resyme av samtale
- Evaluering sammen med pasienten (i henhold til behandlingsplan og ev. individuell plan).
- Avtale om videre oppfølging

Oppstart og pasientoppfølging

Formålet med prosedyren er *helhetlig kartlegging med fokus på psykisk helse for å sikre best mulig grunnlag for videre oppfølging av pasientene*. Det er listet opp en rekke punkt som pasienten skal orienteres om. Vi finner ikke noe punkt som eksplisitt omhandler informasjon om pasientens rett til medvirkning i utviklingen av tjenestetilbudet.

I forbindelse med første samtale får vi opplyst at skjemaet *kartlegging – inntakssamtale* brukes. Skjemaet legges inn i pasient/journalsystemet CosDoc¹¹. I dette skjemaet er det en rekke punkter for å kartlegge bakgrunnen til brukeren. Blant spørsmålene/temaene er:

- Hva ønsker du å endre/målsettinger/hva forventer du av oss?
- Hva kan du selv gjøre? / dine ressurser og egenskaper du setter mest pris på
- Hvordan ønsker du at din livssituasjon skal være slik at du kan leve et mer tilfredsstillende liv?
- Pasientens behov for å ta med pårørende eller annen i videre samtaler/oppfølging

I forbindelse med oppstartssamtalen er det også lagt opp til at brukeren gjør rede for relasjoner til andre personer, familie, venner, bekjente, helsepersonell m.m. for å kartlegge hvilke personer en ønsker å ha mer kontakt med og hvilke en ikke ønsker på ha kontakt med.

Behandlingsplan

¹¹DIPS front levere programvaren CosDoc et verktøy for pasientadministrasjon, støtte til helsefaglig arbeid og dokumentasjon til kommuner.

I prosedyren er målsettingen å *sikre pasientene økt mestring gjennom et hensiktsmessig og forutsigbart forløp med mulighet for å endre behandling ut ifra evalueringer.*

Skjemaet *behandlingsplan* skal brukes og behandlingsplanen skal dokumenteres i journal. I skjemaet *behandlingsplan* skal gis beskrivelse av diagnose/hovedutfordring/problem/situasjonen, mål med behandling og metode/behandling med nærmere beskrivelse av tiltakene.

Det er ikke noen egen «boks» som beskriver/dokumenterer i hvilken grad bruker har vært med å påvirke eller er enige i innholdet i behandlingsplanen.

Avslutning behandling

Prosedyrens formål er å *avslutte behandling eller sikre eventuelle overganger til annet behandlingsnivå.*

Pasienter skal ha en avslutningssamtale med:

- gjennomgang av tema i mal for avslutningsbrev
- Informasjon om å ta kontakt

Tilbakemelding skal gis til henviser med kopi til pasienten og journal skal ferdigstilles

Medvirkning i praksis

Spesialsykepleier sier det er viktig å sikre brukermedvirkning i det praktiske arbeidet, og viser til at kommunen har tatt i bruk et elektronisk tilbakemeldingsverktøy; NORSE Feedback.¹²

Spesialsykepleier sier at i NORSE er hans viktigste verktøy for brukermedvirkning i kontakt med pasienter/brukere. Etter første samtale/kontakt får pasient/bruker tilsendt en lenke på telefon/nettbrett/iPad eller liknende, og kan svare på en del spørsmål og gi tilbakemeldinger til behandler. Spesialsykepleier sier det er lettere for pasienten/brukeren å gi ærlige tilbakemeldinger når en sitter hjemme og ikke ansikt til ansikt med behandler. Spesialsykepleier sier videre at det er da pasientens/brukerens egen oppfatning av situasjonen som kommer fram, uten påvirkning fra behandler. Tilbakemeldingene fra pasient/bruker via NORSE er med på å danne grunnlag for hvordan behandler vil jobbe videre.

Tilbakemeldingen gjelder på både behandlingen, om det har effekt eller ikke, og hvordan brukerne opplever møte med behandler/kommune. Tilbakemelding i NORSE kan skje flere ganger i et behandlingsforløp. Det gir informasjon om endringer i symptomtrykk og funksjonsnivå, samt hvordan relasjonen mellom pasient/bruker og behandler fungerer.

Her er et eksempel på hvordan informasjon/tilbakemelding blir gitt appen NORSE

¹² [Hjem - Norse \(norsefeedback.no\)](http://Hjem - Norse (norsefeedback.no))

Figur 5 Skjermdump. Eksempel på spørsmål i NORSE app på telefon



For behandler framkommer opplysningen gitt av pasienten/brukeren i elektroniske rapporter i programvaren. Rapportene danner grunnlag for type og omfang av videre kontakt og behandling som blir tilbudt.

Det er frivillig å bruke verktøyet og spesialsykepleier sier det krever et visst funksjonsnivå og tilgang teknisk utstyr (telefon/nettbrett e.l.) for å bruke verktøyet. Om lag 40 % av målgruppen benytter NORSE. Nye pasienter med milde/moderate vansker, der det er relativt korte forløp bruker NORSE i stor grad. Pasienter med kroniske vansker og langtids oppfølging, samt eldre mennesker ønsker i liten grad å bruke NORSE. Videre får vi opplyst at verktøyet ikke brukes på personer under 16 år fordi det inneholder spørsmål om seksuelle helse.

Informasjonen som pasienter/brukere legger inn i NORSE blir dokumentert på en egen server hos NORSE. Dette er vurdert til å være sikkert. Kommunen «eier» det aktuelle området, og har tilgang til alle opplysningen som ligger på området.

Medvirkning – overordnet nivå

Kommunen har ikke gjennomført brukerundersøkelser i den aktuelle målgruppen. Kommunen har heller ikke noe eget brukerråd. Spesialsykepleier sier at han i ulike sammenhenger har kontakt med bruker- og pasientorganisasjoner i Grenland/Telemark.

Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten skal en vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer. På spørsmål om hvordan kommunen følger opp forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten¹³ viser kommunalsjefen for helse til en slik gjennomgang av området rus og psykiske helse i februar 2022. Der ble det gjort en gjennomgang/evaluering av informasjon på kommunens nettsider, rutiner og planer på området, men ikke foretatt noen systematisk vurdering av tjenesten på bakgrunn av pasient/brukererfaringer.

Siljan kommune startet i 2019 prosjektet «pilot i eget liv». Hensikten er å samordne statlige tilskudd rettet mot utsatte barn og unge mellom 0 og 24 år. Prosjektet er ikke spesielt rettet mot rus/psykisk helse, men dette er også aktuelt å bringe inn i prosjektet. Det er etablert et nærværsteam som skal jobbe med utfordringer knyttet til fravær, igangsatt lavterskel foreldreveiledning/foreldrestøtte og utviklet et tilbud for tverrfaglig samhandling overfor brukerne. Ifølge kommunen er det et mål å gjennomføre stor grad av brukermedvirkning i prosjektet.

3.3. Revisors vurdering av samarbeid med bruker

Kommunen har en generell målsetting om brukermedvirkning for å sikre et godt tjenestetilbud innen pleie- og omsorgssektoren.

Kommunen bruker kvalitetssystemet TQM. Her finner vi en rekke prosedyrer som skal sikre enhetlig behandling av saker innen feltet rus og psykisk helse. Rutinen er forholdsvis nylig oppdaterte. Etter vår vurdering har kommunen prosedyrer og rutiner som i all hovedsak legger opp til at brukernes synspunkt på tilbud og behandling skal vektlegges. I skjemaet *behandlingsplan* er det ikke noen egen «boks» som beskriver/dokumenterer i hvilken grad bruker har vært med å påvirke eller er enige i innholdet i planen. For å dokumentere at dette har vært tatt opp med bruker/pasient kan det etter vår vurdering være hensiktsmessig å ha dette som et eget sjekkpunkt i skjemaet.

Informasjon gitt i intervju tyder på at brukerne er med på å utforme tjenestetilbud. I kontakt med og behandling av brukere/pasienter tilbyr kommunen å bruke et elektronisk system (NORSE feedback) for å få informasjon og tilbakemeldinger fra brukere. Etter vår vurdering kan dette være et egnet verktøy for medvirkning. Verktøyet blir av ulike grunner ikke brukt av alle som mottar

¹³ Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om leing og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene

tjenester. Det vil derfor være nødvendig å sørge at brukere/pasienter som ikke bruker NORSE på annen måte sikres medvirkning i utformingen av tjenestetilbudet.

Kommunen har hverken bruker- eller pårørenderåd innen feltet rus og psykisk helse. Det har heller ikke vært gjennomført brukerundersøkelser. Tjenesten hadde i februar 2022 en gjennomgang av rutiner og prosedyrer, men kan ikke vise til at det er foretatt en systematisk gjennomgang av tjenesten med bakgrunn i erfaringer fra brukere/pasienter. Ifølge veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring skal kommunene drive systematisk forbedringsarbeid bl.a. med utgangspunkt i pasienter, brukere og pårørendes erfaringer.

Vi ser at kommunen har få brukere/pasienter innen rus/psykisk helse, og at det kan være utfordrende å få datagrunnlag for systematisk evaluering. Vi mener likevel kommunen bør sørge for en årlig evaluering/korrigerende av tjenestene som forutsatt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

4. Helhetlig og koordinert tjenestetilbud

Sikrer kommunen at pasienter og brukere får dekket behovet for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?

4.1. Revisjonskriterier

Regelverk og anbefalinger 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. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. 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. Tjeneste-

utøverne 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 skal 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.**
 - **utarbeide individuell plan for brukere og pasienter med langvarige og sammensatte behov.**

4.2. Helhetlig og koordinert tjenestetilbud – data

Koordinerende enhet

Vi får opplyst at det er tjenestekontoret som er koordinerende enhet i Siljan kommune. Tjenestekontoret er en del av kommunalområdet helse.

Det er ukentlige samordningsmøter i avdelingen for forebyggende helsearbeid med gjennomgang og diskusjoner om bl.a. av søknader om helse og omsorgstjenester. På møtet deltar spesialsykepleier rus og psykiatri og representanter for alle de ulike faggruppene innen helse og omsorgssektoren. Legekantoret i kommunen er representert med en legesekretær. Ved behov trekkes eksterne instanser inn.

Tidligere var de ukentlige møtene et tildelingsmøte der det ble fattet vedtak. Vi får opplyst at det nå er et eget vedtaksteam som skriver selve vedtakene om tildeling av tjenester på bakgrunn av diskusjonene og konklusjonene i det ukentlige samordningsmøtet.

Siden kommunen kun har en person som jobber med på feltet rus og psykisk helse, er det vedkommende om er koordinator for oppfølging av personer som får slike tjenester.

Rutiner

I internkontrollsystemet TQM finner vi følgende aktuelle prosedyrer

Rutine for behandling oppfølging rusproblem/avhengighet

Formålet med rutinen er å *sikre at pasienter med rusproblemer/rusavhengighet får helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset behandlingstilbud.*

Rutinen sier at vanlig prosedyre for psykisk helse og rusarbeid i utgangspunktet skal benyttes. I prosedyren pekes det på aktuell metodikk for behandling, forhold rundt førerkort og oppfølging.

Rutine for individuell plan

I internkontrollsystemet TQM finner vi prosedyre for individuell plan.

Individuell plan skal *sikre at pasienter med behov for habilitering, rehabilitering eller langvarige og sammensatte tjenester, får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud.*

- Når det vurderes at pasienten har rett til eller behov for IP, skal det informeres om dette
- Dersom pasienten ønsker det, skal det sendes melding/søknad til koordinerende enhet/tildelingskontoret/tildelingsnemnd for behandling og vedtak
- Pasienten skal samtykke og det skal samarbeides med pasienten om å opprette individuell plan, personlig koordinator og ev. ansvarsgruppe.
- Pasientens ønske om hvem som skal fungere som personlig koordinator skal tillegges vekt

I prosedyren er det vist til mal for individuell plan i CosDoc. I malen vi har sett er det lagt opp til å etablere ansvarsgruppe med deltakere fra de ulike aktuelle instansene/etatene som skal involveres. Bruker/pasient skal informere om egen situasjon, og gi tilbakemelding på ønsker og mål for mål

I planen skal det være oversikt over målsettinger, tiltak, tidsrammer, evaluering og hvem som er ansvarlig for de ulike tiltakene. Planen skal inneholde opplysninger om hvordan og når planen skal justeres og evalueres. Som vedlegg til planen skal samtykkeerklæring og referater fra ansvarsgruppemøter ligge.

Fra kommunalsjefen for området helse får vi vite at det er utviklet individuelle planer som er elektroniske. Ved bruk av disse vil også brukerne/pasienten selv kunne legge inn opplysninger underveis. Ifølge kommunalsjefen vil et slikt verktøy kanskje kunne bidra til mer involvering fra brukeren/pasienten selv. Ulempen er at det kan være brukere som kan ha vanskelig for å forholde seg til innlogging med bank ID på PC/nettbrett/tlf. Det er også en stor kostnad (lisens og brukerstøtte) for å bruke elektroniske individuelle planer, og hun sier det derfor ikke er aktuelt for kommunen å begynne å bruke dette verktøyet nå.

Individuell plan - praksis

Spesialsykepleier sier at individuell plan har blitt brukt i noen sammenhenger, der pasient/bruker har behov for flere typer tjenester. Individuell plan skal klarlegge hvem som gjør hva, og til hvilken tid. Dette gjelder både der det er behov for flere kommunale tjenester, men er særlig nyttig der det er instanser utenfra som skal kobles på. Spesialsykepleier sier at planen skal utformes i samarbeid med pasient/bruker. Kommunen har utarbeidet maler for slike planer. Planen lagres i CosDoc.

Spesialsykepleier viser ellers til det som kalles «stafettlogg» som har vært brukt som et alternativ til individuell plan, spesielt rettet mot barn.¹⁴ Det kan være et nyttig verktøy for å koordinere tjenester fra skole og helsesektor. I prinsippet det samme som en individuell plan der en holder oversikt over hvem som gjør hva når. Spesialsykepleier sier stafettloggen er et godt verktøy.

Kommunalsjefen sier at det blir gitt tilbud om individuell plan i de tilfeller kommunen mener bruker/pasient har rett på det og brukeren/pasienten har ønske om det. Vi får opplyst at det pr i dag ikke er noen innenfor området rus og psykisk helse som har individuell plan.

Kommunalsjefen sier at selv om brukere/pasienter ikke har individuell plan vil de få helhetlige og koordinerte tjenester fra kommunen. I de ukentlige samordningsmøtene blir det vurdert hvilke tjenester en bruker/pasient har rett på og/eller behov for. Hun peker på at kommunen er liten, og det er lett for de ulike personene som skal involveres å ha kontakt seg imellom. Hun sier videre at spesialsykepleier har god kontakt med instanser utenfor kommunen, og at disse blir koblet inn ved behov.

Spesialsykepleier sier at det i rusmiljøet er mange som et omflakkende liv. For bedre å kunne koordinere tilbud og hjelpe personer som farer mellom kommunene er det på trappende å opprette et såkalt FACT-team. Sykehuset Telemark, Borgestadklinikken og Grenlandskommunene er deltakere i dette arbeidet. Det er spesialsykepleier i kommunen som deltar i dette arbeidet.

4.3. Revisors vurdering av helhetlig og koordinert tjenestetilbud

Kommunen har plikt til å sørge for at brukere og pasienter får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Kommunen skal bl.a. ha koordinerende enhet og rutiner for arbeidet med individuell plan. Kommunen har etablert koordinerende enhet og har rutiner for individuell plan.

Vi får opplyst at det for tiden ikke er noen som har individuell plan innenfor feltet rus/psykisk helse.

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. Ifølge kommunen gis det slik helhetlig tilbud der det er relevant. Det er spesialsykepleier i kommunen som skal sørge for koordinering i samarbeid andre kommunale tjenester, og eventuelle eksterne instanser.

¹⁴ Conexus Companion stafettlogg «forenkler den profesjonelle samhandlingen mellom de ulike faggruppene – slik at de ivaretar helheten i tjenesteytelsen, og tar ut det fulle potensiale i sin kompetanse».

5. Konklusjoner og anbefalinger

5.1. Konklusjoner

Brukermedvirkning

Vi mener at Siljan kommune har tiltak som er med på å sikre at tilbud innen rus og psykisk helsehjelp er tilpasset brukerne og pasientenes behov. Kommunen har skriftlige rutiner og prosedyrer som legger opp til brukermedvirkning. Kommunen bruker et elektronisk tilbakemeldingsverktøy for å sikre relevant informasjon både om egen helsesituasjon og behandlingsprosessen.

Samtidig mener vi at kommunen i liten grad har rutiner og tiltak for å bruke erfaringer fra brukere og pasienter på en systematisk måte med tanke på å evaluere og utvikle tjenestene. Kommunen har ikke etablert et brukerråd, og har heller ikke gjennomført bruker- eller pårørendeundersøkelser.

Kommunen har delvis tiltak for å sikre at tjenestetilbudet er utformet i samarbeid med pasienter og brukere.

Helhetlig tilbud

Kommunen har etablert koordinerende enhet, og har rutine for utforming av individuell plan.

Vi får opplyst at det for tiden ikke er noen som har individuell plan innenfor feltet rus/psykisk helse.

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. Ifølge kommunen gis det slik helhetlig tilbud der det er relevant. Det er spesialsykepleier i kommunen som skal sørge for koordineringen i samarbeid andre kommunale tjenester, og eventuelle eksterne instanser.

Etter vår vurdering har kommunen tiltak for å sikre at pasienter og brukere får dekket behovet for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud

Andre forhold

Vi har sett at kommunen ikke har ansatte psykolog, eller avtale om kjøp av psykologtjenester. Helse og omsorgstjenesteloven stiller krav til kommunen om å knytte til seg psykolog for å ivareta kravet om å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Normalt skjer tilknytning til psykolog ved ansettelse, men det vil også være dekkende om dette skjer ved å inngå avtale om kjøp av tjenester fra en annen kommune, spesialisthelsetjenesten, eller ved å inngå en samarbeidsavtale med en eller flere privatpraktiserende psykolog(er) om innleie/ kjøp av tjenester.

5.2. Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å

- bruke brukererfaringer systematisk for å evaluere og utvikle tjenesten.

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 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering, rehabilitering og koordinator

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: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen startet opp ved oppstartsbrief 23. mai 2022. Oppstartsmøte ble holdt 1. juni 2022 med kommunedirektør, kommunalsjef for området helse, leder for forebyggende tjenester og spesialsykepleier 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 juni – oktober 2022.

Fakta om organisering og statistikk på området er hentet fra kommunen årsmeldinger for de siste to årene. For å undersøke om kommunen har tiltak for å sikre medvirkning i utforming av tjenestetilbudet har vi fått tilgang til kommunens rutiner, prosedyrer, maler og skjemaer til bruk i arbeidet med rus og psykisk helse. Disse ligger i kommunens kvalitetssystem TQM. Vi har fått utskrift av prosedyreset m.m.

Vi har fått skriftlig og muntlig informasjon fra kommunalsjef¹⁵ for området helse. Tekst i rapporten som er basert på denne informasjon er forelagt vedkommende for godkjenning. Vi har også intervjuet spesialsykepleier/forløpskoordinator for rus og psykisk helse. Informasjon fra intervju er nedtegnet i referat som er bekreftet fra vedkommende. Begge er sentrale personer i arbeidet med tjenestetilbudet innen rus og psykisk helse.

Siden kommunen er liten, og det er få personer som jobber på feltet vi har undersøkt er det vanskelig å få data fra flere ulike kilder. De vil være en svakhet at kildegrunnlaget er begrenset til så få personer.

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.

¹⁵ Vedkommende slutte i jobben i juni 2022. Ny kommunalsjef tiltrådte i juli 2022

Personopplysninger

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.¹⁶

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.¹⁷ Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

¹⁶ 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).

¹⁷ 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: 3812 401