

Forvaltningsrevisjon 2021

Utarbeidet av Revisjon Øst
IKS på oppdrag fra
kontrollutvalget i Elverum
kommune

Tjenestetilbudet innen psykisk helsearbeid og rusomsorg i Elverum kommune



Revisjon  Øst IKS

Postboks 84, 2341 Løten

Telefon: 62 43 58 00

<https://www.revisjon-ost.no>

E-post: post@rev-ost.no

Org.nr: 974 644 576 MVA

Forord

Denne rapporten er et resultat av en forvaltningsrevisjon rettet mot tjenestetilbudet innen psykisk helsearbeid og rusomsorg i Elverum kommune. Foreløpig rapport har vært sendt til kommunedirektøren for uttalelse. Denne uttalelsen er tatt inn i rapportens kapittel 11. Rapporten, som utgjør forvaltningsrevisjonens sluttprodukt, overleveres herved til revisjonens oppdragsgiver, kontrollutvalget i Elverum kommune.

Jo Erik Skjeggstad har vært utøvende revisor for forvaltningsrevisjonen, mens Lina Kristin Høgås Olsen har vært oppdragsansvarlig revisor for prosjektet og har kvalitetssikret arbeidet. Prosjektets datainnsamling er i hovedsak gjennomført i perioden februar til mai 2021 og rapporten er slutført i juli 2021.

Innledningsvis vil man finne et sammendrag av rapporten som oppsummerer formål og problemstillinger, måten forvaltningsrevisjonen er gjennomført på, og revisors konklusjoner og anbefalinger. Sammendraget utgjør således en kortutgave av rapporten, spesielt beregnet for de som ikke ønsker å lese hele rapporten. Våre anbefalinger fremgår på side 7.

Vi benytter anledningen til å takke kommuneadministrasjonen for bidrag i forbindelse med gjennomføring av forvaltningsrevisjonen. Vi takker også kontrollutvalget i Elverum kommune for oppdraget.

Løten 7. september 2021



Lina Kristin Høgås-Olsen
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor



Jo Erik Skjeggstad
Utøvende forvaltningsrevisor

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	4
2	Grunnlaget for forvaltningsrevisjonen	8
3	Metode for gjennomgangen	9
4	Innledning til temaet rus- og psykiske helsetjenester	10
4.1	Kort om risiko på området	10
4.2	Om tjenestetilbudet innen rus og psykiske helsetjenester i Elverum kommune	10
4.3	Eksterne samarbeidspartnere - psykiske helsetjenester og rusomsorg i Elverum	12
5	Etterlevelse av lovverk og statlige føringer	13
5.1	Revisjonskriterier for problemstilling 1	13
5.2	Datagrunnlag	14
5.2.1	Data fra kommunale enheter	14
5.2.2	Data fra eksterne samarbeidspartnere	21
5.3	Revisors vurdering	23
6	Sikrer kommunen et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?	27
6.1	Revisjonskriterier for problemstilling 2	27
6.2	Datagrunnlag	28
6.2.1	Data fra kommunale enheter	28
6.2.2	Data fra eksterne samarbeidspartnere	36
6.2.3	Observasjon/journalgjennomgang	37
6.3	Revisors vurdering	38
7	Betydningen av innsparinger i kommunen	42
7.1	Revisjonskriterier for problemstilling 3	42
7.2	Datagrunnlag	42
7.2.1	Data fra kommunale enheter	42
7.2.2	Data fra eksterne samarbeidspartnere	43
7.3	Konsekvensen av innsparingstiltak - oppsummering	44
8	Etterleves kravene om brukermedvirkning?	45
8.1	Revisjonskriterier for problemstilling 4	45
8.2	Datagrunnlag	45
8.2.1	Data fra kommunale enheter	45
8.2.2	Data fra Mental helse Hedmark	48
8.2.3	Andre eksterne sine synspunkter på brukermedvirkning	49
8.3	Revisors vurdering	49
9	Konklusjon	52

10	Anbefalinger	55
11	Kommunedirektørens uttalelse.....	56
12	Referanser	60
12.1	Internettreferanser	60
Vedlegg A: Utledning av revisjonskriterier.....		61

1 Sammendrag

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å kartlegge kommunens koordinering av tjenester overfor brukere med psykiske helseproblemer og rusproblemer, og se etter at kommunen sikrer at pasienter/brukere får et helhetlig og koordinert tilbud som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Formålet har videre vært å se etter at kommunen etterlever de krav som gjelder for brukermedvirkning og å kartlegge hva slags konsekvenser innsparinger i kommunen har hatt for tjenestene innen psykisk helse og rusomsorg. Følgende problemstillinger er besvart:

1. I hvilket omfang har Elverum kommune et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer?
2. I hvilken grad sikrer Elverum kommune at pasienter/brukere innen psykisk helse og rusomsorg får et helhetlig og koordinert tilbud?
3. Hvilke konsekvenser har innsparinger i kommunen, og eventuelle endringer i tilbudet på grunn av dette, hatt for tjenesten for psykisk helse og rusomsorg?
4. Etterlever Elverum kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?

I forbindelse med forvaltningsrevisjonen er det utledet revisjonskriterier fra lovverk, veiledere og informasjonsskriv som legger premissene for kommunenes helse og omsorgstjenester. Grunnlagsdata til forvaltningsrevisjonen er innhentet ved dokumentgjennomgang, intervjuer og observasjon/gjennomgang av journaler.

Generelt sett mener vi at kommunen har styringssystemer som sikrer at tjenestene er i henhold til lovverk og statlige føringer og at tjenestene er koordinerte og helhetlige. Vi mener likevel det er tiltak som kommunen kan gjøre for å redusere risiko i denne forbindelse. Vi mener kommunen holder seg innenfor de krav som stilles med hensyn til brukermedvirkning, men at systemet for innhenting av brukererfaringer kan forbedres. For den enkelte problemstilling er det trukket følgende konklusjon:

Problemstilling 1: I hvilket omfang har Elverum kommune et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer?

For denne problemstillingen har vi konkludert med at Elverum kommune har et internkontroll/kvalitetssystem for tjenestene inne rus- og psykiske helsetjenester som er egnet til å sikre forsvarlige tjenester som er i henhold til lovverk og statlige føringer. Det er likevel rom for forbedring, og vi har pekt på følgende:

- Etter vår vurdering er de ulike enhetene vi har gjennomført kontroll i, på noe ulike stadier med hensyn utvikling av sine internkontroll/kvalitetssystem. Spesielt i forhold til dokumentasjon av systemet og oppfølging/evaluering. Etter vår vurdering er det sektor PRO¹ som har kommet lengst med å utvikle et intern-/kvalitetssystem som tilfredsstillende kravene i lovverket.
- Kommunes kvalitetssystem har egen avviksmul. Det virker på oss som at avvikssystemet er ganske nytt for de fleste av de enhetene vi har vært i kontakt med og at dette ikke har gått seg helt til ennå. Kommunen bør derfor fortsatt prioritere opplæring og holdningsarbeid

¹ Sektor for pleie, rehabilitering og omsorg

knyttet til melding av avvik. Herav implementere rutiner for når/i for hvilke situasjoner det skal meldes avvik, og at det å melde avvik er et viktig bidrag til å utvikle tjenesten.

- Kvalitetsforskriften legger til grunn at kommunen skal foreta en systematisk gjennomgang og vurdering av hele styringssystemet minst en gang i året. I de ulike enhetene vi har kontrollert varierer det om en er underlagt prosedyrer for en slik systematisk gjennomgang, evt. og prosedyrene er dokumentert. Sektor PRO har en overordnet prosedyre for internkontroll, og vi mener at denne er et godt utgangspunkt for en slik gjennomgang. Men denne prosedyren kan også forbedres ved å ta inn beskrivelse av hva slags rapportering det legges opp til og en oversikt over hvilke(n) ekstern(e) informasjon/resultatindikatorer som skal legges til grunn for vurdering av tjenesten. Vi mener en slik gjennomgang bør oppsummeres i en egen rapport.

Problemstilling 2: I hvilken grad sikrer Elverum kommune at pasienter/brukere innen psykisk helse og rusomsorg får et helhetlig og koordinert tilbud?

Vi har kommet frem til at kommunen i stor grad har systemer som er egnet til å sikre koordinerte og helhetlige tjenester for pasient-/brukergruppen og at det oppnås tilfredsstillende samhandling, både internt i kommunen og med eksterne samarbeidspartnere. Men også her finnes det forbedringspunkter, som oppsummeres som følger:

- Det varierer hvorvidt de ulike kommunale enhetene med oppgaver innen rus- og psykiske helsetjenester har rutiner for samarbeid og/eller samarbeidsavtaler. Vi mener at slike rutiner/avtaler er viktige med hensyn til å formalisere samarbeidene, sikre kontinuitet og at det samarbeides målrettet og effektivt. Involvering i hverandres endrings- og utviklingsprosesser er en viktig del av samarbeidet, og bør være en del av avtalen/rutinene for samarbeid mellom enhetene.
- For samarbeid mellom BUP² og DPS³ er det først og fremst den overordnede samarbeidsavtalen mellom Elverum kommune og Sykehuset innlandet HF som gjelder. Vi mener denne avtalen blir for generell til at den er egnet for samarbeid på enhetsnivå. For DPS har kommunen i tillegg inngått en felles avtale med kommunene i Elverumregionen om akutte tjenester. Ettersom denne gjelder et avgrenset område, og er inngått før samhandlingsreformen for psykisk helse ble iverksatt for med full styrke i kommunene, mener vi at kommunen bør vurdere om avtalen dekker samarbeidsbehovet en har med DPS i dag. Samarbeidet med disse lokale avdelingene av spesialisthelsetjenesten har også i noen grad vist seg å være sårbar med hensyn til utskifting av nøkkelpersonell. Vi mener det ville vært hensiktsmessig å ha egne avtaler med det lokale DPS og BUP der en nedfeller skriftlig hva det skal samhandles om, utviklingsområder, faste samarbeidsmøter, hensikten med møtene etc. Vi mener at slike avtaler vil gjøre samarbeidet mindre sårbart. Kommunen er her selvsagt avhengig av velvilje fra helseforetaket sin side.
- Samarbeid med frivillige og ideelle aktører er en av flere strategier som nevnes i «Strategisk plan: Helse- og omsorg i Elverum 2016 – 2020». Vi kan ikke se at dette er fulgt opp i den dokumentasjonen vi har innhentet fra ulike enheter innen rus- og psykiske helsetjenester. Vi legger til grunn at strategiplanene i kommunen bør gjenspeiles i for eksempel enhetsplaner,

² Barne- og ungdomspsykiatri

³ Distrikts-psykiatrisk senter

årshjul og prosedyrer i den enkelte enhet som skal sette strategien ut i livet. Fra intervjuer har vi fått innspill på at det i en del tilfeller er utfordringer med å få brukerorganisasjoner/ frivillige og ideelle organisasjoner til å engasjere seg overfor kommunen.

- Det virker som ordningen med individuell plan og koordinator er sårbar og at det kan ta tid å få denne typen tiltak på plass. Det kan også være utfordringer med å skaffe koordinatører nok, men dette gjelder i mindre grad rus og psykisk helse. Vi er informert om at kommunen har nedsatt en gruppe som skal se på ordningen og denne vil forhåpentligvis komme med forslag som gjør tiltaket mer tilgjengelig.

Problemstilling 3. Hvilke konsekvenser har innsparinger i kommunen, og eventuelle endringer i tilbudet på grunn av dette, hatt for tjenesten for psykisk helse og rusomsorg?

Vi har i forbindelse med intervjuer kartlagt hvordan relevante enheter i kommunen, sentrale eksterne samarbeidspartnere og en av brukerorganisasjonene opplever tjenestetilbudet i lys av en presset kommuneøkonomi. Problemstillingen er beskrivende og det er derfor ikke utledet noen revisjonskriterier i tilknytning til denne. Det er derfor heller ikke gitt noen anbefalinger i tilknytning til denne problemstillingen.

Det konkluderes med at tjenestene inne rus og psykisk helse har tilpasset seg de rammene som ble satt i forbindelse med omorganiseringene for noen år tilbake. Det er likevel verdt å merke seg at deler av tjenesten opplever økt pågang og at det i liten grad finnes ressurser til forebyggende innsats eller oppsøkende virksomhet. Dette er viktige innsatsområder for tjenestene rettet mot rus og psykisk helse. De forebyggende tiltakene fordi slike tiltak kan snu et psykisk helseproblem eller rusproblem på et tidlig stadium. Oppsøkende virksomhet er viktig fordi det er mange i pasient/brukergruppen som kvier seg for å ta kontakt med hjelpeapparatet. Dette medfører skult rus- psykisk helse problematikk som får utvikle seg til det verre, før hjelpebehovet blir åpenbart. Vi merker oss særlig tilbakemeldingen om at en ikke har gode tiltak for å fange opp hva som rører seg i rusmiljøet der de yngste holder til.

Problemstilling 4: Etterlever Elverum kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?

Vår konklusjon på denne problemstillingen er at kommunen holder seg innenfor de krav som stilles med hensyn til brukermedvirkning på pasient-/brukernivå, men at systemet for innhenting av brukererfaringer og tilrettelegging for brukerrepresentanter kan forbedres. Vi kan oppsummere følgende forbedringspunkter:

- Systematisk innhenting av brukererfaringer kan for eksempel skje direkte i forbindelse med tjenesteutøvelsen, eller mer indirekte gjennom bruker-/ pårørendeundersøkelser eller via representanter for brukerne. For psykologtjenesten har vi sett at brukererfaringer innhentes samtidig med tjenesteutøvelsen og at dette er innarbeidet i enhetens prosedyrer. Vi har ikke funnet tilsvarende i andre enheters prosedyrer. Det gjennomføres også brukerundersøkelser, men på grunn av få svar blir ikke disse representative. Vi mener at innhenting og bruk av brukererfaringer blir for tilfeldig og at kommunen bør gjøre en innsats for å utvikle et system som gir mer pålitelig styringsinformasjon. Innhenting og systematisk bruk av brukererfaringer til utvikling av tjenesten bør innarbeides i enhetenes prosedyrer, eventuelt at dette dokumenteres med egen prosedyre.

- Samarbeidet med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner som har sitt interessefelt innen rus og psykisk helse kan variere, og det har vært lite av slik samarbeid de siste årene. Koronapandemien kan ha hatt betydning her, men vi har også fått tilbakemelding om at engasjementet og deltagelsen fra disse organisasjonene i stor grad er personavhengig og at samarbeidet kan stoppe opp av den grunn. Vi mener at kommunen bør vurdere om det mulig å legge bedre til rette for slik samarbeid.

Anbefalinger:

Med bakgrunn i revisors vurderinger og konklusjoner anbefaler vi at Elverum kommune bør:

- a. Vurdere å bygge videre på sektor PRO sitt kvalitetssystem for etterlevelse av kvalitetsforskriften for alle enheter som leverer pleie- og omsorgstjenester på området rus og psykisk helse. Målsettingen med kvalitetssystemet er at det arbeides systematisk for å sikre god kvalitet og internkontroll i tjenestene, og at dette kan dokumenteres.
- b. Fortsette med opplæring og holdningsarbeid for å integrere systemet for avviksmeldinger i enhetene.
- c. Utarbeide prosedyrer som sikrer en samlet årlig gjennomgang og vurdering av styringssystemet innen tjenestene for rus og psykiske helse. Prosedyrene bør blant annet beskrive hvordan gjennomgangen skal rapporteres og gi en oversikt over intern og ekstern informasjon/resultatindikatorer som skal legges til grunn for vurderingen. Den årlige gjennomgangen bør oppsummeres i en egen rapport, eventuelt som en del av en felles rapport for kommunens helse og omsorgstjenester
- d. Vurdere om de ulike enhetene innen rus- og psykiske helsetjenester i større grad bør inngå samarbeidsavtaler/utarbeide rutiner for samarbeid. Avtalene/rutinene bør blant annet beskrive hvordan de ulike enhetene skal involvere hverandre i hverandres utviklingsarbeid.
- e. Inngå lokale samarbeidsavtaler med DPS og BUP som skisserer hva en skal samarbeide om, utviklingsområder, faste samarbeidsmøter, hensikten med møtene etc. Hensikten må være å få til et mer strukturert og mindre sårbart samarbeid.
- f. Følge opp strategien i helse og omsorgsplanen for 2016-2020 om å samarbeide med frivillige og ideelle organisasjoner og sikre at strategien operasjonaliseres og innarbeides i styringsdokumentene for de enhetene som har oppgaver innen rus og psykiske helsetjenester.
- g. Vurdere tiltak for å styrke ordningen med individuell plan og koordinator.
- h. Utvikle systemet for innhenting av brukererfaringer innen rus- og psykiske helsetjenester og sikre at systemet er tilstrekkelig dokumentert.
- i. Vurdere om det er mulig å legge bedre til rette for samarbeid med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner i forbindelse med utvikling av tjenestene innen rus og psykisk helse.

2 Grunnlaget for forvaltningsrevisjonen

I henhold til kommuneloven § 23-2, punkt c, skal kontrollutvalget påse at det blir gjennomført forvaltningsrevisjon i kommunen.

Kontrollutvalget i Elverum kommune fattet i 2018 vedtak om å bestille en forvaltningsrevisjon rettet mot kommunale tjenester ovenfor brukere med psykiske helseproblemer og rusproblemer. Dette i henhold til prosjekt 11. i plan for forvaltningsrevisjon for Elverum kommune 2015 – 2019. Ettersom kontrollutvalget prioriterte andre oppgaver/forvaltningsrevisjoner ble revisjonsgjennomgangen stående på vent inntil nytt kontrollutvalg revitaliserte bestillingen vinteren 2020. Etter dialog med kontrollutvalget ble det fastsatt følgende formål med forvaltningsrevisjonen:

... å kartlegge kommunens koordinering av tjenester overfor brukere med psykiske helseproblemer og rusproblemer, og se etter at kommunen sikrer at pasienter/brukere får et helhetlig og koordinert tilbud som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Det er videre et formål å se etter at kommunen etterlever de krav som gjelder for brukermedvirkning og å kartlegge hva slags konsekvenser innsparinger i kommunen har hatt for tjenestene innen psykisk helse og rusomsorg.

Formålet skal belyses gjennom å besvare følgende problemstillinger:

1. I hvilket omfang har Elverum kommune et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer?
2. I hvilken grad sikrer Elverum kommune at pasienter/brukere innen psykisk helse og rusomsorg får et helhetlig og koordinert tilbud?
3. Hvilke konsekvenser har innsparinger i kommunen, og eventuelle endringer i tilbudet på grunn av dette, hatt for tjenesten for psykisk helse og rusomsorg?
4. Etterlever Elverum kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?

Avgrensninger

Det er mange ulike enheter i Elverum kommune som yter tjenester til brukergruppen innen rus og psykiske helsetjenester. De mest sentrale enhetene er Enhet for rus- og psykiske helsetjenester, Enhet for forebyggende tjenester, Kommunepsykologene og ruskonsulentene i NAV. Videre leveres det viktige tjenester fra Tjenestekontoret og Boligsosialt team. Enhetene underlagt forskjellige sektorer i kommunen. Forvaltningsrevisjonen er avgrenset til nevnte enheter.

Revisjonskriterier

I forbindelse med forvaltningsrevisjonen er det utledet revisjonskriterier fra lovverk, veiledere og informasjonsskriv som legger premissene for kommunenes helse og omsorgstjenester. Revisjonskriteriene er knyttet opp til den enkelte problemstilling, og for hver problemstilling ender utledningen opp i en oppsummering i korte punkter som en vil finne igjen innledningsvis i de kapitlene der problemstillingen behandles. Fullstendig utledning av revisjonskriterier finnes i vedlegg A til rapporten.

3 Metode for gjennomgangen

Valg av metode vil variere etter formålet med forvaltningsrevisjonen og hvilke problemstillinger man ønsker svar på. I denne forvaltningsrevisjonen er det benyttet dokumentstudier, intervjuer og observasjon/journalgjennomgang som metode.

Dokumentstudier:

Undersøkelsen har blant annet omfattet gjennomgang og vurdering av relevant dokumentasjon opp mot fastsatte revisjonskriterier, som i denne sammenheng er:

- Planverk
- Dokumentasjon rundt kommunens internkontroll/kvalitetssystem
- Prosedyrer og rutinebeskrivelser
- stillingsbeskrivelser
- rapportering vedr. internkontroll

Dokumenter som er grunnlag for våre vurderinger er opplistet i de relevante datakapitlene.

Intervjuer:

Det ble innledningsvis gjennomført et oppstartmøte (16.10.2020) der følgende deltok fra kommunen:

- Sektorleder PRO
- Sektorleder familie og helse
- Enhetsleder rus- og psykisk helsetjeneste
- Enhetsleder forebyggende tjenester
- Avdelingsleder NAV
- Juridisk rådgiver
- Utviklingsleder PRO

Formålet med møte var i tillegg til å informere kommuneadministrasjonen om forvaltningsrevisjonen, å innhente mer overordnet informasjon og sentrale dokumenter knyttet til tjenestene for rus og psykisk helse. Det er videre, i perioden februar til mai 2021, gjennomført kvalitative intervjuer med ledelse og nøkkelpersoner i kommunale enheter som er viktige tjenesteytere til brukergruppen, hos sentrale samarbeidspartnere og i en av brukerorganisasjonene som er aktuelle på området. Disse er:

- Enhet for rus- og psykiske helsetjenester
- Enhet for forebyggende tjenester
- Kommunepsykologene
- Tjenestekontoret
- NAV
- Boligsosialt team
- DPS Elverum
- PUP Elverum
- Mental helse Hedmark

Intervjuene omfatter til sammen 14 respondenter. Til intervjuene er det utarbeidet temalister som er sendt de ulike respondentene før intervjuet og det er utarbeidet intervjuguider som er benyttet under selve intervjuene.

Observasjon/gjennomgang av journaler:

For å få en visst inntrykk av hvordan rutineene etterlevs har vi avlagt enhet for rus- og psykisk helse et besøk for å få en innføring i hvordan journalsystemene på området fungerer, samt at det ble

gjennomført en gjennomgang av et mindre utvalg av journaler. Det var på forhånd avklart at enhetene våren 2021 hadde ca. 20 aktive journaler der brukeren hadde varig behov for sammensatte tjenester, og der bruker hadde individuell plan (IP) og koordinator eller hadde fått tilbud om dette. Vi gjennomgikk sammen med en av avdelingslederne ved enheten, 5 tilfeldig valgte journaler. Det presiseres at gjennomgangen er gjort for å skaffe et innblikk i hvordan rutinene etterleves. Utvalget er lite og vil ikke nødvendigvis være representativt for journalføring ved enheten.

Verifisering av innhentet data:

Alle data som er innhentet er verifisert. Intervjuer er verifisert av intervjupersonene og data hentet fra ulike dokumenter er verifisert i forbindelse med at foreløpig rapport er sendt kommunedirektøren til uttalelse. Prosjektet er ellers gjennomføres i samsvar med Norges kommunerevisorforbund sin standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).

4 Innledning til temaet rus- og psykiske helsetjenester

4.1 Kort om risiko på området

Kommunens ansvar for pasienter/brukere med rusproblemer og psykiske lidelser er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven, mens pasienter, brukere og pårørende sine rettigheter er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er vesentlig at kommunen tilrettelegger tjenesten slik at de formelle kravene tilfredsstilles. Et viktig moment i helse og omsorgslovgivningen er helhetlige og koordinert tjenester, og brukermedvirkning. Dette kan være krevende å følge opp for pasienter/brukere innen rus og psykisk helse.

Samarbeid på tvers av faglige grenser er en utfordring i alle organisasjoner, og er belagt med større risiko der hvor det er få formelle og etablerte samarbeid. Overfor eksterne samarbeidsparter kan det også være motstridene hensyn og mål som skaper utfordringer. Denne forvaltningsrevisjon er ment å skulle belyse overfor kommunens administrasjon og politiske ledelse hva slags samarbeidsarenaer som er etablert og hvordan de fungerer, og avdekke om tjenesteyterne i organisasjonen opplever at man når målsetningene på området. Forvaltningsrevisjonen er også ment for å kunne belyse hvordan de ulike enhetene arbeider for å sikre at pasienter/brukeres hensyn ivaretas, og hva slags systemer som eksisterer for å sikre at avvik blir tatt tak i.

Det er mange pasienter/brukere og pårørende som opplever det som en ekstra belastning å selv måtte koordinere egne eller brukerens tjenester. Det skal sikres at alle brukere med langvarige og sammensatte tjenester får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud uavhengig om de ønsker en individuell plan eller ikke. Det er ønskelig at disse brukerne får tilbud om én ansvarlig tjenesteyter/koordinator å forholde seg til. Denne skal ha et særlig ansvar for å sikre samarbeid og ivaretagelse av brukerens interesser.

4.2 Om tjenestetilbudet innen rus og psykiske helsetjenester i Elverum kommune

Det er mange ulike enheter i kommunen som leverer viktige tjenester overfor brukergruppen innen rus- og psykiske helsetjenester. Vi presenterer her kort de vi anser som mest sentrale.

Enhet for rus og psykiske helsetjenester er sentral for de voksne brukerne. Enheten er organisert som en del av sektor for pleie, rehabilitering og omsorg. Enheten omfatter to bofelleskap, poliklinisk virksomhet og et lavterskeltilbud som kalles Annekset. Tjenesten yter også tjenester til hjemmetjenestene og omsorgsboliger/bofelleskap ellers. Enhetens tjenester er rettet mot de som er

over 18 år, og omfatter tilbud for brukere med alle typer lidelser, fra milde- moderate men også alvorlige.

Det er enhet for forebyggende tjenester som organiserer helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunen, og enheten er en del av sektor for familie og helse. Vi har fått opplyst at kommunen ligger tilnærmet på normtallet når det gjelder helsesykepleier i barneskolen og litt over normen for ungdomsskole og videregående skole. Av fagkompetanse har enheten ansatt to jordmødre tillegg til helsesykepleiere.

Det er forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten som legger rammene for aktiviteten i enheten. Tjenesten skal først og fremst jobbe forebyggende og helsefremmende, og har ikke behandlingsoppgaver. I dette ligger det at tjenesten ikke skal jobbe behandlende mot moderate og alvorlige psykiske lidelser, men tilby individuelle støttesamtaler til barn og unge med lette til moderate psykiske lidelser. Helsesykepleierne vil imidlertid kunne bidra til kartlegging av brukere og henvisning til behandlingsapparatet. Enhetens tjenester er rettet mot de som er under 18 år, men det vil likevel være noe overlappende. Retningslinjene berammer målgruppa 0 – 20 år, men enheten har en samarbeidsavtale med høgskolen og vil derfor omfatte 0-24 år.

Kommunepsykologene er organisert i sektor familie og helse og direkte underlagt sektorleder. Kommunen har to ansatte psykologer. Den ene stillingen er tillagt oppgaver overfor barn og unge, og jobber med barn og unge fra 6 til og med 17 år, og flykninger. Den andre stillingen er tillagt kliniske oppgaver og veiledning/samtaler med foreldre til barn i aldersgruppen 0-5 år, samt for elever på Elverum Videregående skole som har fylt 18 år. 20 % av denne stillingen var våren 2021 dedikert til oppgaver i enheten rus og psykiske helsetjenester (veiledning, internundervisning, drøfting av pasientsaker, m.m.) Denne stillingen er også tillagt mer forebyggende oppgaver, blant annet opp mot folkehelsesatsningen i kommunen. Begge psykologene har oppgaver i forbindelse med veiledning til helsepersonell i kommunen. Hensikten med å organisere psykologtjenesten som en selvstendig tjeneste i sektor familie og helse er at kompetansen skal kunne brukes på tvers av sektorer og enheter i kommunen.

Tjenestekontoret skal løse de forvaltningsmessige oppgavene med hensyn til kartlegging av behov og tildeling av tjenester innen pleie- og omsorgstjenesten i Elverum kommune. Det vil si tjenester som ytes med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven. Hensikten med å organisere tildeling av tjenester under en egen enhet er å skille forvaltningsdelen og drift. Forvaltningsdelen vil da i større grad være uavhengig med hensyn til økonomien i driftsenheten, og det blir den enkeltes behov som er premisen for tildeling. En annen klar fordel er at fagmiljøet på forvaltning av pleie- og omsorgssaker er samlet ett sted. En har da bedre mulighet for å bistå og gi råd til hverandre. Frem til 01.01.2020 hadde enhet for rus- og psykiske helsetjenester ansvaret for tildeling av tjenester i egen enhet, og det gjenstår fortsatt en halv saksbehandlerstilling i denne enheten som kartlegger og forvalter tjenester på rusområdet.

Ved NAV Elverum er det ansatt to ruskonsulenter og det er avsatt deler av en stilling til administrering av midlertidig bolig, som også er en tjeneste som NAV har ansvaret for. Tjenester overfor rusavhengige ved NAV kontoret er organisert i stab, og ruskonsulentene er således skjermet for ordinære NAV oppgaver som å gjøre tildelinger av ytelser/tjenester. De står på denne måten mye friere til å for eksempel å ta på seg koordinatorrollen overfor enkeltbrukere og andre veilederoppgaver som ville vært vanskelig å utføre samtidig som en avgjør hva slags ytelse den enkelte skal få. Brukerne har som oftest sammensatte behov. For noen i brukergruppen kan det også være aktuelt med tvangstiltak.

Boligsosialt team i Elverum kommune utreder og gjør tildelinger i saker som gjelder kommunal bolig, startlån og bostøtteordningen. Teamet står også for formidling av omsorgsbolig. Enheten har videre

administrert ulike prosjekter med hensyn til bolig til vanskeligstilte over flere år. Eksempel på dette er ulike prosjekter innen boligsosialt utviklingsprogram, bolig for velferd og hjem først/midlertidig bolig. De ulike prosjektene er delvis finansiert gjennom statlige tilskudd/ordninger og gjennom Husbanken. For å øke tilgangen på kommunale boliger tar nå kommune i bruk såkalte tilvisningsavtaler med private utbyggere der kommunen vil ha tilgang til 40 % av utbygd boligmasse over en 20 års periode. Når det gjelder startlån, formidler kommunen lån til en verdi av 85 millioner årlig.

4.3 Eksterne samarbeidspartnere - psykiske helsetjenester og rusomsorg i Elverum

For å få et bredere grunnlag for vurdere tjenestetilbudet innen psykisk helse og rusomsorg i Elverum har vi også vært i kontakt med DPS og BUP. Dette er sentrale aktører når det gjelder samarbeid om et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

DPS Elverum-Hamar, poliklinikk Elverum er en allmennpsykiatrisk poliklinikk for pasienter over 18 år med psykiske- og/eller rusrelaterte lidelser. Opptaksområdet er Elverum, Våler, Åsnes, Trysil og Åmot. Poliklinikken behandler ca. 650 henvisninger i året.

BUP Elverum favner om pasienter fra Trysil, Åmot, Elverum, Løten, Våler og Åsnes. De ansatte er fordelt på 4 ulike team som har ansvaret for ulike diagnoser, og hver ansatt kan således ha pasienter fra alle de forskjellige kommunene. BUP sine tjenester er rettet mot aldersgruppen 0 – 18 år og pt. er det 9 500 personer i denne aldersgruppen innen BUP Elverum sitt nedslagsfelt.

Vi har også vært i kontakt med mental helse, som er den mest sentrale brukerorganisasjonen som er engasjert med hensyn til brukermedvirkning innen tjenester innen psykisk helse og rusomsorg i Elverum kommune

Mental Helse er en landsdekkende organisasjon som arbeider for økt åpenhet, forebygging av psykiske helseplager og et bedre helsetilbud. Dette gjøres gjennom politisk påvirkningsarbeid, folkeopplysning og formidling av brukererfaringer. Det er eget fylkeslag for et område som omfatter det som tidligere var Hedmark, og det finnes 9 lokallag som dekker 13 kommuner i regionen. Det finnes pt. ikke eget lokallag i Elverum, men i nabokommunene Åmot, Våler og Løten/Hamar finnes det lokallag.

5 Etterlevelse av lovverk og statlige føringer

Problemstilling 1:

I hvilket omfang har Elverum kommune et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer?

5.1 Revisjonskriterier for problemstilling 1

Utledning av revisjonskriterier for alle problemstillingene i prosjektet er beskrevet i sin helhet i vedlegg A til rapporten. Følgende kriterier (i kortform) gjelder for problemstilling 1:

1. Kommunen må i forbindelse med planlegging innen psykisk helse og rus innhente opplysninger og sørget for å ha oversikt over:
 - a. Relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten.
 - b. Områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
 - c. Avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
2. Kommunen må i forbindelse med gjennomføring av virksomheten innen psykisk helse og rus:
 - a. Sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres.
 - b. Å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen.
 - c. Sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.
 - d. Sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende
3. Kommunen må ha et system/rutiner for løpende vurdering av om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene for tjenestene innen psykisk helse og rus er egnet til å etterleve krav i helse og omsorgslovgivningen. Dette inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.
4. Kommunen må minst en gang årlig, systematisk gjennomgå og vurderer hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Tjenester innen psykisk helse og rusomsorg må være en del av denne gjennomgangen.
5. Kommunen må sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleveres på området psykisk helse og rusomsorg, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at

det gjennomføres systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet på området.

5.2 Datagrunnlag

Data til denne delen av forvaltningsrevisjonen er innhentet fra kommunale dokumenter og intervjuer med nøkkelpersoner i de enheter som er sentrale med hensyn til psykiske helsetjenester og rusomsorg i kommunen. I forbindelse med datainnsamlingen har vi mottatt en del mer overordnede dokumentasjon som vedrører for alle enheter i Elverum og/eller alle enheter innen sektor for pleie, rehabilitering og omsorg. Disse er:

- Arbeidsgiverstrategi for Elverum kommune
- Arbeidshefte – 10 faktor
- Etsiske retningslinjer for ansatte og folkevalgte (2018)
- Organisasjonskart
- Overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) for tjenesteproduksjon – 2020
- Handlings- og økonomiplan 2021-2024 - Elverum kommune
- Internkontroll i PRO – Overordnet prosedyre
- Revisjonsrapport – Internrevisjon 2020
- Intern revisjon – PRO
- Referat fra møte i kvalitetsutvalget PRO 09.02.2021

Fra sektorsjef pleie, rehabilitering og omsorg har vi fått opplyst at de har samlet alle rutiner, prosedyrer og skjema som de har hatt gjennom flere år i den hensikt å gjøre det enklere å få oversikt over hvordan de kunne sikre internkontroll jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Hvert år gjennomføres det en ROS analyse på alle kommunens tjenestoområder knyttet til tjenestekvalitet. Analysen for 2021 er utsatt med bakgrunn i at det jobbes for å gjennomføre ROS analysen digitalt i Kvalitetssystemet til kommunen.

For sektoren utarbeides 3-årig revisjonsplaner. Hvilke temaer som blir valgt har bakgrunn i avvik, tilsynssaker, ROS-analyser og fagområder med stort fokus fra Statsforvalter, NOU og Meld. St. Revisjon gjennomføres etter fastsatt prosedyre, resultatet sendes alle ledere i PRO, gjennomgås i både PRO ledergruppemøte og i PROs kvalitetsutvalg. Internrevisjon for 2020 ble forsinket grunnet pandemien og ble først gjennomført i oktober 2020. Resultatet ble gjennomgått i møte i PROs kvalitetsutvalg i februar 2021.

5.2.1 Data fra kommunale enheter

Fra enheten Rus og psykiske helsetjenester har vi fått opplyst at de utarbeider egne årlige virksomhetsplaner basert på de mer overordnede planene i kommunen, som helse- og omsorgsplan og budsjett og økonomiplan. Deler av tjenestetilbudet tilbys gjennom sektor helse og omsorg, blant annet enhet for rus- og psykisk helse. Ellers opplyser enheten at NAV er sentrale med hensyn til de med rusutfordringer i kommunen.

Enhetsens virksomhetsplan er utgangspunktet for de prioriteringene som blir gjort. Det er utarbeidet en systemhåndbok som inneholder informasjon om det rammeverket som gjelder for tjenesten, samt ulike verktøy og metoder som benyttes. Systemhåndboka inneholder ellers stillingsbeskrivelser som viser hvilke oppgaver de ulike funksjonene i enheten er tillagt og enkelte rutiner som gjelder for enheten. Den inneholder også rutiner for kvalitetssikring av tjenesten og regler rundt

beredskap/krisehåndtering. Enheten forholder seg ellers til sektor pleie- og omsorg sitt kvalitetssystem og aktuelle rutiner i dette systemet. Revisjonen har fått tilsendt en oversikt over prosedyrer og rutiner etc. som er lagt inn i kvalitetssystemet. Kvalitetssystemet benyttes også i forbindelse med registrering og oppfølging av avvik. Enheten utarbeider videre eget årshjul/årslinje som viser planlagte gjøremål gjennom året.

Medarbeidermedvirkning er sikret gjennom at tillitsvalgte og verneombud er involvert i planleggingen gjennom månedlige møter. Når det gjelder opplæring internt i enheten, omtales dette i enhetenes systemhåndbok. LEAN er tatt i bruk i enhet for rus- og psykisk helsetjeneste. Det er innført forbedringstavler, og en er i ferd med å innføre en forbedringskultur i denne forbindelse.

Prioriterte oppgaver med hensyn til forbedring var da intervjuene ble gjennomført, blant annet å bli bedre på medisinhåndtering, men enheten hadde også fokus på det å melde avvik mer generelt. Enhetsleder mener det er viktig at de ansatte er trygge på det å melde avvik, at de ikke bare melder inn avvik som andre har gjort, men også tør å melde egne avvik. Tillit mellom ansatte og ledelsen er viktig i så måte. Året 2020 har imidlertid ikke vært noe enkelt år å gjøre forbedringsarbeid i, på grunn av nedstenging og andre tiltak for å hindre smittespredning av Covid 19.

Kommunen hadde ikke et godt nok avvikssystem da fylkesmannen hadde tilsyn ved enheten i 2017, og dette var noe av det kommunen fikk avvik på den gangen. Vi har fått opplyst at rapporterte avvik tas opp på personalmøter som en del av forbedringsarbeidet i enheten, og en er i prosess på å få dette systemet til å fungere etter hensikten. Slik tenker en også å utvikle en forbedringskultur i enheten.

Da intervju ved enheten rus og psykiske helsetjenester ble utført, gjennomførte enheten et prosjekt innen Rask Psykisk Helsehjelp (RPH). RPH er en måte å strukturere hjelpen til de med milde- og moderate lidelser. Det handler om tidlig innsats i et lavterskel-tilbud. Tilbudet er trinnbasert, med veiledet selvhjelp, kurs, grupper og individuell oppfølging som de ulike «trinnene». Prosjektet ble igangsatt i 2021 og strekker seg over tre år.

Det gjennomføres risikovurderinger i enheten. Det gjennomføres for enheten generelt i form av ROS analyser for enheten, og mer spesielt i forhold til de enkelte rutiner. Det gjennomføres også risikovurderinger i forbindelse med enkeltsaker, for eksempel med hensyn til vold og trusler. Prosedyrer gjennomgås årlig (april). Dette gjelder også ny prosedyrer, men prosedyrene kan også evalueres ved behov. Det gjennomføres også beredskaps-dager i slutten av januar hvert år, der tiltakskortene gjennomgås. Tiltakskortene bygger på ROS-analyser for kommunen og er lagt inn i kvalitetssystemet. Ellers har Sektor pleie- og omsorg eget kvalitetsråd som gjennomgår og vurderer rutineene. Kvalitetssystemet evalueres jevnlig i Sektor pleie- og omsorg, og internrevisjon i enheten rapporteres til sektorleder.

Enheten yter tjenester ut fra vedtak om tildeling. Det er få klager på tjenestene, og det er mest vanlig at det klages på tjenester en ikke får. Enheten rus og psykiske helsetjenester opplyser at håndtering av klagen i stor grad blir ivaretatt av Tjenestekontoret da det er denne enheten som fatter vedtakene og som mottar klagen. Enhet for rus- og psykisk helse blir imidlertid involvert, og klager kan godt tas opp i samarbeidsmøter med brukere/pårørende. Enheten kan også få tilbakemelding på tjenestene de yter via andre enheter. For eksempel i forbindelse med samarbeid om individuell plan for brukere.

Fra enhet for rus- og psykiske helsetjenester har vi fått oversendt følgende dokumenter som kan knyttes til enhetens arbeid med internkontroll og kvalitetsutvikling:

- Resultater spørreundersøkelse – samtykkekompetanse og tvungen somatisk helsehjelp etc. i forbindelse med internrevisjon PRO 2020
- Prosedyre for intern revisjon – PRO
- Internkontroll i PRO – overordnet prosedyre
- Revisjonsrapport – Internrevisjon 2020
- Internkontroll Rus og psykisk helsetjeneste
- Systemhåndbok – Rus og psykisk helsetjeneste
- Årslinje 2020 – Rus og psykisk helse
- 2020 ROS Enhet for rus- og psykisk helse
- Eksempel på ROS enkeltbruker
- ROS-analyse: HMS – Vold og trusler mot personalet
- Rapport internkontroll 2018 - Dokumentasjon/journalplikt og behandling av helseopplysninger
- Rapport internkontroll 2016 – Førings og oppbevaring av pasientjournal
- Treåring revisjonsplan for familie og helse (2017-2019)
- Kompetanseplan – Sektor for Pleie, rehabilitering og omsorg 2020
- Tilsynsrapport Fylkesmannen i Hedmark 2017 – Sikring av at ROP brukere får samordnede og koordinerte tjenester
- Mal – samtykke erklæring

Enhet for forebyggende tjenester sine oppgaver er å yte tjenester i henhold til forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og tjenesten følger de faglige retningslinjene⁴ gitt av Helsedirektoratet på området. Enheten benytter kommunens kvalitetssystem, og har lagt inn sine egne prosedyrer/rutinebeskrivelser i dette systemet. Revisjonen har fått tilsendt en oversikt over prosedyrer/rutinebeskrivelser etc. som er lagt inn i kvalitetssystemet. Enheten følger prosedyrer og retningslinjer og har egen rutinebeskrivelser utarbeidet ut i fra disse, og det finnes få felles prosedyrer og rutiner med andre enheter. Kvalitetssystemet benyttes også til å melde avvik.

Vi har fått opplyst at enhetens årshjul er sentralt i forhold til planlegging og prioritering av oppgaver. En prioritert oppgave for enheten er å i større grad bevege seg bort fra de individuelle støttesamtalene og heller bruke mer tid på det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Erfaringen er imidlertid at sammensatte utfordringer er økende og at mange sliter med ulike grader av psykisk uhelse. Terskelen for å få barn/unge inn i et behandlende forløp er høy, og i stedet for behandling blir det derfor en god del tyngre støttesamtaler for helsesykepleierne.

Årshjulet styrer de ulike oppgavene gjennom året, og beskriver hva som skal gjøres når. Hvem som har ansvaret og eventuelt hvordan oppgaven skal gjennomføres. Årshjulet gjennomgås på enhetsmøter der alle ansatte deltar, og er utgangspunktet både for planlegging og statusgjennomganger i løpet av året. Dersom det er noen av de planlagte gjøremålene som ikke er mulig å gjennomføre som planlagt, eller dersom det kommer forbedringsforslag fra de ansatte blir det foretatt justeringer i årshjulet, i tillegg til oppdatering og utvikling av prosedyrer og rutiner. Enhet for forebyggende tjenester har i stor grad de samme oppgavene hvert år. Dersom en ser behov for å endre prosedyrer eller rutinebeskrivelser kan dette også være tema på enhetsmøtene.

Forskriften og de faglige retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten endres ikke så ofte, og siste store endring skjedde i 2017-2018. Det er de fagansvarlige i enheten som har oppgaven med

⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

å følge opp at tjenestene er i henhold til fastsatte retningslinjer, og som følger opp når det skjer endringer. Vi har fått opplyst at kvalitetssystemet inneholder linker opp mot aktuelt lovverk som er samlet på Helsedirektoratet sine internettsider. Kvalitetssystemet er tilgjengelig for alle ansatte i enheten via kommunes intranett. Ellers benyttes også LEAN prinsippene i enhet for forebyggende tjenester, noe som også kan bidra til at måten å gjøre ting på endres. Evaluering av endringer som gjøres blir foretatt fortløpende i form av gjennomgang av årshjulet. Enheten har ikke spesielle rutiner for oppfølging av at fastsatte rutinebeskrivelser følges. Kvalitetssystemet gir imidlertid beskjed om revidering av rutiner og prosedyrer dersom ikke disse blir revidert jevnlig.

Med hensyn til utviklingsarbeid/kvalitetsarbeid følges det blant annet med på ulik statistikk på området. Det er også gjennomført brukerundersøkelser og medarbeiderundersøkelser. Aktuell statistikk kan hentes fra elevundersøkelsen som skolene har tilgang til data fra, og undersøkelser fra UngData som enhet for forebyggende tjenester får direkte tilgang til. Elverum kommune benytter også «Bedre kommune» til å gjennomføre brukerundersøkelser hvert andre år på områder som kommunen selv kan velge, og medarbeiderundersøkelser (10 faktor fra KS) hvert andre år. Den siste brukerundersøkelsen som var aktuell for enheten, var rettet mot gruppen barn 0-5 år. Det kjøres også evalueringer på enkelte tiltak. Eksempel på slike evalueringer er et prosjekt rettet mot 3.trinn på to skoler med tema livsmestring og psykisk helse. Her ble det gjort evaluering ut mot både elevene, klasselærer, skoleledelse og foreldre. Et annet eksempel er gjennomført jentegruppe og evaluering fra jentene som deltok i denne.

Når det gjelder risikovurderinger gjennomføres det jevnlig ROS analyser. Siste året har det vært gjort mye risikovurderinger og oppfølging i forhold til smittevern. Det elektronisk avvikssystemet (egen modul i kvalitetssystemet) ble tatt i bruk for ca. et år siden. Avvikene meldes inn til enhetsleder. Det er ikke så veldig mange avvik, og det kan godt hende at det burde vært meldt inn flere, for på den måten å jobbe seg bedre. For eksempel når det gjelder tiltak/oppgaver i henhold til forskrift/retningslinjer som den enkelte ikke får gjort fordi tiden ikke strekker til. Eksempel på avvik kan være timebestillinger som ikke blir gjennomført. Bruk av meldingssystemet og aktuelle avvik tas opp på enhetsmøter når det er behov for det, og avvikene kan gi en pekepinn på hvor det kan være behov for å gjøre endringer.

Det er klageadgang på tjenestene som ytes, men det er sjelden at det kommer klager. Siste tilsyn som enheten har hatt skjedde våren 2018, og avvikene fra dette ble fulgt opp av enhetsleder som en av de første oppgavene da hun startet i jobben. Enheten fikk da på plass fagansvarlig, i tillegg til gjennomføring av skolestartundersøkelse. Når det gjelder oppfølging og evaluering av kvalitetssystemet er ikke enhetsleder for forebyggende tjenester involvert i dette og vet ikke hvordan det jobbes utenom at det er ansatte i kommunen som er dedikert til denne oppgaven.

Fra enhet for forebyggende tjenester har vi fått oversendt følgende dokumenter som kan knyttes til enhetens arbeid med internkontroll og kvalitetsutvikling:

- Årshjul for skolehelsetjenesten
- Prosedyre for internkontroll i fagsystemet HsPro
- Prosedyre for tilgangsstyring HsPro
- Prosedyre for oppfølging av psykiske plager og –lidelser
- Prosedyre for bekymringsfullt fravær – Skolehelsetjenesten
- Prosedyre for huskartotek 0-5 år
- Prosedyre for huskartotek skolehelsetjenesten
- Prosedyre for overføring mellom deltjenestene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Prosedyre for oppfølging av psykiske plager/lidelser

- Prosedyre for henvisning fastlege og spesialisthelsetjenesten
- Bekymringsfullt fravær – skolehelsetjenesten

Kommunepsykologene har faste møter med sektorleder der utfordringer i tjenesten kan tas opp. Det er heller ikke noe problem å ta opp ting fortløpende og terskelen for å ta kontakt er lav. Psykologene har jobbet med å utarbeide skriftlige prosedyrer for sin egen funksjon våren 2021 og disse var til godkjenning da data ble innsamlet til denne forvaltningsrevisjonen. Etter at prosedyrene er godkjent legges de inn i kvalitetssystemet. Psykologene har ikke hatt så mange skriftlige prosedyrer å forholde seg til tidligere, og dermed har de heller ikke hatt noen rutine på ajourhold eller evaluering av prosedyrene. Etter hvert som disse nå prøves ut, og en skaffer seg erfaring med hvordan prosedyrene fungerer, vil dette bli aktuelt. Når det gjelder oppfølging av om prosedyrene følges henvises det til de faste møtene med sektorleder hvor dette kan være tema. Psykologene opplever at sektorleder er opptatt av at prosedyrene skal følges, og at de må utvikles slik at de fungerer.

Det å få delta i kompetansehevende tiltak har vært uproblematisk for kommunepsykologene, og det legges til rette for dette. Begge psykologene er for tiden i videreutdanning («spesialisering»), den ene innen samfunns- og allmennpsykologi, den andre går på førsteåret til spesialisering kalt «Fellesprogrammet». Begge deltar på samlinger og får veiledning av psykologspesialist i denne forbindelse.

Det som, etter kommunepsykologene sin mening, utgjør den største risikoen/utfordringen for tjenestene innen psykisk helse og rusomsorg i Elverum er at en mangler en tjeneste som jobber med hele familier, noe lignende som familieteam som eksisterte tidligere i Elverum. Utover det trenger tjenesten mer ressurser slik at man kan fokusere på forebyggende arbeid og folkehelsearbeid. Ut fra prioritering av oppgaver er det meningen at psykologene skal jobbe mer utadrettet og forebyggende. Dette er arbeidsoppgaver som psykologene selv også ønsker å prioritere. Det blir imidlertid veldig liten tid til denne typen innsats i en hverdag der behovet for klinisk hjelp er økende.

Psykologtjenesten har tilgang til kommunens avvikssystem. Det er ikke så ofte det meldes avvik, men det skjer av og til. Eksempel på avvik fra psykologtjenesten kan være at en oppdager brukere som ikke har fått den hjelpen de har behov for. I praksis så blir det ofte slik at en tar tak i og løser avvikene der og da, og når avviket er løst blir det ikke registrert i avvikssystemet. Det handler også ofte om kliniske vurderinger som har blitt gjort og som man kan være uenig i, men etter en faglig diskusjon med vedkommende kommer man vanligvis frem til en god løsning før saken blir et avvik. En ser at avvikssystemet er et nyttig verktøy for å avdekke områder hvor en kan forbedre tjenestene i kommunen.

Psykologtjenesten er sjelden involvert i klagebehandling. Dette er det vanligvis Tjenestekontoret som tar seg av, og det handler ofte om avslag på tjenester det er søkt om. Psykologtjenesten rapporterte på tjenestedata for 2019, de hadde ikke fått beskjed om å rapportere for 2020 da datainnsamling til forvaltningsrevisjonen ble gjennomført. Ut over dette har de ikke rapportert eller på annen måte vært involvert i noen evaluering av kommunens helse og omsorgstjenester.

Fra kommunepsykologene har vi fått oversendt følgende dokumenter som kan knyttes til enhetens arbeid med internkontroll og kvalitetsutvikling:

- Psykologtjenesten - Rutine saksgang og klinisk arbeid
- Arbeidsinstruks kommunepsykologer

Tjenestekontoret i Elverum kommune benytter kommunens kvalitetssystem, og det er enhetsleder som har ansvaret for å holde rutiner, prosedyrer og annet verktøy i enheten oppdatert. Rutinebeskrivelsene skal gjennomgås årlig og eventuelt justeres dersom det er nødvendig. Det kan også skje at rutinene gjennomgås oftere. Dette gjøres dersom en ser at det oppstår avvik som justerte rutiner kan forhindre, eller dersom leder eller saksbehandlere ser at rutinene kan endres for på den måten å gi bedre tjenester, eller at en kan jobbe mer effektivt. Enheten har faste morgenmøter der denne typen forbedringer kan tas opp. Hovedtema i disse møtene er imidlertid saker under behandling og nye PLO meldinger.

I forhold til enhet for rus- og psykiske helsetjenester har man møter annenhver uke der en kan ta opp forhold som kan bedre kvaliteten på arbeidet, men hvor en også kan utveksle informasjon mellom enhetene. Tjenestekontoret har ellers tatt i bruk LEAN tankegangen og en har driftstavler som viser hvor i prosessen sakene til den enkelte saksbehandler er til enhver tid. Når det gjelder opplæring og kurs i enheten utarbeides en felles opplæringsplan for sektor for pleie, rehabilitering og omsorg der en melder inn behov for den enkelte enhet til ledelsen i sektoren. Så fordeles opplæringsbudsjettet etter ledelsen prioritering. Det er selvfølgelig kompetanseheving som flere kunne ha ønsket seg, men enhetsleder opplever at den kompetansehevingen som det er viktigst å få inn i organisasjonen, blir prioritert.

Det er ikke gjort noen gjennomgripende risikovurdering for enheten i det siste, men i forbindelse med Covid 19 har det vært gjort mer begrensende risikovurderinger som har gått på smittevern, og det er innført tiltak i forhold til det man kom frem til i disse. Enheten bruker avviksmodulen i kommunens kvalitetssystem. Håndtering av avvik følger tjenestevei, slik at enhetsleder følger opp avvik i egen enhet, mens avvik som enhetsleder melder inn følges opp av sektorledelsen etc.

De ansatte benytter systemet til å melde avvik, men det kan også forekomme at slike ting tas opp for eksempel på morgenmøte og at eventuelle feil og mangler løses der og da. Det kan også være at de som skal melde avvik synes avviket blir vanskelig å beskrive eller for omfattende å beskrive i systemet. Dette vil være en feilkilde, med hensyn til den statistikken som er mulig å kjøre ut fra avvikssystemet, som både kan si noe om antall meldte avvik, typen avvik, avvik som er under behandling og avvik som er lukket. Typiske avvik som meldes inn ved enheten, er der vedtak ikke følges opp, at det ytes tjenester uten at tjenestekontoret har vært involvert eller at det er brukere som har ventet lenge for å få den hjelpen de har krav på.

Tjenestekontoret er mottager av klager. Det er ikke ofte det skjer og disse dreier seg vanligvis om avslag på søknader eller utmåling av tjenester. Sakene behandles da på nytt, og dersom tjenestekontoret holder fast ved sitt vedtak oversendes klagen til Statsforvalteren. Enhetsleder har ikke kjennskap til om sektorens kvalitetssystem evalueres. Tjenestekontorets virksomhet har ikke vært gjenstand for noen systematisk evaluering de siste årene.

Vi har mottatt følgende dokumentasjon som kan knyttes til enhetens arbeid med internkontroll og kvalitetsutvikling:

- Prosedyre for behandling av dokumenter - søknader mm.
- Prosedyre for saksbehandling ved tildeling av tjenester
- Kartleggings skjema – Helse og omsorgstjenester
- Prosedyre for lokal internrevisjon på Tjenestekontoret

Ved NAV Elverum er ruskonsulentene sentrale med hensyn til brukergruppen innen rus og psykisk helse. Vi har fått opplyst at når det gjelder opplæring og det å fange opp endringer i lovverk etc. har

statsforvalteren i Innlandet egne kurs som er gratis å delta på, og ruskonsulentene deltar her på aktuelle samlinger. Her får de som deltar oppdatert informasjon om endringer og utvikling på området, eksempelvis i forhold til rusreformen som var aktuell da intervjuene til denne forvaltningsrevisjonen ble gjennomført. Vi har fått innspill på at ruskonsulentene er flinke til å fange opp faglige ting som skjer. Det samme gjelder nye/endringer i lov og retningslinjer. Elverum har også deltagere i «Rusforum Innlandet» i regi av statsforvalteren i Innlandet, for å følge med på utviklingen på fagfeltet.

Ruskonsulentene gjennomfører noe forebyggende arbeid som orienteringer i videregående skole og i ungdomsskolen. NAV Elverum får stadig forespørsler om slike orienteringer og har også holdt orienteringer på forsvarets veteransenter på Bæreia. Det er imidlertid begrenset med ressurser til forebyggende arbeid. Brukergruppen krever i utgangspunktet lite og det er mange som har utfordringer, men som ikke ber om hjelp. Utfordringene avdekkes da heller når problemene har blitt store, og de gir seg utslag i behov for andre NAV tjenester eller kommunale tjenester. En kunne i denne forbindelse drevet med oppsøkende virksomhet der det er risiko, for å avdekke behov på et tidligere stadium en hva man gjør i dag.

Når det gjelder risiko på området har vi fått opplyst at kommunen mangler oversikt over ungdom som ruser seg. Rus kan starte i ung alder, gjerne fra 10 års alderen og tidlig innsats blir viktig. NAV har i utgangspunktet ansvar for de som er 18 år eller eldre, og blir først involvert når 18 årsdagen nærmer seg. Det vil samtidig være noe overlapp fra andre kommunale tjenester, for eksempel barnevernstjenesten, for unge rusmisbrukere fram til disse blir 24 år. Kommunen har ellers opp gjennom deltatt i mange ulike prosjekter som er rettet mot rusproblematikken. Disse prosjektene fungerer ofte bra når de er i prosjektfasen, og da de er finansiert gjennom statlige tilskudd. Tiltakene som prosjektene har initiert har imidlertid en tendens til å forsvinne når prosjektene skal innføres i ordinær drift og finansieres av kommunen selv.

Vi har mottatt følgende dokumentasjon som kan knyttes til enhetens arbeid med internkontroll og kvalitetsutvikling:

- Mal for kartlegging/kartleggingssamtaler

Boligsosialt team utreder og gjør tildelinger blant annet i saker som gjelder kommunale bolig, startlån og bostøtteordningen. Trygghet med hensyn til boforhold er særdeles viktig for brukergruppen innen rus og psykiske helsetjenester. Å få på plass et boligtilbud er i stor grad en forutsetning for å lykkes med behandling og/eller at andre typer tjenester ha noen hensikt. Fra boligsosialt team har vi fått opplyst at en viktig del av planleggingen for enheten skjer i et utvidet boligtildelingsmøte (Stormøte) der blant annet forventet behov gjennom året tas opp. Innspill fra disse møtene må følges opp, blant annet av eiendomsstaben, som da må tilpasse antall tilgjengelige boliger ut fra forventet behov.

Viktige verktøy for enheten er kommunens forskrift om tildeling av kommunal bolig og bolig flytprosedyren. Når det gjelder tjenester gjennom Husbanken så har Husbanken egne verktøy og systemer som kommunen benytter. Boligsosialt team benytter ellers kommunens kvalitetssystem, og det er boligsosialt team selv som oppdaterer sine egne prosedyrer/rutiner etc. i dette systemet. Boligsosialt team får automatiske påminnelser om å gjennomgå og eventuelt justere rutine med jevne mellomrom. Det er nå på høring en ny boligsosial lov som forventelig vil trå i kraft høsten 2021. Det vil da være behov for en ny vurdering av enhetens rutiner. Boligsosialt team har ikke kjennskap til om og eventuelt hvordan kvalitetssystemet følges opp av ledelsen i kommunen. Vi har

fått oversendt en oversikt over de prosedyrer/rutiner etc. som enheten har lagt inn i kommunens kvalitetssystem.

Når det gjelder kompetanse og kompetanseutvikling har det i de programmene/prosjektene som er gjennomført ligget et kursbudsjett som boligsosialt team har benyttet. Ut fra økt bruk av startlån de siste årene er bankfaglig kompetanse mer og mer viktig. I denne forbindelse avholdes gratis kurs og webinarer gjennom Husbanken. Enheten har ellers tilknytning til KLB (Kommunale boligadministrasjoners landsråd, styremedlem) og KOBOLT (Kompetansenettverk Bolig og Tilskudd, styremedlem) og deltar på deres konferanse årlig. Boligsosialt team får delta på de kurs og opplæringstiltak som de anser som nødvendige for å sikre gode tjenester.

Enheten gjennomfører risikovurderinger i forhold til prosjekter. I saksbehandling rundt startlån er videre risikovurderinger sentrale. Her er det husbankens kriterier som legges til grunn for innvilgelse av søknader. Boligsosialt team benytter også LEAN i forbindelse med forbedringsarbeid i enheten og det ble igangsatt en gjennomgang (verdistrømsanalyse) med fokus på forbedringer i verdistrømmen på dette før jul i 2020. Dette arbeidet var ikke avsluttet da det ble gjennomført intervjuer til dette forvaltningsrevisjonsprosjektet.

Boligsosialt team behandler ca. 200 søknader om kommunal bolig i året. Det inngås treårskontrakter, og ca. en tredjedel gjelder således personer som allerede bor i kommunal bolig. Når det gjelder startlånsøknader kan hvem som helst i hele Norge legge inn søknad i Husbankens elektroniske søkeportal. Det blir derfor mange søkere fra andre deler av landet, noe som det var få av før den digitale muligheten oppsto. I 2020 fikk enheten inn 220 søknader om startlån og det var 76 personer som fikk innvilget søknaden.

Boligsosialt team har tilgang til å registrere avvik i kommunens avvikssystem. Det er ikke så ofte det gjøres, og når det gjøres kan det for eksempel være i forbindelse med hærverk i en kommunal bolig som ikke er fulgt opp av eiendomsenheten.

Det hender at boligsosialt team mottar klager. Dette er hovedsakelig klager på avslåtte søknader om kommunal bolig, bytte til annen kommunal bolig eller avslag på startlån. Det er boligsosialt team selv som mottar klagen. Dersom en velger å stå ved det vedtaket som er gjort, oversendes klagesaken til kommunal klagenemd. Ettersom tjenesten ikke er lovpålagt stopper klagebehandlingen i den kommunale klagenemden.

Vi har mottatt følgende dokumentasjon som kan knyttes til enhetens arbeid med internkontroll og kvalitetsutvikling

- Boligflytprosedyre – Elverum kommune
- Forskrift om tildeling av kommunal bolig i Elverum

5.2.2 Data fra eksterne samarbeidspartnere

De eksterne samarbeidspartnerne er spurt om hvordan de gjennom det samarbeidet de har med Elverum kommune, opplever kommunens styrings-/kvalitets-/internkontrollsystem opp mot det å levere forsvarlige tjenester innen psykisk helse og rusomsorg. De er videre forespurt om det finnes felles planer og prioriterte oppgaver for regionen, om de samarbeider med kommunen om utviklingstiltak og de oppfatter at det foreligger risikoforhold/forbedringsmuligheter på området.

Fra DPS Elverum har vi fått som svar at de jevnlig deltar i prosjekter sammen med Elverum kommune, eller i prosjekter der Elverum kommune er en av flere deltagere. Inntrykket DPS har av Elverum er at

det er en kommune som involverer seg, som gjerne er pådriver i prosjekter og som får satt i gang nye ting. Elverum er da også den største kommunen i opptaksområdet til DPS Elverum. Eksempel på prosjekter som Elverum har deltatt i, i det siste, er et prosjekt/doktorgradsarbeid med utspring fra Sanderud som går på «Reduksjon av tvang». Kommunen har også vært med på et opplegg med pårørende kvelder i det senere der DPS har vært ute i alle de 5 kommunene i sitt opptaksområdet.

Når det gjelder samarbeid med kommunene i området er «K5 samarbeidet» sentralt. Dette samarbeidet er på et mer overordnet nivå og en har faste møter en gang i kvartalet. Tema på møtene kan dreie seg om endringer i kommunene eller i DPS som får betydning for den ene eller andre part. For tiden er det opprettelse av FACT team som det jobbes mest med i dette samarbeidet.

Fra BUP Elverum har vi fått opplyst at det forholdsvis henvises flere barn og unge bosatt i Elverum, enn fra de andre kommunene i regionen. BUP erfarer at Elverum kommune har for få og for lite tilbud til barn og ungdom. De siste årene er de tilbudene som har blitt opprettet tidligere, blitt lagt ned. Dette gir konsekvenser for det kommunale tilbudet til barn og barnefamilier i kommunen, hvor det kunne ha vært jobbet forebyggende eller gitt tiltak på et tidligere tidspunkt. Det ser ut til å være mangler i kommunens lavterskeltilbud.

De fleste henvisningene fra kommunene kommer fra fastlege, noe fra barneverntjenesten og barneavdelingen på somatisk sykehus. BUP har observert at barneverntjenesten i Elverum har slitt med å overholde frister for undersøkelser, og det kan stemme godt overens med at det generelt tar lang tid å få informasjon herfra. Det virker som de har for mye å gjøre og behandlere erfarer en tendens til å ville skyve ansvaret for en del brukere over på BUP. BUP erfarer imidlertid at oppfølgingen kan være dårligere for de som bor i fosterhjem eller barnevernsinstitusjon i Elverum og som skal følges opp av barnevernet i sin hjemkommunen.

Vi har ellers fått innspill på at Elverum kommune har flinke helsesykepleierne som gjør så godt de kan, men det er begrenset med ressurser og egentlig ikke så mange typer hjelpetiltak som kan tilbys den enkelte som har psykiske plager. BUP har inntrykk av at kommunen ofte ikke har hatt noe tilbud til de barn og unge som kommer til dem. For kommunen sin del har 0-24 samarbeidet vært fremhevet som et viktig prosjekt for barn- og unge i kommunen. BUP har ikke kjennskap til hva det dreier seg om.

Mental helse Hedmark har merket seg at det ble gjort en stor omorganisering av tilbudet innen psykisk helse i Elverum for noen år siden. I denne forbindelse forsvant det også en del tilbud. For eksempel ble et dagsentertilbud som lå i Skogveien borte, og de brukerne som benyttet dette tilbudet føler seg nedprioritert av kommunen. Det finnes kun et begrenset tilbud om en til en samtaler i Elverum, og en baserer seg heller på gruppebaserte tilbud. Elverum er etter mental helse sin vurdering, ikke den verste kommunen i fylket men likevel langt fra den beste på slike tjenester. Som eksempel har nabokommunen Våler et helt annet tilbud til de med psykiske helseplager.

Til gjengjeld mener Mental helse at kommunen gjør mye bra på rusfronten. Blant annet prosjektet med bolig og Anekset. Ruskonsulentene i kommunen gjør også en god jobb for denne gruppen. Kvaliteten på tjenesten er forøvrig i stor grad personavhengig. Utfordringen i Elverum er imidlertid de yngre rusmisbrukerne. Disse har kommunen problemer med å fange opp. De har ikke noe tilbud som de kan samles om slik de eldre brukerne har, og de drar gjerne til Hamar, ettersom det er større forhold og lettere å gjemme seg bort der.

5.3 Revisors vurdering

Denne problemstillingen er avgrenset til å gjelde de av enhetene innen rus- og psykiske helsetjenester som leverer tjenester underlagt helse og omsorgstjenesteloven. Prinsippet for internkontroll vil imidlertid være omtrent det samme også i andre enheter i kommunen, og disse vil være underlagt internkontrollbestemmelser i andre særlover, eventuelt Kommuneloven.

Revisjonskriterie 1. har fokus på hva slags system enhetene har for å planlegge tjenester som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Det er vårt inntrykk at de enheter vi har vært i kontakt med har ledere og ansatte som følger med og oppdaterer seg på hva som skjer innen deres ansvarsområde. Dette kan for eksempel skje gjennom å delta på fagkonferanser, kurs, videreutdanning og andre typer arenaer for faglig input. Når det gjelder muligheten for å delta i denne typen oppdateringer er tilbakemeldingen at dette er tilstrekkelig ivarettatt. En har jevnlig personalmøter hvor det er mulig å gjøre endringer i regelverk, retningslinjer og veiledere kjent i virksomheten. Slike møter holdes ofte ukentlig.

Rammene for den enkelte enhet kan videre være skriftliggjort i egne virksomhetsplaner, retningslinjer, systemhåndbøker, arbeidsinstruksjoner og årshjul som ansatte er informert om og som de har tilgang til. De enhetene vi har vært i kontakt med har også utarbeidet skriftlige prosedyrer/rutiner for arbeidsoppgaver som de har vurdert at det er viktig å ha dette på, og disse er utarbeidet nettopp for å sikre at tjenestene leveres i henhold til fastsatte rammer. Etter hva vi har forstått tas prosedyrene/rutinene opp i plenumsmøter for at de skal bli kjent i virksomheten. Både når de er nye og når det er kommet endringer. Det varierer fra enhet til enhet hvor langt man har kommet i å utvikle prosedyrer/rutiner.

Elverum kommune gjennomfører årlig ROS analyser for tjenesteproduksjon. Analysen skal baseres på fagkunnskap, driftserfaringer, årsrapporter, faglige rapporter, utredninger, statistikk o.a. Kommunens overordnede ROS analyse vil naturlig nok være noe generell. Det finnes likevel noen risikobetraktninger for tjenester innen rus og psykisk helse også i denne. Disse stemmer godt overens med en del av de risikoforholdene vi har fått innspill på gjennom intervjuer i ulike enheter. Vi oppfatter at det er noe forskjell på systematikk og omfang på arbeidet med å kartlegge risikoområder i de ulike enhetene vi har vært i kontakt med. Enheten rus og psykiske helsetjenester er gjennom sektor pleie, rehabilitering og omsorg underlagt egne rutiner for internkontroll som inkluderer risikovurderinger. Sektorledelsen gjennomfører også internrevisjon for å se etter at rutinene i enhetene følges opp, og det er innrettet for å etterleve forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Slik vi oppfatter det er det ikke like systematisk jobbing med risikovurderinger i de andre enhetene som er underlagt bestemmelsene i kvalitetsforskriften. Eksempelvis enhet for forebyggende tjenester og kommunepsykologene.

Når det gjelder oversikt over avvik er avviksmodulen i kvalitetssystemet sentral. Avvikssystemet er imidlertid ganske nytt for de fleste av de enhetene vi har vært i kontakt med, og det er vårt inntrykk at dette ikke har gått seg helt til ennå. Selv om en er godt på vei. Kommunen bør fortsatt prioritere opplæring og holdningsarbeid, og implementere rutiner for når/i for hvilke situasjoner det skal meldes avvik, og at det å melde avvik er et viktig bidrag til å utvikle tjenesten. Vi mener at det er viktig at avvikene også registreres selv om de har løst seg selv, fordi dette gir de en verdi med hensyn til læring ellers i organisasjonen, det dokumenterer arbeidet som er gjort og fører til utvikling av tjenestene.

Avvik kan også fanges opp gjennom evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk og ansatterfaringer. Evalueringer benyttes i den grad slike er gjennomført. Vi har ikke inntrykk av at det gjennomføres noe særlig med evalueringer i de aktuelle enhetene, utover arbeid med ROS og internrevisjon. En kunne selvsagt sett for seg at tjenesten planmessig ble underlagt en mer dyptgående

evaluering, men en må også erkjenne at dette krever bruk av ressurser. Det er vårt inntrykk at enhetene har oversikt over klager på sine tjenester og relevant statistikk som kan indikere avvik i tjenestene. Når det gjelder brukererfaringer så mener vi at man i mindre grad har systemer som er egnet til å skaffe oversikter som kan brukes for planlegging og utvikling av tjenestene. Dette vil vi komme tilbake til under problemstilling 4. **Kriteriet er etterlevd, men det er likevel utviklingspotensial på en del områder**

Revisjonskriterie 2. er rettet mot gjennomføring av oppgavene, at de ansatte er kjent med de rammene som er satt, at det er gjort tiltak for at rammeverket følges og at en sørger for medvirkning både fra ansatte, pasienter/brukere og pårørende for å samle kunnskap og erfaring. Vårt inntrykk er at en i forbindelse med gjennomføring av virksomheten innen psykisk helse og rus har tett dialog med de ansatte om virksomhetens oppgaver, organisering og at planer gjøres kjent blant de ansatte. Dette skjer i personal/enhetsmøter som avholdes jevnlig i alle de enhetene vi har vært i kontakt med. Planer, sentrale regler og retningslinjer og enhetenes egne prosedyrer/rutiner er dessuten tilgjengelige for de ansatte i kommunens kvalitetssystem.

Årshjul er et egnet hjelpemiddel for å følge opp oppgaver som skal gjennomføres gjennom året. Det er videre vårt inntrykk at enhetene fanger opp endringer med hensyn til rammebetingelser for sitt ansvarsområde ved å delta på eksterne kurs, konferanser, samlinger etc. Enhetsledere eller andre dedikerte medarbeidere har som oppgave å sikre informasjon om endringer av betydning for virksomheten. Vår vurdering er at status på oppgavene følges opp på noe ulike måter i de forskjellige enhetene, alt etter hva slags oppgaver det er snakk om. Eksempel på denne typen oppfølging er stikkprøver i forbindelse med internrevisjon og der status på oppgavene tas opp i daglige eller ukentlige møter.

Sektor PRO har egen overordnet prosedyre for internkontroll som nettopp er ment å sikre drift i henhold til bestemmelsene i helse og omsorgstjenesteloven. Prosedyren beskriver de verktøy som sektoren skal benytte for å oppnå god internkontroll. Det er videre fastsatt sjekkpunkter med hensyn til om lederne har kjennskap til planer og mål, om det er gjennomført ROS analyse og internrevisjon, om det meldes avvik i avvikssystemet og om avvikene benyttes i forbedringsarbeidet. Det skal også sjekkes ut om dokumenter er oppdatert og publisert i kvalitetssystemet, om rutinene for vernerunde følges, om det er etablert et system for kontinuerlig forbedring og om rapporteringsrutinene følges. Vi har ikke fått oss forelagt tilsvarende rutine for de deler av tilbudet inne rus og psykisk helse som ikke er organisert i sektor PRO. Vi mener man med fordel kan vurdere å ta i bruk lignende rutiner for overordnet internkontroll også for den øvrige delen av tjenestetilbudet. Spesielt den delen av tilbudet som er underlagt bestemmelsene i helse og omsorgstjenesteloven, men dette er strengt tatt et system for internkontroll som kan brukes i alle deler av kommunal tjenesteproduksjon.

De ulike enhetene er noe ulikt skodd med hensyn til instruks, prosedyrer og rutiner. Slik vi har forstått det har dette sin bakgrunn i at det er noe ulike tradisjon på dette i de forskjellige enhetene i kommunen. Slik vi vurderer det er imidlertid alle de enhetene vi har vært i kontakt med i gang med risikovurderinger som resulterer i prosedyrer for de oppgavene som enhetene har ansett å være mest kritiske. Dette er egentlig en kontinuerlig prosess og det er viktig at en fortsetter å jobbe med risikovurderinger og prosedyrer som skal hindre uønskede hendelser og avvik. Vi anser også at enhetenes arbeid med LEAN kan bidra til å utvikle hensiktsmessige retningslinjer, prosedyrer og rutiner. Kommunens kvalitetssystem sikrer at enhetslederne vurderer om det er behov for å justere prosedyrer og rutiner en gang i året. Ut fra tilbakemeldingene i intervjuer kan dette også skje på andre tidspunkt enn når kvalitetssystemet sier ifra.

Når det gjelder medvirkning fra medarbeiderne har de ulike enhetene jevnlig møter der arbeidsoppgavene er i fokus og hvor det er mulig komme med innspill basert på den enkeltes kunnskap og erfaring. LEAN metodikken legger også opp til å nyttiggjøre seg forslag fra den enkelte ansatte i tjenesten. I tillegg vil gjerne tillitsvalgte representanter tas med på råd i forbindelse med planlegging av virksomheten.

Å skaffe til veie erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende som kan brukes til utvikling av tjenestene inne rus og psykisk helse er etter de tilbakemeldingene vi har fått, utfordrende. Når det gjelder den enkelte pasient/brukers tilbakemeldinger kan nok noen av disse bli tatt opp til diskusjon i de enkelte enheter og på den måten bidra til læring, evt. endringer i tjenesten. Vi kan imidlertid ikke se at det finnes noe eget system for å gjøre bruk av disse tilbakemeldingene til forbedringsarbeid, og bruken blir etter vår vurdering tilfeldig. Det er videre store vansker med å få tilbakemeldinger fra brukerne når det sendes ut brukerundersøkelser. Medvirkning fra brukerorganisasjonene har etter hva vi kan forstå, variert opp gjennom, og den siste tiden ligget helt nede. Dette er nærmere omtalt i de vurderingene vi har gjort under problemstilling 4. **Kriteriet er delvis oppfylt.**

Revisjonskriterie 3. går på at kommunen må ha et system/rutiner for løpende vurdering av om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene for tjenestene innen psykisk helse og rus er egnet til å etterleve krav i helse og omsorgslovgivningen. Dette inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Med hensyn til det å ha et system/rutiner for løpende vurdering av om virksomheten følger egne kvalitets-/internkontrolltiltak, er overordnet prosedyre for internkontroll i sektor PRO sentral. Det samme er sektorens system for internrevisjon. Dette er et system som er innrettet for å vurdere faglig forsvarlighet i tjenestene. Overordnet prosedyre for internkontroll i sektor PRO ivaretar også oppfølging av arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i enhetene. Som nevnt over har vi ikke fått oss forelagt tilsvarende verktøy for den delen av rus og psykiske helsetjenester som ikke er underlagt sektor PRO. Dette kriteriet omhandler oppfølgingen av hvordan systemene/rutinene i den enkelte enhet fungerer, og det er vår vurdering at det er noe variasjon på hvor langt den enkelte enhet har kommet med hensyn til å utvikle gode systemer/rutiner for å ivareta god internkontroll. Da er en overordnet prosedyre for oppfølging, slik sektor PRO har, avgjørende for videreutvikling i enhetene. Nå er jo også denne prosedyren rimelig ny. Den er utarbeidet høsten 2020 og godkjent for bruk fra februar 2021 og en har ikke opparbeidet seg noe erfaring med hvordan den fungerer. Vi mener likevel dette er et viktig verktøy for kommunen fremover. **Kriteriet er delvis oppfylt.**

Revisjonskriterie 4. har sin bakgrunn i bestemmelsen i kvalitetsforskriften hvor det heter at kommunen skal foreta en systematisk gjennomgang og vurdering av hele styringssystemet minst en gang i året. Overordnet prosedyre for internkontroll i sektor PRO legger etter vår vurdering opp til en slik gjennomgang. Denne gjelder imidlertid kun for sektor PRO, og vi mener det bør utarbeides tilsvarende prosedyre også for andre sektorer som leverer tjenester innen rus- og psykisk helse. For de enheter som levere helse og omsorgstjenester er dette et krav. Selv om PRO sin overordnede prosedyre for internkontroll nevnes som et godt eksempel må det sies at prosedyren er i sitt første virkeår, og vi har således ikke fått dokumentert at den følges og gir de ønskede resultater.

Gjennomgangen bør dokumenteres og dette kan gjøres ved å utarbeide en årlig rapport som viser resultatene av gjennomgangen. Beskrivelse av hvordan rapporteringen skal skje bør, etter vår vurdering, innarbeides i prosedyrer som gjelder internkontroll på sektor- og eventuelt også på enhetsnivå. Slik rapportering er heller ikke beskrevet i overordnet prosedyre for internkontroll i sektor PRO, og vi vurderer at denne rapporteringen vil være et viktig bidrag til kommunedirektørens rapportering om internkontroll i henhold til kommunelovens § 25-2. Vi anser det heller ikke som usannsynlig at det på sikt vil komme krav om årlig rapportering til kommunestyret om virksomheten i

pleie og omsorgssektoren på lik linje med hva man har for skolesektoren, der årlig rapportering er hjemlet i opplæringsloven.

I veileder til kvalitetsforskriften anbefales det at også å legge ekstern informasjon til grunn for gjennomgangen. Eksempelvis nasjonale indikatorer, ulike registerdata og forskning på området. Dette er et sentralt punkt med hensyn til å vurdere om kommunens tjenester er i henhold til lovkrav og statlige føringer og vi mener kommunen bør inkludere dette i vurderingen av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene, inkludert psykiske helsetjenester og rusomsorg. For sektor PRO vil det være naturlig å ta med dette som en del av overordnet prosedyre for internkontroll.

Det presiseres i denne forbindelse at den årlig ROS gjennomgang, slik vi har fått denne beskrevet, omfatter en vurdering av tjenestene sett opp mot lovverk og andre statlige føringer. Så det er ikke slik at dette ikke blir vurdert. Vårt innspill går på at kommunen bør sikre at vurderingene blir dokumentert i forbindelse den årlige gjennomgangen og vurderingen av styringssystemet. Dette må også innebære en vurdering av om man faktisk traff med ROS gjennomgangen. **Kriteriet anses foreløpig som ikke etterlevd.**

Revisjonskriterie 5. omhandler rutiner for iverksetting av korrigerende tiltak for å sikre etterlevelse av lov og forskrift. Det er vår vurdering at de ulike enhetene har rutiner som gjør at det iverksettes korrigerende tiltak når det avdekkes uønskede hendelser og avvik, eller at en ser at oppgaver kan løses på en annen måte. Endringer for å sikre at helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves vil etter vår vurdering helst skje som følge av endring i regelverk eller anbefalinger på området. De korrigerende tiltak her vil gjerne være justeringer i planverk, prosedyrer, rutiner, årshjul etc. Vi har gjennom intervju fått tilbakemelding på at denne typen endringer vurderes etter en tids bruk. For prosedyrer og rutinebeskrivelser er det lagt opp til en evaluering minst en gang i året. Hvor systematisk slike evalueringer gjennomføres er vi imidlertid usikre på. Vi har heller ikke mottatt informasjon om at tiltakene testes og at det gjennomføres målinger for å dokumentere effekten av tiltakene. Vi vil anta at det heller ikke alltid er behov for dette. Her kan kommunen vurdere en rutinebeskrivelse som sier noe om innholdet i evaluering av prosedyrer/rutinebeskrivelser.

Det er vår vurdering at det gjennomføres systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet innen rus- og psykiske helsetjenester i Elverum kommune. De synes for oss som at det er noe forskjell på omfang og hvordan dette er organisert i de ulike sektorene som leverer tjenester på området. Sektor PRO har tilpasset sitt arbeid slik at det skal kunne ivareta kravene til internkontroll i helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Vi mener kommunen bør bygge videre på det arbeidet som er gjort i sektor PRO for de tjenestene innen psykisk helse og rus som er omfattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder for så vidt også for alle tjenester i kommunen som er omfattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi merker oss i denne forbindelse at et av tiltakene under sektor helse – forebygging og behandling i ROS analysen for 2020 er å sikre implementering av internkontrollforskriften for helse og omsorgstjenester. Dette er tjenester som i hovedsak er organisert under sektor for familie og helse. Gode og dokumenterte rutiner for oppfølging av internkontrollen er viktig for å sikre implementering. **Kriteriet vurderes imidlertid å være oppfylt.**

6 Sikrer kommunen et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?

Problemstilling 2:

I hvilken grad sikrer Elverum kommune at pasienter/brukere innen psykisk helse og rusomsorg får et helhetlig og koordinert tilbud

6.1 Revisjonskriterier for problemstilling 2

Utledning av revisjonskriterier for alle problemstillingene i prosjektet er beskrevet i sin helhet i vedlegg A til rapporten. Følgende kriterier (i kortform) gjelder for problemstilling 2:

6. Kommunen må legge til rette for samhandling på systemnivå, internt i kommunen og med andre tjenesteytere/etater for å bidra til helhetlige og koordinerte tjeneste, herunder:
 - a. At det finnes arenaer for samhandling som benyttes og fungerer
 - b. At det finnes avtaler, systemer, organisering og rutiner som formaliserer samarbeidet
 - c. Involvering i hverandres endrings- og utviklingsprosesser
 - d. At kommunen har koordinerende enhet i tråd med lovkravene
 - e. Samarbeid om bruker-/pasientforløp og videreutvikling av brukerstyrte tilbud og ambulante tjenester
 - f. Sikkert samarbeid om journaler
7. Kommunen må ha oversikt over frivillige og ideelle aktører lokalt og regionalt, og at frivillige tiltak inkluderes i kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplaner og øvrig relevant planverk.
8. Kommunen må sikre at sårbarhet ved samhandling og samarbeid fanges opp og tydeliggjøres i kommunens kvalitets-/styringssystem og benyttes i forbedringsarbeidet
9. Kommunen må ha et system for å innhente og evaluere pasient/brukererfaringer og annen informasjon med hensyn til om tjenestene er helhetlige og koordinerte, og at disse opplysningene benyttes til å evaluere og eventuelt forbedre tjenestetilbudet.
10. Kommunen må sikre at tjenestene innen psykisk helse og rus er lett tilgjengelige og at personell med beslutningskompetanse alltid er tilgjengelige i kommunen
11. Kommunen må ha rutiner som sikrer samtykke fra pasienten eller brukeren eller den som kan samtykke på vegne av pasient/bruker der det er behov for å utveksle informasjon om brukeren/pasienten.
12. Kommunen skal ha tiltak for å sikre at pasienter/brukere får tilbud om individuell plan og koordinator i tråd med lovkravene
13. Det utarbeides kriseplaner som spesifiserer samhandling og ansvar for de ulike aktører

6.2 Datagrunnlag

Data til denne delen av forvaltningsrevisjonen er innhentet fra kommunale dokumenter og intervjuer med nøkkelpersoner i de enheter som er sentrale med hensyn til psykiske helsetjenester og rusomsorg i kommunen. I forbindelse med datainnsamlingen har vi mottatt en del mer overordnede dokumentasjon som vedrører for alle enheter i Elverum eller alle enheter innen sektor for pleie, rehabilitering og omsorg. Disse er:

- Samarbeidsavtale mellom Sykehuset Innlandet HF og Elverum kommune 2019-2023
- Samhandlingsavtale mellom fastlegene og helse- og omsorgstjenesten i Elverum kommune (2020)
- Legeavtaler (ASA 4310, SFS 2305 og ASA 4301)

6.2.1 Data fra kommunale enheter

Enhet for rus- og psykiske helsetjenester samarbeider med mange instanser. Dette gjenspeiles blant annet i faste møter enheten har med andre aktører. Internt i kommunen avvikles det:

- ROP møter to ganger i måneden. Rusdelen i egen enhet deltar her i møte med NAV og «Hjem først»
- Boligtildelingsmøter. Her møter egen enhet Boligsosialt team som består av representanter fra NAV, boligforvaltningen, barnevern og enheten bosetting og introduksjon. Det er viktig med trygg og god bolig for den gruppen brukere enhet for rus- og psykiske helsetjenester har
- Ukentlig møte med tjenestekontoret
- Møter i tverrfaglig team 0-24 år sammen men enhet for forebyggende tjenester, PPT, NAV etc.
- Møter etter behov i kommunalt rusforum. Dette har kommet på plass igjen nylig og er et møteforum som enhet for rus- og psykiske helsetjenester har veldig god nytte av. Fagleder rus deltar sammen med SLT, Ambulanse, legevakt og politi.
- K5 møter med DPS 4 ganger i året. Deltagerne er de 5 nærkommunene som er med i K5 samarbeidet og representanter fra DPS.

Revisjonen har også fått seg forelagt et notat med beskrivelse av interne møter i enheten og kommunen. Enhet for rus- og psykisk helse opplever at man har godt med møter/møtefora og samarbeid med andre. Det ble i 2017 opprettet kommunale akutt døgnplasser (KAD) i kommunen. Det finnes 2 plasser knyttet til rus/psykisk helse. Disse er i dag samlokalisert med de somatiske plassene og redusert i omfang (i forhold til det opprinnelige) slik at tilbudet er mer forenelig med behovet i kommunen.

Når det gjelder sykehusene (kan være både somatiske og psykiatriske sykehus) har ikke enhet for rus- og psykiske helsetjenester faste møter på ledernivå. Samarbeidet med disse er da på enkeltsaker/opp mot den enkelte bruker, og kontakten er da rettet inn mot ansatte i den enkelte sykehusavdeling. Det er opplyst at sykehusene generelt har mange kommuner å forholde seg til, og de er avhengig å ha tilnærmet like prosedyrer for kontakt.

Enheten samarbeider med andre om pasientforløp for den enkelte bruker og de kommunale tjenestene er en del av pakkeforløpene som Helsedirektoratet har utarbeidet på området. Dette med mer ambulante tjenester er noe som både kommunen og spesialisthelsetjenesten har hatt et ønske om å få til. En er i prosess med å opprette et FAKT team som skal dekke kommunene Elverum, Åmot og Trysil. FAKT team er et fleksibelt ambulant team som består både av kommune- og spesialisthelsetjenesten (DPS). Det skal jobbe fleksibelt ut mot brukere med et omfattende

hjelpebehov, lavt funksjonsnivå og som ikke nyttiggjør seg av det eksisterende tilbudet. En er i ferd med å utlyse lederstilling for teamet og en håper dette kan være på plass i løpet av første halvår 2021.

Av frivillige og ideelle aktører som enheten samarbeider med kan nevnes Lions, den norske kirke, DNT, Kiwanis og uavhengige frivillige, og da i forbindelse med aktivitetene ved Annekset.

Vi har fått opplyst at enhet for rus- og psykiske helsetjenester benytter Gerica til journalføring. Systemet er kun til internt bruk, men det utveksles informasjon med andre enheter i kommunen, DPS og sykehusene via PLO-meldinger. Dette kan dreie seg om tiltaksplaner, epikriser, medisinalister etc. Deling av opplysninger forutsetter i mange tilfeller at det innhentes samtykke.

Enheden har noen brukere som har individuell plan, og ansatte ved enheten er også koordinator for brukere. Noen av brukerne vil imidlertid ikke ha individuell plan, men de er informert om at de har rett til å ha det. Rutiner vedrørende individuell plan og koordinatorfunksjonen er utarbeidet av tjenestekontoret som også er den enheten som administrerer denne delen av tjenesten. Ordningen med individuell plan er utfordrende for kommunen. Blant annet det å skaffe koordinatører. Det er de som er tettest på brukeren som bør ha denne oppgaven. Kriseplaner er i Elverum en del av individuell plan. Vi har fått opplyst at det våren 2021 pågår et prosjekt for å digitalisere individuell plan og kriseplanene (Acus IP) slik at planene er tilgjengelige for bruker og koordinatøren på nett. Utfordringen her er at det er mange av brukerne av enhetens tjenester som ikke har kompetanse eller tilgang på IT.

Når det gjelder risiko for svikt er det i det daglige samarbeidet i enkeltsaker at dette er mest kritisk. Jo flere ulike hjelpebehov den enkelte har, og jo oftere og raskere behovene endres for den enkelte, jo større er risikoen for svikt. Det kan ende med opplevelsen av at ansvar skyves mellom de som er involvert. Tettere samarbeid med Ambulansetjenesten, Politiet og legevakt er viktig for å redusere risiko i så måte, ved at en klargjør hvem som skal bistå med hva. På samme måte vil opprettelse av FAKT team kunne redusere risikoen med hensyn til koordinering av tjenestene.

Vi har mottatt følgende dokumentasjon som underbygger enhetens arbeid med koordinerte og helhetlige tjenester:

- Samarbeidsavtale med DPS Elverum og ambulansetjenesten
- Samarbeidsavtale – brukerplan

Enhet for forebyggende tjenester samarbeider først og fremst med skolene når det gjelder andre kommunale enheter. Dette gjelder både barneskoler, ungdomsskoler og videregående skoler. Det er de stedlige helsesykepleierne som er enhetens kontaktledd overfor skolene og det avvikles ukentlige møter ved skolene. Skolehelsetjenesten gjennomfører fagutviklingsuker internt i skolehelsetjenestegruppa to ganger i året. Dette skjer uken før skolestart og uken etter skoleslutt. Helsestasjon 0-5 år har fagutviklingsdager gjennom året. Jordmortjenesten setter av tid til fagmøter etter behov.

Det samarbeides også med barnehagene, barnevernet, bosetting og integrering (BOI), NAV, kommunepsykologene, Frisklivssentralen, PPT, fastlegene, BUP, DPS, Tannhelsetjenesten og forebyggende enhet i Politiet. Det avholdes jevnlig møter med barnevernet. Enhet for forebyggende tjenester og PPT har ansvaret for å drive et tverrfaglig team der det innkalles samarbeidspartnere etter behov. Eksempelvis interne som skoler/barnehager, barnevern, flyktingetjenesten, SLT koordinator og NAV. Det kan også delta representanter fra BUP og Politiet. Møtene avholdes etter behov, eller en gang pr. måned, og det er de ulike deltagerne som melder inn saker.

Det samarbeides også noe med enhet for rus- og psykisk helsetjeneste i kommunen, og da spesielt i forhold til foreldre/familier hvor det er utfordringer med hensyn til psykisk helse/rus. Enhet for rus- og psykiske helsetjenester ble for en tid tilbake flyttet fra sektor familie og oppvekst til sektor for pleie-, rehabilitering og omsorg. Omorganiseringen har ført til at enhet for forebyggende tjenester har mindre kontakt med denne enheten enn tidligere, og enhetsleder kunne ønske at en hadde tettere kontakt.

Når det gjelder BUP så har det vært en del utskifting av ledere i Elverum, og samarbeidet har vært lidende under dette. Det skal pr. januar 2021 ha kommet på plass ny leder og det er å håpe at en får på plass noe mer stabile samarbeidskanaler her. Enhet for forebyggende tjenester samarbeider også med DPS. Det finnes egne pakkeforløp for behandling innen psykiske helse og rus. Enhet for forebyggende tjenester er involvert i disse pakkeforløpene ved at de sender rapport på tiltak som er gjennomført av dem. Enheten mottar av og til rapport på gjennomført tiltak fra BUP etter avsluttet oppfølging, men kan av og til også bli koblet på i behandlingsforløpet i BUP. BUP deltar i kommunens tverrfaglige team og aktuelle saker blir drøftet i dette teamet

Andre eksterne samarbeidspartnere som er nevnt er RVTS (regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), KoRus Øst (Kompetansesenter rus), Statens barnehus i Hamar og Nok. Elverum (tidligere SMISO Støttesenter mot incest og seksuell overgrep Elverum). Disse aktørene er alle regionale kompetansesentre innenfor sine områder og enhet for forebyggende tjenester bruker dem i fagutvikling og for å oppdatere fagkompetanse i egen enhet. Dette skjer gjennom undervisning, kurs og webinarer og utvikling av egne prosedyrer. Samarbeidspartnerne kan også bidra inn i interne prosesser, implementere kunnskap og drive/være pådriver i prosesser. De brukes også til støtte og veiledning i håndtering av konkrete saker, og/eller til å følge opp individuelle saker i form av utredninger/kartlegginger og oppfølginger.

Ellers er frivillige organisasjoner velvillige til å stille opp. Eksempel på dette er Kiwanis Elverum, og da når det gjelder mulighet til å delta i ulike aktiviteter, idrett etc. Elverum har en stor andel lavinntektsfamilier. Det er mange enslige forsørgere, stor andel flykninger og kommunen har også enslige mindreårige flykninger. Det er også mange i gruppen 16 -25 år som ikke er i utdanning eller arbeid (tall fra Oppvekstprofil 2020). Dette gir et bilde på utfordringer som gjerne følger.

Enhet for forebyggende tjenester deltar også i ulike samarbeidsprosjekter som berører temaet psykisk helse og rus. Eksempel på dette er Hjerteroms-arbeidet i kommunen. «Hjerterom» er en handlingsplan som er tverrfaglig utarbeidet og forankret. Målet med planen er å se hele barnet og ungdommen i et livsmestringsperspektiv. 0-24 prosjektet er et landsdekkende utviklingsprosjekt⁵ der 4 kommuner i Innlandet er tatt ut som pilotkommuner, deriblant Elverum. Prosjektet innebærer å jobbe for å få et større helhetlig faglig samarbeid på tvers av enheter og sektorer. Ung4Reg er et forskningsprogram på hvordan verdier arbeid påvirker folkehelsen og psykisk helse hos barn og unge. Høgskolen i Innlandet er involvert i evalueringen av dette programmet.

Enhetsansatte deltar i ansvarsgrupper for brukere som har individuell plan og koordinator. Helsesykepleierne kan også være koordinator for brukere, og det anslås at det jevnt over vil være ca. 10 brukere som har koordinator fra enhet for forebyggende tjenester til enhver tid. Det er tjenestekontoret som administrerer ordningen med individuell plan og koordinatorene og som utarbeider og vedlikeholder rutiner på området.

⁵ se <https://0-24-samarbeidet.no/>

Det er vesentlig å få innhentet samtykke for å kunne dele informasjon med andre tjenesteytere etc. For de tjenestene som enhet for forebyggende tjenester gir vil det være foreldrene som gir samtykke. Til dette benyttes eget skjema/mal. Enheten har eget journalsystem (Vismabasert) der det føres journal for den enkelte bruker. Det finnes egen rutinebeskrivelse for oppfølging av journalsystemet og det er fastsatt tilgangskontroller slik at ikke andre enn de som skal ha tilgang til en sak, får det. Det er ingen eksterne som har tilgang til journalsystemet. Når det gjelder risiko knyttet opp til helhetlige og koordinerte tjenester innser enhetsleder at det er krevende å få til godt tverrfaglig samarbeid. Det blir litt for mye silotenking mellom de ulike aktørene som bør samarbeide.

Vi har mottatt følgende dokumentasjon som underbygger enhetens arbeid med koordinerte og helhetlige tjenester:

- Avtale om samarbeid mellom Enheten forebyggende og barneverntjenesten i Elverum kommune
- Samarbeidsavtale mellom Flyktningetjenesten og Helsestasjonen
- Samarbeidsavtale mellom Tannhelsetjenesten i Innlandet og helsestasjon, skolehelsetjeneste, og helsestasjon for ungdom
- Rutine for overføring mellom deltjenestene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Rutine for henvisning fastlege og spesialisthelsetjenesten

Kommunepsykologene har gitt tilbakemelding på at de kommunale enhetene som de har tettest samarbeid med er enhet for rus- og psykiske helsetjenester, forebyggende enhet og enheten bosetting og introduksjon. Det avvikles ukentlige møter med rus og psykiske helsetjenester, med helsesykepleierne har en møter ca. 2 ganger hver måned, samt møter for individuell veiledning fortløpende etter avtale. Tjenesten har ellers møter med enheten bosetting og introduksjon hver 6 uke. Kommunepsykologene vil også bli en del av kommunens «helseteam» som er planlagt å møtes ukentlig for å følge opp vanskelige saker. Helseteamet skal bestå av kommunepsykologene, jordmor, helsesykepleier og lege og var våren 2021 forespeilet å kunne startes opp om kort tid. Andre viktige samarbeidspartnere for psykologene i kommunen er NAV, PPT og barnevern. Disse har en ikke faste møter med, men en har tett samarbeid om enkeltbrukere med disse enhetene. Det samme gjelder DPS, BUP og andre aktører i spesialisthelsetjenesten.

Vi har fått opplyst at kommunepsykologene ofte kommer tidlig inn i et pasient/bruker forløp og bidrar ofte med opplysninger i forbindelse med pasienter/brukere som må ha hjelp fra andre aktører i kommunen eller fra spesialisthelsetjenesten. For behandling i spesialisthelsetjenesten er det nå innført såkalte «pakkeforløp» og kartleggingen gjort i kommunen er en viktig del av pakkeforløpet. Kommunepsykologene fører journal i journalsystemet HsPro. Det innhentes skriftlig samtykke fra den enkelte med hensyn til å dele informasjon fra journalen med andre. Når det gjelder journalsystemer så finnes det flere ulike systemer som ikke kommuniserer, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten, og informasjon som skal deles formidles derfor ved hjelp av andre løsninger. Vi har imidlertid fått opplyst at dette likevel fungerer greit.

Kommunepsykologene har ikke hatt funksjon som koordinator for egne brukere, men er etter behov en del av en ansvarsgruppen rundt brukere som har individuell plan, og de kan gi informasjon om ordningen om de er i kontakt med brukere som kan ha nytte av å ha individuell plan og koordinator. Årsaken til at kommunepsykologene ikke er koordinatorene er at de vanligvis vil ha kontakt med brukeren i en kortere periode. Det vil da være andre aktører i kommunen eller i

spesialisthelsetjenesten som er mye tettere på brukeren over en lengre tidsperiode og som derfor egner seg bedre til å være koordinator.

Tjenestekontoret har opplyst at deres viktigste samarbeidspartnerne internt i kommunen, når det gjelder psykisk helse og rusomsorg, er enhet for rus- og psykisk helse, hjemmesykepleien, ergoterapeut, NAV, boligsosialt team, barnevern og institusjonstjenesten. Eksternt er det et tett samarbeid med fastlegene i kommunen og spesialisthelsetjenesten, både sykehus (spesielt Sanderud), DPS og BUP.

Med hensyn til samarbeid internt i kommunen på området psykisk helse og rus, er samarbeidsmøtet annenhver uke med enhet for rus- og psykiske helsetjenester viktig. Tjenestekontoret deltar også annenhver uke i samarbeidsmøte med AE akutt ambulent team sammen med NAV, enhet for rus- og psykisk helse og DPS. Saker på disse møtene er vanligvis saker som gjelder enkeltbrukere/pasienter og status/situasjonen ved den enkelte enhet. Vanligvis er det lederne i de nevnte enhetene som deltar, men de har også med seg fagfolk fra sine enheter som kan variere noe etter hvilke saker som er satt opp til behandling.

Når det gjelder utskrivning fra psykiatrisk sykehus kan det komme beskjed om behov for kommunale tjenester med veldig kort varsel. Gjerne samtidig med at pasienten skrives ut fra sykehus. Dette var nok også en utfordring innen somatikken de første årene etter at samhandlingsreformen ble innført. Der har en nå fått orden på dette mens innen psykiatrien, der samhandlingsreformen trådte i kraft mye senere, sliter en fortsatt med dette. Tjenestekontoret opplever at det er en forholdsvis høy terskel for å innvilge søknader om tjenester gjennom DPS. DPS vil gjerne at kommunen skal prøve sitt tjenestetilbud før brukerne/pasientene loses videre.

Kommunen kan tilby en til en samtaler og kursgrupper. Det er planlagt flere kurs, men denne delen av kommunens tilbud har vært noe skadelidende av Coronapandemien. Kommunen kan ellers tilby praktisk bistand. Tjenestene kan da ytes via hjemmetjenesten i kommunen, men også gjennom enhet for rus- og psykisk helse. Det kan fort oppstå en gråsoner mellom hvem som har ansvaret for hva i disse tjenestene, og en kunne med fordel hatt en bedre koordinering her. I en annen kommune er det prøvd ut å ha et felles team bestående av psykisk helse og hjemmetjenesten. Dette har man hatt veldig gode erfaringer med, og dette kunne være en løsning for å få bedre koordinerte tjenester for brukergruppen innen psykiske helsetjenester og rusomsorg.

Tjenestekontoret bruker journalsystemet Gerica. Informasjon om bruker deles med aktuelle enheter i drift, i forbindelse med at vedtaket som er sendt til bruker også er tilgjengelig for den avdelingen /sonen som skal yte tjenesten til bruker. Det er tilgangsstyring i Gerica som sikrer at det kun er saksbehandlere og den avdelingen som skal drifte tjenesten som har tilgang til brukers journal. På nye brukere som har behov for tjenester blir det muntlig informert om gangen i saksbehandlingen og at det vil være nødvendig å dele aktuelle helseopplysninger til de som skal yte tjenester, for å sikre at forsvarlig helsehjelp blir gitt. Lovhjemlene som det vises til er enten Lov om helsepersonell §25 og Lov om pasient og brukerrettigheter § 4-1. Det registreres i Gerica at denne informasjonen er gitt og om bruker samtykker eller ikke, eventuelt om vedkommende ikke er samtykkekompetent.

Deling av informasjon med spesialisthelsetjenesten skjer som regel i forbindelse med at bruker er innlagt / har fått tildelt tjeneste fra dette nivået. Bruker er da som regel innsøkt av sin fastlege eller av legevakten. Enhetsleder oppfatter generelt at bruker er gjort kjent med at spesialisthelsetjenesten tar kontakt med Tjenestekontoret, og at de er innforstått med at det deles nødvendig informasjon. Ofte spør Tjenestekontoret om bruker har samtykket til at det blir søkt på aktuell tjeneste, men en ber

sjelden om å få dette skriftlig dokumentert, da henvendelse ofte skjer gjennom PLO meldinger (e-link) mens bruker er inneliggende på sykehuset.

Tjenestekontoret har ikke noe organisert samarbeid med frivillige og ideelle aktører, men kan ha kontakt med Røde kors, Frisklivssentralen, møteplassen etc.

Tjenestekontoret er koordinerende enhet i kommunen og har ansvaret for å skaffe til veie koordinatorene og sørge for at disse får nødvendig opplæring. Når det gjelder individuell plan (IP) for brukergruppen innen psykisk helse og rus er det en god del brukere som ikke ønsker å ha hverken individuell plan eller koordinator. Tjenestekontoret opplever at det går relativt greit å rekruttere koordinatorene til denne gruppa, og den største utfordringen er nok å motivere brukerne med sammensatte tjenestebehov til å se nytten av å ha en individuell plan og / eller koordinator. Kommunen bruker nå elektronisk individuell plan (AKOS IP). Individuell plan kan være en tjeneste som tildeles fra tjenestekontoret, men både NAV og spesialisthelsetjenesten har også plikt til å tilby individuell plan, og brukerne kan gjerne ha med seg en slik derfra. Når det gjelder kriseplaner er det ofte at disse følger med fra spesialisthelsetjenesten.

Risiko med hensyn til kravet om helhetlige og koordinerte tjenester er at en er sårbare med hensyn til ordningen med individuell plan og koordinatorene. En har få koordinatorene, og det er ikke alle som er like villige til å ta på seg oppgaven. En trenger flere koordinatorene innen ulike enheter i kommunen, for eksempel i skolen. Samtidig finnes de som egentlig fungerer som koordinator og gjør alle oppgavene, men som ikke er utnevnt som koordinator. En er også sårbar når koordinatorene blir sykemeldte. Det er nedsatt en gruppe som skal se hvordan en kan organisere ordningen slik at en reduserer sårbarheten på området.

Vi har mottatt følgende dokumentasjon som kan knyttes til enhetens arbeid med koordinerte og helhetlige tjenester:

- Hurtigveiviser for meldinger fastleger – Elverum kommune
- Hurtigveiviser for meldinger Sykehuset Innlandet – Elverum kommune
- Mal individuell plan

Fra NAV var vi fått opplyst at ruskonsulentene samarbeider tett med tjenestekontoret. Dette i forbindelse med henvendelser som de får fra spesialisthelsetjenesten på brukere som vil ha behov for hjelp fra ruskonsulentene. Andre kommunale enheter de samarbeider tett med er barnevern, enhet for rus- og psykiske helsetjenester og Elverum læringscenter (BOI). Rusavdelingen deltar i ROP møter sammen med disse enhetene. En har også portefølje gjennomgang med disse enhetene i egne møter. NAV og ruskonsulentene har kontakt med forebyggende enhet i kommunen, gjennom SLT møter, oppfølgende team eller helsestasjonen. Det er egne møter i forbindelse med gravide rusmisbrukere. Ruskonsulentene har mulighet til å fatte vedtak ved tvang for gravide. Pr i dag har ikke ruskonsulent trengt å bruke tvang overfor gravide, da alle gravide som har en rusutfordring har valgt frivillig innleggelse. Men de fatter ca. to tvangsvedtak i året i forbindelse med personer med omfattende, store og sammensatte rusproblemer.

Ruskonsulentene kan få henvendelser fra andre kolleger i NAV om personer som har behov for hjelp. Det er heller ikke uvanlig at de får henvendelser fra fastlegene og fra DPS. NAV har eget kartleggingsskjema, som brukes av forskjellige veiledere i de forskjellige avdelinger i NAV. Dette for å få et større oversiktsbilde av eventuelt hjelpebehov. Ruskonsulentene samarbeider også tett med kriminalomsorgen i forbindelse med rusmisbrukere som er inne til soning. Spesielt når soningstiden

begynner å nærme seg slutten. NAV får melding om alle som er inne til soning, og som ønsker veileder fra NAV. Når soningen nærmer seg slutten vil det være aktuelt å klargjøre med hensyn til økonomiske ytelser, bolig, jobb etc. alt ettersom hvordan livssituasjonen er for brukeren.

Ruskonsulentene har også bistått brukere med å få tilrettelagt soningen slik at de kan kombinere denne med behandling. Fengslet på Slidreøya i Valdres er nevnt som et sted der soningen også kan innebære deltagelse i refleksjonsgrupper og behandling. Andre alternativer er bøtteneste og samfunnsstraff som da blir en kombinasjon av straff og jobbtrening/tiltak. Ordningen med narkodomstol der dommen innebærer å følge en plan for oppfølging er også aktuell. Soning kan da foregå i rusinstitusjon og en er forpliktet til å fullføre behandling i stedet for ordinær soning. NAV kan også delta i retten i forhold til brukere. Det skal finnes en avtale om samarbeid med kriminalomsorgen.

Det samarbeides også med politiet og ruskonsulentene kan få henvendelser herfra. Elverum er med i et SLT samarbeid og en av ruskonsulentene er kontaktperson for SLT koordinator i kommunen. Dennes arbeid er tett koblet opp til 0-24 prosjektet i kommunen

Når NAV får brukere fra DPS er det ofte noe mer omfattende søknader eller mer sammensatt problematikk, og det har vært viktig for ruskonsulentene å gi brukerne en tydeligere stemme i denne forbindelse. Fastlegen kan også kobles på, og deltar i ansvarsgrupper rundt den enkelte bruker. NAV er involvert i pakkeforløpene som Helsedirektoratet har opprettet innen rus og psykisk helse. Det kan være at pakkeforløpet starter hos ruskonsulentene eller at NAV kommer inn på pakkeforløpet senere. Ruskonsulentene har mulighet til å henvis til DPS/TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). NAV samarbeider ellers med ulike institusjonstjenester, brukerorganisasjoner etc. Eksempel på dette er AA og NA, som også benyttes i forbindelse med behandling av noen av brukerne. En har også et samarbeid med fylkeskommunen når det gjelder tannbehandling for denne gruppen brukere.

Individuell plan (IP) er aktuelt for mange av brukerne som ruskonsulentene jobber med. Det er imidlertid ikke alle som vil ha IP eller koordinator. Ruskonsulentene forklarer imidlertid hva IP er og fordelene med å ha det, til den enkelte som har rett til og behov for et slik tiltak. Det legges da vekt på at IP er brukerens egen plan, hvor andres premisser ikke legges til grunn. Dette i motsetning til for eksempel en aktivitetsplan. Ruskonsulentene er koordinator for mange av brukerne, og deltar også i flere ansvarsgrupper rundt brukere hvor koordinatoren kommer fra en annen enhet. Det er Tjenestekontoret som administrerer ordningen med koordinatorene. Ruskonsulentene bruker mye tid på koordinatoroppgavene og de er lett tilgjengelige på telefon. De er imidlertid også tilgjengelige for de som har sagt at de ikke vil ha IP eller koordinator. En kriseplan kan følge med enkelte brukere, og da ofte i forbindelse med utskrivning fra institusjon. Ruskonsulentene er som oftest nevnt i disse kriseplanene, og da i forhold til hvem som skal kunne kontaktes, med navn og telefonnummer, hvis enkelte situasjoner oppstår. Der hvor ruskonsulentene er koordinatorene følges brukere opp på ordinær måte.

I forbindelse med LAR⁶ brukere har ruskonsulentene jevnlig møter med DPS/LAR konsulent og fastlegen til den enkelte bruker. Jo tyngre brukeren er, jo oftere er det behov for møter. For denne brukergruppen kan det bli mange år med oppfølging ettersom tilbudet og medisinerings skal gjelde resten av livet. Det er ikke uvanlig at brukere kommer inn under denne ordningen fra midten av 20 årene.

⁶ Legemiddelassistert rehabilitering

Når det gjelder risiko for svikt med hensyn til koordinering og helhetlige tjenester gjorde det at kommunen doblet fra en til to ruskonsulenter at en ble mindre sårbar. I tillegg er det en stilling ved enhet for rus- og psykisk helse som er dedikert til rusarbeid. En utfordring på området er ventetider for å komme inn til en institusjonsbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke uvanlig med 20-30 ukers ventetid fra institusjonen får henvisningen. Det kan være lang tid å vente for personer som har det vanskelig på mange områder.

Vi har mottatt følgende dokumentasjon som kan knyttes til enhetens arbeid med koordinerte og helhetlige tjenester:

- Samarbeidsavtale mellom Elverum kommune og NAV innlandet
- Samarbeidsavtale mellom NAV Elverum og barneverntjenesten i Elverum kommune
- Samarbeidsavtale om introduksjonsprogrammet mellom Elverum kommune og NAV
- Mal individuell plan

For boligsosialt team er eiendomsstaben i kommunen en viktig samarbeidspartner. Det er eiendomsstaben som skaffer til veie boliger, og som er avtalepart for husleiekontrakter etc. Det gjennomføres tildelingsmøter hver 14. dag sammen med NAV, enhet for rus- og psykisk helse, bosetting og introduksjon (BOI) og barnevern. Boligsosialt koordineringsforum er også en møtearena der en kan koordinere tjenester, avklare ansvar og presentere/utarbeide tverrfaglige planer. Her møter boligsosialt team enhet for rus- og psykiske helsetjenester, NAV, eiendomsstaben, planavdelingen og enhetsleder for hjemmebasert omsorg i kommunen. Dette samarbeidet har imidlertid ligget nede det siste året på grunn av covid19, men vil forhåpentligvis komme på banen igjen i løpet av sommeren. Etersom boligsosialt team behandler alle søknader om bostøtte og transport i bostøtte har teamet et utstrakt samarbeid med gjeldsrådgiver/økonomirådgiver i NAV. Kontroll på økonomien gir bedre psykisk helse.

ROP møter avvikles nå hver 14. dag, og er et tiltak for å lukke avvik som kommunene hadde i forbindelse med tilsyn på området. I disse møtene deltar ruskonsulentene fra NAV, enhet for rus- og psykiske helsetjenester, representanter for «Hjem først» prosjektet samt boligsosialt team. Formidling av omsorgsboliger gjøres videre i tett samarbeid med Tjenestekontoret. Boligsosialt team samarbeider ellers med andre kommuner om ulike prosjekter. I forbindelse med startlånssøknader kan det også av og til være behov for en settekommune i de tilfeller det oppstår habilitetsproblematikk rundt søknader, og da samarbeider en om det.

Sakene som behandles ved boligsosialt team journalføres i Web-sak under egne koder og er unntatt offentlighet. Det opprettes et saksnummer for hver enkelt søknad som behandles. Eiendomsstaben har tilgang til saksmappene når det er skrevet et vedtak om tildeling av bolig og kan også journalføre kontrakter og andre dokumenter inn på den enkelte sak slik at dette ligger samlet. Samtykke til å utveksle informasjon mellom enhetene gir den enkelte søker i søknadsskjema. Eiendomsstaben har for øvrig eget datasystem for leiekontrakter som boligsosialt team også har tilgang til.

Vi har mottatt følgende dokumentasjon som kan knyttes til enhetens arbeid med koordinerte og helhetlige tjenester:

- Rapportering tilskudd 2019 – Hjem først
- Rapportering for 2020 – By- og tettstedsprogrammet
- Sluttrapportering i boligsosialt utviklingsprogram

6.2.2 Data fra eksterne samarbeidspartnere

DPS Elverum samarbeider mye med kommunens enhet for psykisk helse, tjenestekontoret, koordinerende enhet og ruskonsulentene på NAV. Ellers kan boligsosialt team (boligkontoret) også være relevant. Når det gjelder avtaler er det først og fremst avtalen som kommunen har med helseforetaket som gjelder for DPS. Denne avtalen omhandler også punkter om samarbeid. Det finnes også en samarbeidsavtale for K5 samarbeidet.

Det utvikles samarbeidsmøter med enhet for rus- og psykisk helse i kommunen hver 14 dag sammen med ambulant akutenhet (DPS), Tjenestekontoret (Elverum kommune) og Nav Elverum. Her behandles konkrete saker etter samtykke fra den enkelte pasient/bruker. Status i pågående behandlingssløp kan også være tema. Ellers har klinikerne også mer løpende kontakt med ansatte i kommunen i forhold til den enkelte pasient/bruker.

Det samarbeides om pasient/brukerforløp, i henhold til pakkeforløpene utarbeidet av Helsedirektoratet. Fra DPS har vi fått opplyst at pakkeforløpene egentlig er en skriftliggjøring av de rutinene som man også fulgte tidligere. Intensjonen innen psykisk helse og rus er at pakkeforløpene starter opp, og avsluttes i kommunen. Dette ser ut til å fungere greit, men en har ennå har et stykke å gå for å få til sømløse overganger. Den enkelte sak skal underveis i pakkeforløpet evalueres første gang etter 6 uker og deretter hver 12 uke så lenge pakkeforløpet er aktivt. Når det gjelder individuell plan (IP) og koordinatører for enkeltbrukere samarbeides det med de kommunale enhetene. Ansatte fra DPS deltar i ansvarsgrupper rundt enkeltpasienter/brukere der det er kommunen som har koordinatorfunksjonen, og vise versa. Det er enkelte pasienter/brukere som ikke ønsker IP eller koordinator. For de som vil ha, kan det ta tid før dette er på plass.

Når det gjelder risiko med hensyn til helhetlige og koordinerte tjenester har DPS opplyst at kommunen har lett for å trekke seg ut litt for tidlig når pasientene/brukerne er henvist til DPS. For å få til sømløse overganger ville det vært hensiktsmessig at pasientene/brukerne ble fulgt opp også en tid etter at de er blitt henvist til DPS, og at kommunen kommer tidligere inn når det nærmer seg avslutning på DPS. Dette gjelder spesielt for psykiske helsetjenester. På rusomsorgen er det annerledes og DPS sin oppfatning er at pasientene/brukerne her følges tett opp av ruskonsulentene i kommunen.

Vi har ellers fått innspill på at kommunen er sårbar med hensyn til opprettelse av IP og koordinator. Det virker som man her er avhengig av en person ved tjenestekontoret, og det kan ta lang tid før IP og koordinator kommer på plass dersom det er mye å gjøre. I og med at det er en person som behandler saker som gjelder IP og koordinator er kommunen også sårbar med hensyn til for eksempel sykefravær. DPS har presisert at det kan ha skjedd endringer på dette i den senere tid. Vi har også fått innspill på at det finnes noen individuelle planer som ikke brukes aktivt. Det er viktig at planene følges opp slik de skal, og avsluttes dersom det ikke er behov for de lenger. Dette er et ansvar som både kommunen og DPS har, så det at det finnes «sovende» IP'er noe begge må jobbe mer aktivt i forhold til.

Fra BUP Elverum har vi fått opplyst at det som regel er fastlegen som henviser barn og unge til dem. Helsepsykiatere, ansatte i skole/barnehage og PPT kan være involvert i henvisning og utredningene. Henvisningene fra de kommunale enhetene er vanligvis tilstrekkelig begrunnet. De fleste henvisningene kommer imidlertid fra fastlegene, og basisutredningen skal starte her. BUP opplever imidlertid at henvisningene de får fra fastlegene kan være veldig tynt begrunnet, at utredningen er basert på foreldrenes ønske, og at legen heller ikke har møtt pasienten før det sendes henvisning. Ellers har Helsedirektoratet opprettet pakkeforløp for psykiske lidelser – barn og unge, som følges av BUP.

BUP har tidligere hatt faste møter med Elverum kommune på mer overordnet nivå. Dette har ligget ned en periode, blant annet på grunn av covid 19. Leder for forebyggende enhet i kommunen jobber imidlertid med å få et felles møteforum på plass igjen, og dette vil ventelig skje når samfunnet åpnes igjen etter sommeren. I forbindelse med samarbeid internt i kommunene er det flere kommuner som har opprettet tverrfaglige team som for eksempel består av barnevern, helsesykepleier og PPT. Dette er en ordning som fungerer godt. Det finnes pt. ikke denne typen organisert samarbeid i Elverum kommune. BUP har til tider vært ute på skoler og i barnehager og informert om BUP og psykisk helse/rusarbeid. BUP har ingen egen avtale for samarbeid spesielt for Elverum kommune, så her er det avtalen mellom kommunen og helseforetaket som gjelder.

Når det gjelder deling av pasientinformasjon har vi fått opplyst at BUP bruker journalsystemet Dips mens kommunen bruker Gerica, og disse systemene kommuniserer ikke. Når det er behov for å dele informasjon må dette hentes fra de ulike journalsystemene og oversendes separat. Dette synes imidlertid å fungerer godt. Det innhentes samtykke fra pasient/foresatt i denne forbindelse. Fra helsesykepleierne og skole/barnehage er kommunikasjonen i stor grad muntlig. BUP samarbeider ellers med DPS i forbindelse med overganger for de som fyller 18 år.

6.2.3 Observasjon/journalgjennomgang

For å få en visst inntrykk av hvordan rutinene etterleves har vi fått en innføring i hvordan journalsystemet hos enhet for rus- og psykisk helse fungerer, samt at det ble gjennomført en gjennomgang av et mindre utvalg av journaler. Vi har gjennomgått 5 tilfeldig valgte journaler der brukeren har varig behov for sammensatte tjenester, og der brukeren har krav på individuell plan (IP) og koordinator. Vi så etter dokumentasjon som kunne bekrefte at:

- Bruker får informasjon og veiledning om tjenestetilbudet
- Bruker får komme med innspill/delta i utformingen av tjenestetilbudet
- Det gis samtykke til deling av bruker/pasientinformasjon
- Individuell plan (IP) og koordinatorordningen fungerer. Dvs. jevnlig kontakt og oppfølging
- Det utarbeides kriseplaner iht. anbefalingene
- Enheten mottar og tar vare på informasjon om brukeren fra andre tjenesteyter

Gjennomgangen viser at tjenestebehovet alltid tas opp med brukerne, og det er vårt inntrykk at det gis veiledning og legges til rette for medvirkning fra brukerne sin side. Bidraget fra brukerne kan imidlertid variere mye, men der brukerne kommer med innspill blir disse fulgt opp. Det foreligger vedtak som beskriver tjenesten som skal mottas og det foreligger utfylt samtykkeskjema for deling av brukeropplysninger i 4 av 5 journaler. Den siste kan ha nektet å gi samtykke og det tyder da også på at det ikke er utvekslet særlig med brukerinformasjon for denne brukeren.

De som har fått vedtak om IP og koordinator blir etter hva vi kan se fulgt opp jevnlig. Både av koordinator og at det gjennomføres ansvarsgruppemøter. Det er funnet et eksempel på at en bruker har fått tilbud om IP, men at vedkommende ikke ville ha dette. Vedkommende har likevel koordinator. Dette er dokumentert i journalen. For to av brukerne vi har sett på var IP under utarbeidelse. Det er vårt inntrykk at det kan ta noe tid å få ordningen på plass. Det var få av de vi gjennomgikk som hadde kriseplan. I de tilfeller en hadde slik plan var denne utarbeidet av spesialisthelsetjenesten. Innholdet i kriseplanene er i henhold til hva som er anbefalt. Hvor mye informasjon om brukerne som er delt fra andre enheter i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten varierer fra bruker til bruker. Vårt inntrykk er at utveksling av nødvendig informasjon fungerer.

6.3 Revisors vurdering

Revisjonskriterie 6. handler om kommunens system for tilrettelegging og organisering for å oppnå samhandling om tjenestene internt i kommunen og med andre tjenesteytere. Når det gjelder tilrettelegging for samhandling på systemnivå internt i kommunen synes det å være opprettet en del hensiktsmessige samhandlingsarenaer, og tilbakemeldingen er at disse benyttes og fungerer etter sin hensikt. Enhet for forebyggende tjenester har inngått avtaler med enkelte andre kommunale enheter de anser at det er viktig å ha avtaler med. Avtalene beskriver hva det skal samarbeides om, hvordan samarbeidet skal skje (rutiner) og at det må være noen faste møtepunkter gjennom året der blant annet samarbeidet evalueres. Vi har ingen opplysning om at for eksempel enhet for rus- og psykisk helse eller kommunepsykologene har slike avtaler.

Internt i kommunen vil slike samarbeidsavtaler i stor grad utgjøre rutinebeskrivelser for samarbeid. Vi mener at kommunen med fordel kunne formalisert samarbeid mellom ulike enhetene med slike avtaler i større grad enn hva som gjøres i dag, eventuelt at en utarbeider egne rutinebeskrivelser for samarbeid. Dette kan gjøre samarbeidet mellom enhetene tydeligere og kan minske risikoen for «silotenkning», som er en av de store utfordringene innen tjenestetilbudet innen psykisk helse og rusomsorg i dag. Involvering i hverandres endrings- og utviklingsprosesser er en viktig del av samarbeidet, og bør være en del av avtalen/rutinene for samarbeid mellom enhetene. Tilbakemeldingene fra intervjuer er at de ulike enhetene blir informert og få muligheten til å komme med innspill når det skjer endringer i deler av organisasjonen som berører dem. Vi har imidlertid ikke inntrykk av at de involveres i hverandres utviklingsarbeid i særlig grad. Unntaket er imidlertid der flere enheter samarbeider i fellesprosjekter. Vi opplever at det innen rus- og psykiske helsetjenester i Elverum er et ganske skarpt organisatorisk skille mellom tjenestene til barn og unge under 18 år og de som er over 18. Desto viktigere vil det da være å ha hensiktsmessige samhandlingsarenaer.

Tilrettelegging for samhandling med eksterne tjenesteytere innen rus- og psykiske helsetjenester anses DPS og BUP for å være de viktigste samarbeidspartnerne for kommunen. Det er etablert samarbeidsarenaer hvor det både kan behandles saker som gjelder den enkelte tjenestemottager og mer generelle saker på systemnivå. Ulike aktører kan involveres ved behov. Det virker på oss som om de opprettede samarbeidsarenaene er noe sårbare, jfr. samarbeidet med BUP som hadde ligget nede en periode da vi innhentet data til denne forvaltningsrevisjonen, på grunn av lederskifte ved BUP.

For DPS og BUP er det samarbeidsavtalen mellom Elverum kommune og Sykehuset Innlandet HF som gjelder. Denne er innredet for samarbeid på et overordnet nivå. Avtalen skal samtidig sikre en tydelig oppgave-, ansvars- og funksjonsfordeling mellom partene. Vi mener det ville vært hensiktsmessig å ha egne avtaler med det lokale DPS og BUP der en nedfeller skriftlig hva det skal samhandles om, utviklingsområder, faste samarbeidsmøter, hensikten med møtene etc. Vi mener slike avtaler vil gjøre samarbeidet mer forpliktende, strukturert og at det blant annet vil kunne redusere sårbarheten ved utskifting av nøkkelpersonell. Kommunen er allerede delaktig i en slik lokal avtale med DPS som gjelder ambulant akutenhet for kommunene i Elverumregionen. Avtalen er fra 2015, altså før samhandlingsreformen for psykisk helse ble iverksatt for fullt i kommunene, og den er tett knyttet til akutt tjenesten. Avtalen dekker et viktig område for samarbeid for tjenestene innen rus- og psykiske helse i kommunen, vi mener likevel at kommunen bør vurdere om avtalen fullt ut er dekkende for det behovet kommunen har for samarbeid med DPS i dag. Kommunen er selvsagt avhengig av velvilje fra helseforetaket sin side for å få inngått slike avtaler.

Når det gjelder involvering i hverandres endrings- og utviklingsprosesser for DPS og BUP er tilbakemeldingen fra intervjuer at en holder hverandre orientert. Det gjennomføres enkelte prosjekter der en samarbeider, men vi mener en her med fordel kunne hatt samarbeidsavtaler som beskriver

hvordan en kan involvere hverandre i endrings- og utviklingsprosessene slik at en sikrer et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Vi vurderer at kommunen har en koordinerende enhet i tråd med lovkravene. Innen rus- og psykiske helsetjenester har vi fått opplyst at kommunen er delaktige i pakkeforløpene for bruker/pasientgruppen som Helsedirektoratet har utarbeidet. Pakkeforløpene utgjør prosedyrer som blant annet skal sikre samordning mellom de ulike tjenesteyterne og vil etter vår vurdering ivareta kravet om koordinering av tjenestene. Kommunen deltar i et samarbeid med DPS om ambulante akutt tjenester, og kommunen er i ferd med opprette et såkalt FAKT team som skal jobbe ut mot brukere med omfattende hjelpebehov, lavt funksjonsnivå og som ikke kan nyttiggjøre seg av eksisterende hjelpetilbud. Vi anser at det er vesentlig å få FAKT teamet på plass. Elverum kommune har ikke noe samarbeid med andre om brukerstyrte tilbud. Vi anser brukerstyrte tilbud og ambulante tjenester til å være en av flere måter en kan organisere hjelpetilbudet på, og vi legger derfor ikke til grunn noen streng vurdering av dette. Det er vår oppfatning at kommunen har hensiktsmessige rutiner når det gjelder samarbeid om bruker/pasient opplysninger slik at disse deles når det er nødvendig, samtidig som brukernes/pasientenes rettigheter med hensyn til personvern er ivaretatt. Dette er også et tema som har vært fokusert spesielt på i flere av de enhetene vi har vært i kontakt med. **Kriteriet anses etterlevd, men det er rom for forbedring.**

Revisjonskriterie 7. omhandler samarbeid med frivillige og ideelle aktører. Som vi nevnte over har ikke kommunen noe samarbeid med andre om brukerstyrte tilbud til brukergruppen rus og psykiske helsetjenester. Dette er tilbud som vi har forstått, at fungerer godt i mange av de kommunene hvor de finnes. Det er tett sammenheng mellom de brukerstyrte tilbudene rundt om og frivillige og ideelle aktører i nærområdet som er opptatt av brukernes situasjon. Eksempelvis Mental helse. Vi mener at brukerstyrte tilbud kan være med på å sikre engasjement og kontinuitet i brukergruppen, som jo er en forutsetning for å lykkes med brukermedvirkning på systemnivå. Selv om Elverum kommune ikke samarbeider med andre om brukerstyrte tilbud, benyttes frivillige og ideelle aktører i forbindelse med tjenester på området. Ut fra de innspill vi har fått i intervju vurderer vi at kommunen har oversikt over frivillige og ideelle aktører som kan bidra.

Samarbeid med frivillige og ideelle aktører er en av flere strategier som nevnes i «Strategisk plan: Helse- og omsorg i Elverum 2016 – 2020». Vi kan ikke se at dette er fulgt opp i den dokumentasjonen vi har innhentet fra de ulike enheter. Vi legger til grunn at strategiplanene i kommunen gjenspeiles i for eksempel enhetsplaner, årshjul og prosedyrer i den enkelte enhet som skal sette strategien ut i livet. Ut fra tilbakemeldingene vi har fått gjennom intervjuer er det i en del tilfeller utfordringer med hensyn til å få brukerorganisasjoner/frivillige og ideelle organisasjoner til å engasjere seg overfor kommunen. Vi mener at kommunen ikke har klart å implementere dette strategipunktet for rus og psykiske helsetjenester og at det er behov for å operasjonalisere strategien i enhetenes styringsdokumenter. **Kriteriet anses delvis oppfylt.**

Revisjonskriterie 8. er rettet mot kommunens kvalitets-/styringsystem, og om dette fanger opp sårbarhet/risiko ved samhandling og samarbeid, som benyttes i forbedringsarbeid. I forbindelse med intervjuer har vi fått innspill på sårbare områder i tjenestene. Eksempler på dette er at:

- Det er de med mange ulike hjelpebehov, og der behovene endres raskt at det er størst risiko for svikt
- Det er krevende å få til et godt tverrfaglig samarbeid, og at det blir litt for mye silotenking mellom de ulike aktørene
- Det er lang ventetid for institusjonsbehandling i spesialisthelsetjenesten

- Det er for lite overlapp fra kommunen når brukere/pasienter overføres til og fra spesialisthelsetjenesten. Det oppnås ikke «sømløse» overganger
- Kommunen er sårbar med hensyn til opprettelse av individuell plan (IP) og koordinator. Utfordringer med å skaffe koordinatorene, sårbare når koordinatorene blir sykemeldte og det kan ta langt tid å få på plass IP og koordinator for den enkelte
- Det finnes IP'er som ikke brukes og som ikke er fulgt opp/evaluert på lang tid

Ellers opplever BUP at henvisningene fra fastlegene i mange tilfeller ikke er godt nok begrunnet, noe som kanskje ligger noe på siden av hva kommunen har ansvar for. Dette vil i tilfelle kommunen måtte påvirke gjennom møter med Allmenlegeutvalget, jfr. samarbeidsavtale mellom fastlegene og helse og omsorgstjenesten i Elverum kommune (2020).

Risikoområder som overganger mellom tjenestenivåer, saksbehandlingstid, sårbarhet med hensyn til ressurser/personell, økt behov for tjenester innen psykiske helsetjenester og lite kapasitet til forebyggende arbeid på rus-området er også nevnt i kommunens ROS analyse eller ROS på sektor-/enhetsnivå. Disse forholdene vil kunne virke inn på det å sikre helhetlige og koordinerte tjenester. Ut fra dette mener vi at sårbarhet ved samhandling og samarbeid fanges opp og tydeliggjøres i kommunens kvalitets-/styringssystem. Det er vårt inntrykk at dette også benyttes i forbedringsarbeidet. For enkelte risiko-området vil imidlertid tilgangen på ressurser ha betydning for muligheten til å innføre risikoreduserende tiltak. **Kriteriet anses etterlevd.**

For revisjonskriterie 9. gjelder hvorvidt kommunen har et system for innhente pasient/brukererfaringer og lignende opplysninger som kan brukes til å evaluere om tjenestene er helhetlige og koordinerte. Under problemstilling 1 har vi kommet frem til at kommunen har utfordringer med å skaffe til veie slik informasjon og at en i liten grad benytter denne typen informasjon systematisk for å evaluere tjenestene innen rus og psykisk helse. Dette gjelder også i forhold til om tjenestene er helhetlige og koordinerte. Evalueringer vil således heller være basert på tilbakemelding fra medarbeidere, avvikshåndtering, klager, tilsyn og signaler fanget opp gjennom møter med ulike samarbeidspartnere. Pasient-/brukererfaringer er imidlertid en viktig kilde til opplysninger som kan bidra til læring og utvikling på området. **Kriteriet anses som delvis etterlevd.**

Revisjonskriterie 10. kan knyttes til tilgjengeligheten for tjenestene, inkludert beslutningskompetanse i kommunen. Informasjon om de kommunale tjenestene innen rus og psykisk helse finnes lett tilgjengelig på kommunens hjemmeside. Her finnes også kontaktinformasjon for både akutte henvendelser og informasjon om tjenestene. Det finnes kommunale døgntilbud og akutt plasser til rådighet for brukergruppen. Dette er en brukergruppe der behovene for tjenester kan endres raskt og hvor det er nødvendig med en viss fleksibilitet. Etter hva vi har forstått vil de med behov få hjelp fra kommunen, selv om det ikke er søkt og innvilget et tjenestetilbud. Det formelle får man da på plass i ettertid. Ut fra dette anser vi at tjenestene er lett tilgjengelige for de som på eget initiativ tar kontakt med kommunen om hjelpebehov. **Vi anser kriteriet for etterlevd.**

Revisjonskriterie 11. omhandler innhenting av samtykke i forbindelse med deling av informasjon. Vi ser at spørsmål om samtykke tas opp med brukerne i forbindelse med kartlegging av behov og utforming av tjenestetilbudet til den enkelte. Det vil i mange tilfeller være behov for å dele informasjon om bruker med andre. Samtykkeskjema fylles ut og oppbevares sammen med den enkelte bruker sin journal. I journalsystemet vil en også finne dokumentasjon og informasjon fra andre tjenesteytere som det har vært behov for å dele slik at en kan oppnå kontinuitet i tjenesten/samhandling. Vi har gjennomgått et mindre utvalg av journaler, og det ser for oss ut som rutinen følges og at dette kan

dokumenteres. For forebyggende tjenester har man egen skriftlig rutine for å innhente samtykke fra foresatte for samarbeid med fastlegene. **Kriteriet anses etterlevd.**

Revisjonskriterie 12. gjelder tiltak for å sikre at pasienter/brukere får tilbud om individuell plan (IP) og koordinator. Spørsmål om IP og koordinator er nedfelt i kartleggingskjema for nye brukere. Her kartlegges det om brukeren har hatt IP og koordinator, og om dette vil være et behov i fremtidige tjenester. Vi antar det vil fremgå av kartleggingskjema dersom en bruker ikke vil ta imot tilbud om IP og/eller koordinator. Vi fant et slik eksempel i vår gjennomgang av journaler. For brukere som mottar tjenester fra kommunen må spørsmålet om IP og koordinator tas opp når behovet for brukeren endres til å bli langvarig og sammensatt. Vårt inntrykk er at de som allerede får tjenester fra kommunen følges tett opp, og at spørsmål om IP og koordinator tas opp når behovet melder seg. Informasjon om IP og koordinator er ellers tilgjengelig på kommunens nettside.

Ut fra tilbakemeldinger i intervju, men også i forbindelse med gjennomgang av journaler er det vår vurdering at opprettelse av IP tar tid. Vi har videre fått innspill på at ordningen med IP og koordinatører sårbar og at det er en utfordring å få rekruttert koordinatører. Opplæring og holdningsskapende arbeid kan være et tiltak her. Ellers er det vår erfaring at rammene for koordinatoroppgaven ofte er uklare, og at det er derfor at ansatte kvier seg for å ta på seg denne oppgaven. Hva oppgaven innebærer, hvor tidskrevende den er og ikke minst hvordan det tilrettelegges i forhold til øvrige arbeidsoppgaver, er viktige spørsmål i denne forbindelse. Det er nedsatt en prosjektgruppe for å se på dette i kommunen, og denne vil forhåpentligvis komme med forslag som gjør tiltaket mer tilgjengelig. Vi mener at kommunen har tiltak for å sikre at pasienter/brukere får tilbud om individuell plan og koordinator i tråd med lovkravene. **Kriteriet anses etterlevd, men at det er rom for forbedring.**

Revisjonskriterie 13. er rettet mot bruk av kriseplaner. Vi har sett at det for noen av brukerne som mottar tjenester innen rus og psykisk helse, er utarbeidet kriseplaner. Disse brukerne har ofte sammensatte og varige tjenestebehov, og er de samme som har krav på IP og koordinator. Kriseplan er da også gjerne utarbeidet i tilknytning til en IP. Det er gjerne i forbindelse med mottatte tjenester fra spesialisthelsetjenesten at det er utarbeidet kriseplaner, og det er vårt inntrykk at dette sjelden blir gjort i kommunen. De kriseplanene vi har sett i forbindelse med journalgjennomgang mener vi spesifiserer samhandling og ansvar for de ulike aktørene/kontaktene som er oppgitt i planen. **Kriteriet anses etterlevd.**

7 Betydningen av innsparinger i kommunen

Problemstilling 3:

Hvilke konsekvenser har innsparinger i kommunen, og eventuelle endringer i tilbudet på grunn av dette, hatt for tjenesten for psykisk helse og rusomsorg?

7.1 Revisjonskriterier for problemstilling 3

Dette er en beskrivende problemstilling som det er ikke utledet revisjonskriterier til. Avslutningsvis i kapitlet har vi gjort en oppsummering av de innspill som er kommet gjennom intervju i ulike enheter i kommunen, med DPS, BUP og Mental helse.

7.2 Datagrunnlag

Vi presenterer innledningsvis data innhentet fra de kommunale enhetene, mens data fra DPS og BUP presenteres til slutt.

7.2.1 Data fra kommunale enheter

Enheten rus og psykiske helsetjenester var etter hva vi har fått opplyst gjennom en stor omorganisering i 2015/16 som innebar en 30% reduksjon av antall ansatte, og enheten mistet mange erfarne ansatte den gangen. Etter omorganiseringen satt en igjen med 21,6 årsverk i enheten. I ettertid har den lovpålagte delen av tjenesten (tjenester som tildeles etter vedtak) økt som en konsekvens av omleggingen i spesialisthelsetjenesten. Kommunen har fått overført større og større oppgaver i denne forbindelse, spesielt i tilknytning til ressurskrevende brukere. I enheten rus og psykiske helsetjenester har dette blitt organisert som bofelleskap, som det er opprettet to av etter 2017. Antallet årsverk har således økt til 42,6 årsverk i dag. Det har ikke vært nedbemanning eller nedskjæringer i enheten de siste årene, men enheten har heller ikke fått tilført ekstra midler eller blitt styrket, for eksempel som følge av opptrappingsplanen for psykisk helse.

Fra enhet for forebyggende tjenester har vi fått opplyst nedlegging av familieteamet og utekontakten i Elverum våren 2018 er den siste vesentlige omorganiseringsprosessen for deres del. Enhetsleder kom som nytilsatt rett inn i nedbemanningsprosessen i tilknytning til nedleggelsen. Etter det har det ikke vært direkte nedbemanning i enheten, men på grunn av økonomien i kommunen er tjenestene begrenset til skal/må tjenester. Det vil si at en del forebyggende tiltak ikke kan gjennomføres. Enhetsleder kunne ønske at enheten kunne hatt eller deltatt i tiltak i hjemmet, eller hatt flere aktivitetstilbud for barn og unge. En hadde tidligere aktiviteter for barn og unge blant annet på Friskliv. Våren 2021 var ellers deler av enheten, på grunn av covid 19, i noen grad omdisponert til smittesporing og vaksinerings.

Fra kommunepsykologene har vi fått opplyst at det i 2017/2018 var ansatt tre kommunepsykologer i 100% stilling i Elverum kommune. Etter at to av disse sa opp jobben ved årsskifte 2019/2020 ble det ikke ansatt mer enn en ny psykolog. Antallet psykologer i kommunen har etter det vært to, og det er heller ikke planer om å ansette flere. Ut over dette har det for så vidt ikke vært snakk om innsparinger. Tidligere var kommunepsykologene tilknyttet forebyggende enhet, men fra 2019 har psykologene vært organisert direkte under sektorleder for familie og helse. Tanken er da at de skal jobbe mer på systemnivå og på tvers av sektorer og enheter i kommunen.

Det psykologtjenesten erfarte våren 2021 var at pågangen av brukere med kliniske behov økte markant og at det ble mindre og mindre tid til folkehelsearbeid og forebyggende arbeid innen psykisk helse. Mye av dette skyldes pandemien, og kommunepsykologene uttrykker bekymring i denne forbindelse. Vi har ellers fått opplyst at oppgavene til de to psykologene som sluttet, ble slått sammen til en ny psykologstilling. Resultatet av dette ble at denne nye psykologstillingen fikk pasientgrunnlaget til de to andre psykologstillingene (barn og deres foreldre 0-5, elever på Elverum VGS 18 år), og derfor fikk stillingen også indirekte en økning i klinisk behandlingsarbeid sammenlignet med hva den ville fått om man hadde fortsatt med å ha tre psykologer i tjenesten. Psykologtjenesten mener det er sannsynlig at dette på sikt, vil øke kostnadene for kommunen innen psykisk helse og rus fordi en ikke klarer å avverge eller stoppet et potensielt sykdomsforløp på et tidlig stadium.

For tjenestekontoret har det ikke vært store innsparinger de senere år, men de utfordres hvert år i forbindelse med budsjettet. Tjenestekontoret kunne ellers opplyse at kommunen gjorde en omlegging av enhet for rus- og psykisk helsearbeid for noen år siden som nok hadde betydning både med hensyn til omfang og kostnad, men leder ved tjenestekontoret kjenner ikke til detaljer rundt dette.

Fra NAV har vi fått opplyst at det ble gjort noen innsparinger i 2017 i tilbudet til de med rusproblemer. En hadde blant annet tilbud om et snekkerverksted som forsvant den gangen. Ellers forsvant utekontakten/oppfølgende team for ungdom som nok var et viktig tiltak for å fange opp hva som rører seg i rusmiljøene der de yngste holder til. Når det gjelder NAV er rusområdet i ettertid økt med en stilling som ruskonsulent, og det gjør tjenestene mindre sårbar. NAV kunne likevel ønsket seg mer ressurser for å kunne økt innsatsen på forebyggende arbeid. En kunne da også hatt oppsøkende virksomhet for å avdekke skjult rus.

Boligsosialt team er en liten enhet med tre ansatte og antall ansatte har vært stabilt de senere årene. Det var snakk om en nedbemanning for noen år tilbake, uten at dette ble noe av. Terje har deltatt i mange møter de siste årene der hensikten har vært å finne områder hvor man kan spare penger. Boligsosialt team genererer ellers noen inntekter til forvaltning av Husbankens ordninger. 0,25% av renten på startlån er øremerket forvaltning av ordningen, og generer ca. kr. 1,5 millioner per år. Dette er et argument for at det er lite å tjene på å nedskalere boligsosialt team.

7.2.2 Data fra eksterne samarbeidspartnere

Fra DPS Elverum har vi fått tilbakemelding på at mange av de som er ansatt der oppfatter at tjenestene for psykiske helse og rus var bedre før omorganiseringen i kommunen som ble gjort for noen år tilbake. Omorganiseringen utgjorde en reduksjon av tjenestetilbudet i kommunen. DPS Elverum har også inntrykk av at kommunen sliter med å finne ressurser til hjelpetiltak overfor enkeltbrukere. Noen kan ha behov for hjelpetiltak som er forholdsvis dyre.

Ved BUP Elverum er inntrykket at Elverum kommune hadde flere virkningsfulle tjenester tidligere enn hva kommunen har nå. Kommunen hadde tidligere utekontakt og ansatte miljøterapeuter ved skolene. Det har i en periode vært en kommunepsykolog i Elverum, mens det nå skal være ansatt en psykolog til. Det som mangler i Elverum kommune er ifølge BUP, tjenester som sikrer tidlig innsats og lavterskeltilbud som kan snu et psykisk helseproblem eller rusproblem på et tidlig stadium. Helsesykepleierne gjør en god innsats, men det blir for tilfeldig. At kommunen ikke har gode lavterskeltilbud gjør også at risikoen øker for at de som er ferdigbehandlet hos BUP kommer tilbake etter en stund.

BUP Elverum har ellers gitt innspill på at det er andre kommuner i nærområdet som er bedre enn Elverum innen psykisk helse/rusarbeid rettet mot barn og unge. Eksempelvis Trysil og Våler. Det er

viktig å ha kommunepsykologer på plass, ellers er det nyttig å opprette tverrfaglige team. For eksempel familieteam og psykisk helseteam.

7.3 Konsekvensen av innsparingstiltak - oppsummering

Tilbakemeldingene på hva slags betydning innsparingene i kommunen har hatt for tjenestene innen rus- og psykiske helsetjenester kan oppsummeres som følger:

- Etter at tjenestene gjennomgikk relativt store omorganiseringer for 3-4 år siden har tjenestene tilpasset seg nye rammebetingelser.
- I forbindelse med omorganiseringene som ble gjort forsvant det en del tilbud/tiltak for brukergruppen. Tilbud som er spesielt nevnt, og som tjenestene selv opplever at det er behov for er:
 - o Ulike aktivitetstilbud for brukergruppen. Både voksne og barn og unge.
 - o Utekontakten/oppfølgende team for ungdom som var et viktig tiltak for å fange opp hva som rører seg i rusmiljøet der de yngste holder til.
- Tjenestene i kommunen er begrenset til skal/må tjenester. Det medfører blant mindre innsats på forebyggende tiltak og oppsøkende virksomhet
- Antallet kommunepsykologer er redusert fra 3 til 2 stillinger. En har hatt en intensjon om å benytte psykologressursen mer som en rådgivningsfunksjon på tvers av sektorer og enheter i kommunen. Etter omorganiseringen erfarer psykologene at økt behov for klinisk behandling går på bekostning av oppgaver innen folkehelsearbeid og forebyggende arbeid innen psykisk helse.
- En mangler ressurser til forebyggende arbeid og oppsøkende virksomhet på rusområdet for å fange opp skjult rusmisbruk
- De eksterne samarbeidspartnerne innen psykisk helse og rusomsorg oppfatter at tjenestene i kommune er redusert de senere år og at dette spesielt har gått ut over lavterskeltilbud og tidlig innsats tjenester som kan snu et psykisk helseproblem eller rusproblem på et tidlig stadium. Fra deres ståsted opplever de at kommunepsykologressurser og tverrfaglige team er viktige innsatsfaktorer i kommunene.

Ellers merker vi oss at helsesykepleierne i Elverum har blitt omdisponert til smittesporing og vaksinerings i forbindelse med Covid19, noe som er det motsatte av hva statlige myndigheter har initiert. Samtidig melder for eksempel kommunepsykologene om økt pågang av brukerne med kliniske behov, nettopp på grunn av pandemien.

8 Etterleves kravene om brukermedvirkning?

Problemstilling 4:

Etterlever Elverum kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?

8.1 Revisjonskriterier for problemstilling 4

Utledning av revisjonskriterier for alle problemstillingene i prosjektet er beskrevet i sin helhet i vedlegg A til rapporten. Følgende kriterier (i kortform) gjelder for problemstilling 4:

14. Kommunen skal ha et system av prosedyrer som sikrer at tjenestetilbudet innen psykisk helse og rusomsorg utformes i samarbeid med bruker/pasient eller dennes pårørende/verge el.
15. Kommunen må ha rutiner som sikrer tilstrekkelig informasjon og veiledning om tjeneste- og behandlingstilbudet innen psykisk helse og rusomsorg til bruker-/pasient, eventuelt dennes pårørende/verge el. Slik at disse har en reell mulighet til å vurdere og velge mellom tilgjengelige tjenester/behandling.
16. Kommunen må ha et system for innhenting av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende, og at disse erfaringene benyttes i arbeidet med å evaluere tjenestene.
17. Kommunen må sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.
18. Kommunen må legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.
19. Kommunen skal ha oversikt over om det er risiko for svikt med hensyn til brukermedvirkning, og hvor det er behov for forbedringer.

8.2 Datagrunnlag

Data til denne delen av forvaltningsrevisjonen er innhentet ved intervjuer med nøkkelpersoner enheter som er sentrale med hensyn til psykiske helsetjenester og rusomsorg i kommunen, og Mental helse Hedmark. Mental helse er den av brukerorganisasjonene som oftest trekkes frem i forbindelse med brukermedvirkning på området rus og psykiske helsetjenester. Det er også innhentet synspunkter på brukermedvirkning fra DPS og BUP.

8.2.1 Data fra kommunale enheter

Enhet for rus- og psykiske helsetjenester understreker at når det gjelder prosedyrer/rutiner for å sikre at tjenestetilbudet utformes i samarbeid med bruker, er utgangspunktet at tjenestetilbudet i enheten er frivillig og basert på at den enkelte bruker ønsker tjenester og søker om å få dette. Tjenestekontoret gjennomfører en kartleggingssamtale med den enkelte, og tjenestetilbudet utformes sammen med brukeren og i henhold til brukerens behov. I forbindelse med utførelsen av tjenestene er det løpende dialog mellom bruker og tjenesteutøver, og tjenesteutøver vil ha en rimelig god oppfatning av hvordan den enkelte bruker og eventuelt pårørende vurderer de tjenestene de får. I forbindelse med tildeling av tjenester vil tjenestekontoret gi informasjon og veiledning om tjenestetilbudet. Det vil nok likevel variere i hvor stor grad brukeren selv er aktivt deltagende i utformingen av tjenestene de skal motta.

Relevant i forhold til løpende tilbakemeldinger på tjenestene er såkalte Feedback-informerte tjenester (FIT). Slike samtaler er benyttet i noen grad og her gis direkte tilbakemelding på tjenesten. Å benytte tilbakemeldinger herfra for å kartlegge brukertilfredshet er imidlertid ikke uproblematisk. En får mange gode tilbakemeldinger, men det er viktig å ta høyde for situasjonen samtalen er gjennomført i. Tilbakemeldingene vil i mange tilfeller være påvirket av lojalitet til den som yter tjenesten og vil av den grunn gi et skjevt bilde.

Enheten har opplyst at samarbeid med brukerorganisasjonene er preget av enkeltpersoner og at det ofte blir vanskelig å opprettholde kontakten ved utskifting av nøkkelpersoner. Det ble avholdt tre fellesmøter i 2019, og da sammen med NAV og boligsosial avdeling i kommunen som møter representanter fra Familieklubben, Anonyme alkoholikere og Mental helse. I 2020 har det ikke vært gjennomført noe møte på grunn av korona situasjonen. Enhetsleder Rus og psykiske helsetjenester liker å tro at det er åpen dialog med brukerorganisasjonene.

Brukerundersøkelser er gjennomført for brukerne i enheten, men det har vist seg vanskelig å få noe særlig svarprosent. Brukerne er enten veldig fornøyd eller veldig misfornøyd. Pårørendeundersøkelser kan også være utfordrende ettersom det er en del av brukerne som ikke ønsker kontakt med pårørende, eller at pårørende involveres i det hele tatt. Det ble etter hva vi har fått opplyst gjort et forsøk på en brukerundersøkelse i 2020, og av 522 brukere fikk en svar kun fra 5.

I enhet for forebyggende tjenester har vi fått opplyst at det benyttes mye individuelle støttesamtaler, og dette er samtaler der hensikten er, sammen med brukeren, å finne frem til muligheter på de utfordringer den enkelte bruker har. Når det gjelder informasjon og veiledning har helsesykepleierne en stor rolle i råd og veiledning til barn, unge og familien. De samarbeider med kommunepsykologene for kartlegging, oppfølging og eventuelt henvisning videre til riktig samarbeidspartner der det er behov for hjelp.

Når det gjelder innhenting av brukererfaringer har vi fått opplyst at det tidvis gjennomføres brukerundersøkelser. I Hjerterom-arbeidet er det ellers nedsatt egen foreldregruppe, samt at Ungdomsrådet i Elverum og Ungdommens fylkesting er involvert, og har hatt mulighet til å komme med innspill til utvikling av tjenestene i kommunen. Ungdomsrådet i Elverum er av nyere dato. Mer brukermedvirkning er et av utviklingsmålene for enheten for perioden 2021-2024.

Fra Kommunepsykologene har vi fått opplyst at en viktig del av kontakten med brukere/pasienter er å tilpasse tjenestetilbudet til den enkeltes behov og bli enige om hva slags målsettinger en skal ha for behandlingen. Hva som er status med hensyn til målsettingene evalueres underveis og etter endt behandling. Behandlingen er basert på samtaler og det er fast prosedyre å spørre om tilbakemelding på tjenesten som ytes i hver samtale. Ut fra tilbakemeldingen kan en gjøre justeringer i tjenestene for den enkelte bruker. Psykologene opplyser at de ser på tilbakemelding som viktig lærdom og benytter seg av tilbakemeldinger de har fått tidligere i møte med nye og eksisterende brukere av tjenesten. De tilbakemeldingene som kan generaliseres benyttes til å forbedre/tilpasse psykologtjenesten.

De fleste tilbakemeldingene fra brukerne gjelder innhold og kvalitet på den tjenesten de faktisk mottar, og det er mer sjelden at psykologene mottar tilbakemeldinger på behov for nye/andre hjelpebehov fra brukerne enn de de får. Denne typen tilbakemeldinger kommer derfor vanligvis fra samarbeidende instanser. Tilbakemeldinger av typen nevnt overfor fra brukere og samarbeidende instanser rapporteres til sektorleder minimum én gang i måneden på møter mellom sektorleder og psykologtjenesten, men rapporteres også løpende ved behov.

Når det gjelder informasjon og individuell veiledning til enkeltbrukere er dette en viktig del av samtalen, og det gis informasjon og veiledning om hva slags tjenester den enkelte har mulighet til å

motta. Kommunepsykologene har i intervju gitt innspill på at Elverum kommune mangler en tjeneste som jobber med hele familier. Kommunen hadde familieteam før. Og utover det ønsker de mer fokus på forebyggende arbeid.

Kommunepsykologene har ikke befatning med brukermedvirkning på systemnivå, som for eksempel brukerundersøkelser og dialog med brukerorganisasjoner.

Tjenestekontoret står for kartlegging av brukere på området og utredning av behov. Vi har fått opplyst at det da er viktig å få innspill fra brukerne selv om hva de mener kan hjelpe dem. Enheten benytter et eget kartleggings skjema i dette arbeidet. Enheten har presisert at skjema og rutiner ikke er altomfattende med hensyn til alt en må huske å spørre om i gitte situasjoner. Det er i denne forbindelse viktig å ta i betraktning at tjenestekontoret har erfarne medarbeidere som er kjent i systemet og som kjenner verktøyene og tjenestetilbudet godt. De vil da kunne følge opp det den enkelte bruker/pasient forteller, og informere om relevante tjenester for den enkelte. Tjenestekontoret er ikke i befatning med innhenting av brukererfaringer på systemnivå, kontakt med brukerorganisasjoner etc.

Fra NAV har vi fått opplyst at ruskonsulentene er veldig tett på brukerne. De skriver planer sammen og ruskonsulentene kan også delta sammen med brukerne i møter, for eksempel med DPS. De kan også stå for transport til og fra møter etc. De har ellers lang erfaring og kjenner hjelpetilbudet for brukergruppen godt. Ruskonsulentene sitter med god informasjon over de forskjellige behandlings institusjoner og hvilke institusjoner som kan være bra for den enkelte bruker.

Når det gjelder brukermedvirkning på systemnivå deltar NAV på møter/samlinger sammen med enhet for rus- og psykiske helsetjenester med AA, NA, mental helse og familieklubben der det innhentes innspill fra disse brukerorganisasjonene. Vi har ellers fått opplyst at det er opprettet brukerutvalg for NAV, både for fylkesleddet og for NAV Elverum. NAV deltok også i et forskningsprosjekt for noen år siden i regi av UiO. I dette prosjektet var det også representanter fra brukerorganisasjonene.

Brugerundersøkelser for NAV sine tjenester ble gjennomført siste gang for 2 år siden. Undersøkelsen er skjevfordelt i forhold til de tjenester som NAV tilbyr, i og med at det kun var fysisk besøkende ved NAV kontoret som deltok. Undersøkelsen vil likevel være ganske treffende for gruppen rus/psykisk helse, ettersom dette er en gruppe brukerne som er i flertall når det gjelder fysisk besøk ved NAV kontoret.

NAV bidrar også med opplysninger til brukerplankartlegging. Rapporter fra denne kartleggingen viser at aktiviteter er det viktigste for brukerne for å komme tilbake og fungerer i samfunnet. NAV kontoret har også tilbud om individuell jobbstøtte (IPS) og erfaringene gjennom denne ordningen støtter helt klart opp under at brukergruppen psykisk helse og rus fungerer mye bedre når de kan være i jobb/aktivitet. IPS er, på samme måte som ruskonsulentene også adskilt fra ordinære NAV oppgaver. Ellers har GRIP prosjektet ansatt to brukerkonsulenter. GRIP har aktiviteter for rusmisbrukere og NAV henviser ofte brukere dit. Det er også mange av brukerne som er omfattet av aktivitetsplikten som i Elverum administreres av Jobbsentralen.

Boligosialt team har opplyst at de snakker mye med brukerne av tjenesten i forbindelse med søknader og de gir råd og veiledning i denne forbindelse. For ordningene i Husbanken søkes det elektronisk, men det er fullt mulig å benytte seg av en medhjelper når det søkes. Søknaden kan ikke sendes før alle nødvendige opplysninger er lagt inn. Der det foreligger en bo- og oppfølgingsavtale (BOFA) som vilkår for leieavtalen, er det presisert i boligflytprosedyren at avtalen skal inngås i dialog med leietakeren. Avtalen skal inneholde leietagerens forventninger til kommunen, kommunens krav

og forventninger til leietageren, regler om hjemmebesøk og hvem som er ansvarlig driftsenhet for avtalen i kommunen. BOFA brukes der leietaker tidligere har leid kommunal bolig og kommunen har opplevd boligsosiale utfordringer. Det er ikke så mange aktive BOFA avtaler til enhver tid og for eksempel enhet for rus- og psykiske helsetjenester avslutter avtalen dersom leietaker ikke ønsker deres tjenester. Kommunen har ingen sanksjoner ved brudd av avtalen som ikke innebærer brudd på husleiekontrakt eller husordensreglene. Leietagere vil få oppnevnt en kontaktperson i kommunen. Ellers har boligsosialt team vanligvis åpent mottak 2 timer to dager i uka, men dette har ikke vært tilfelle under koronapandemien.

8.2.2 Data fra Mental helse Hedmark

Fra Mental Helse Hedmark har vi fått opplyst at de ikke har hatt kontakt med Elverum kommune i noe eget opplegg for brukerorganisasjonene de senere år. Før hadde man en ordning der brukerorganisasjonene møtte kommunene et par ganger i året for å diskutere problematikk rundt psykisk helse og rus. Dette fungerte godt. Hva som er årsaken til at denne ordningen ligger nede er ikke godt å si. Alle kommuner skal ha eget råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne og det er mulig at saker som gjelder psykisk helse og rus behandles i dette utvalget. Erfaringsmessig får dette rådet sakene til behandling alt for sent, og gjerne etter at sakene egentlig er avgjort. Mental Helse har fått forespørsel om å stille kandidater her, men hadde ikke mulighet til å stille. Det er da sannsynligvis ingen med spesielt kjennskap, eller engasjement for brukere med psykiske helseutfordringer i utvalget i dag.

Ansettelse av erfaringskonsulenter kan også være en årsak. Det har blitt ansatt noen erfaringskonsulenter også i Elverum, og dette har blitt litt «sovepute» for mange kommuner i forhold til å sikre aktiv brukermedvirkning. Det er viktig å være klar over at erfaringskonsulentene, som ansatte i kommunen, har en annen rolle enn hva brukerorganisasjonene kan bidra med, med hensyn til innspill og utvikling av tjenestetilbudet. Erfaringskonsulentene er i utgangspunktet ansatt for å gi råd og hjelp til mennesker som er i samme situasjon som de selv har vært, og kan ikke erstatte brukerrepresentanter i fagutviklingen.

Mental helse deltar imidlertid i ulike prosjekter på området, og det har vært deltagelse i prosjektgrupper i flere sammenhenger også for prosjekter som er gjennomført i Elverum, eller der Elverum har vært en av flere deltagerkommuner. Dette er for eksempel tilfelle i forbindelse med opprettelse av FACT team, som foregikk våren 2021. Her har Mental Helse en brukerrepresentant i styringsgruppa for prosjektet og de er invitert av DPS.

Mental helse oppgir ellers at det generelt er slik at spesialisthelsetjenesten er mye mer på hugget i forhold til å legge til rette for brukermedvirkning enn kommunene. Årsaken kan være at de har fått mye kritikk tidligere for å ikke inkludere brukerne, og at de vet at de vil måtte svare for det dersom de ikke følger opp. Ut fra mental helse sine antagelser om at saker som gjelder psykisk helse kan være behandlet i Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne, har vi sett gjennom sakene som behandles i de ulike rådene i Elverum kommune.

Råd og utvalg i Elverum kommune som representerer bestemte brukergrupper er eldrerådet, innvandrerrådet, ungdomsrådet og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne (tidligere; Rådet for personer med funksjonsnedsettelse). Ut fra møtedokumentene til disse utvalgene ser det ikke ut til at noen av disse rådene har behandlet saker som spesifikt er rettet mot tjenestene innen psykisk helse og rusomsorg i perioden 2017 til mai 2021.

8.2.3 Andre eksterne sine synspunkter på brukermedvirkning

Fra DPS Elverum har vi fått opplyst at individuell tilpasning av tjenestetilbudet og informasjon til pasient/bruker kan skje i henhold til beskrivelsene i pakkeforløpene, som legger opp til at det skal tas hensyn til pasientenes/brukernes innspill og ønsker. I forbindelse med individuell plan er det også pasientens/brukerens behov som er i fokus. DPS opplyser at de blir involvert i den grad det er behov for tjenester fra dem.

Når det gjelder brukermedvirkning på systemnivå er dette for DPS sin del ivare tatt på høyere nivå i helseforetaket. Brukerorganisasjoner er likevel invitert til å delta i ulike prosjekter som gjennomføres på K5 nivå eller i prosjekter som gjennomføres sammen med den enkelte kommune. Mental helse er for eksempel engasjert i forbindelse med innføring av FACT team. De var også med på «pårørendeprosjektet» som ble gjennomført i kommunene for litt tid tilbake. Mental helse er den brukerorganisasjonen som DPS i størst grad forholder seg til. Ettersom disse organisasjonene er basert på frivillig arbeid, og at engasjement og personer som har mulighet til å delta varierer over tid, kan det være vanskelig å få engasjert brukerorganisasjonene.

BUP Elverum opplyser at de ikke har noe samarbeid med Elverum kommune om brukermedvirkning og informasjon til pasientene/brukerne, og har da heller ikke kjennskap til hvordan kommunen ivaretar dette. BUP bruker pakkeforløpene innen psykisk helse, og disse skal blant annet bidra til å sikre brukermedvirkning for den enkelte pasient/bruker.

8.3 Revisors vurdering

Revisjonskriterie 14. er rettet mot om kommunen har et system av prosedyrer som sikrer at tjenestetilbudet innen psykisk helse og rusomsorg utformes i samarbeid med bruker/pasient eller dennes pårørende/verge el. Det vil være noe ulik innfallsvinkel til dette i de ulike enhetene vi har vært i kontakt med. Der det tildeles tjenester ved vedtak er tjenestekontoret involvert. I kartleggingsskjema som benyttes av tjenestekontoret legges det opp til dialog med bruker og hva som er dennes situasjon, ønsker og behov. Vi har i forbindelse med vår gjennomgang av journaler sett at dette dokumenteres i den enkeltes journal. Det er likevel ikke slik at denne brukergruppen har mange krav og formeninger om hva slags tjenestetilbud de skal ha, og veiledningsdelen i forbindelse med kartleggingen og videre oppfølging blir desto viktigere.

Brukerne kan følges opp på litt ulike måter alt ettersom hva slags tjenester de mottar. For de med omfattende tjenestetilbud ivaretas brukermedvirkning i den daglige dialogen. For samtaltjenestene og for de som har individuell plan er hensikten nettopp det å kartlegge ønsker og behov hos bruker og å beskrive hva man ønsker å oppnå. Vi har inntrykk av at disse tjenestene evalueres jevnlig, opp mot det man har planlagt. Ellers vil også pakkeforløpene innen rus og psykisk helse, som først og fremst spesialisthelsetjenesten følger opp, ha fokus på brukernes ønsker og behov. **Kriteriet vurderes å være etterlevd.**

Revisjonskriterie 15. omhandler den informasjon og veiledning brukerne innen psykisk helse og rusomsorg, eventuelt deres pårørende/verge, får om tjeneste- og behandlingstilbudet. Hensikten er at brukerne skal få en reell mulighet til å vurdere og velge mellom tilgjengelige tjenester/behandling. For de som får tildelt tjenester etter vedtak, vil som nevnt over, god veiledning og informasjon være spesielt viktig for brukergruppen innen rus- og psykiske helsetjenester. Det er her et viktig poeng at kommunen har erfarne saksbehandlere som har god kjennskap til tjenestene.

Når en bruker først har fått tildelt tjenester fra kommunen er det videre vårt inntrykk at tjenesteyterne følger opp sine brukere med relevant informasjon for den enkeltes situasjon og utvikling. Vi mener utfordringen her, i større grad, er at tjenestetilbudet er rimelig snevert og at brukerne i utgangspunktet ikke har noe særlig med valgmuligheter. Vi har fått noen tilbakemeldinger på at eksisterende tjenestetilbud ikke er dekkende for de behov som finnes i kommunen. Dette gjelder forebyggende og oppsøkende virksomhet, lavterskeltilbud, samt tilbud som ivaretar hele familier. Det er flere som har uttrykt bekymring for tjenestetilbudet til barn og unge. For å sikre et godt tilbud til brukergruppen vil systematisk kartlegging av brukererfaringer og tjenesteyternes erfaring være viktig. **Kriteriet vurderes som etterlevd**

Revisjonskriterie 16. gjelder kommunens innhenting av erfaringer fra den enkelte pasient, bruker og pårørende, og at disse erfaringene benyttes i arbeidet med å evaluere tjenestene. Vi har forstått det slik at dette er et krevende område for kommunen ettersom det er vanskelig å få tilbakemeldinger fra en del av brukerne overhodet, og at de tilbakemeldingene en får i liten grad er representative. Vi har ikke kjennskap til at kommunen har prøvd å innhente erfaringer fra pårørende der det er mulig, opprette brukerutvalg eller vurdert andre plattformer for formidling av brukerundersøkelser. Vi mener kommunen holder seg innenfor de krav som stilles med hensyn til brukermedvirkning, men at systemet for innhenting av brukererfaringer kan forbedres. Vi har tidligere i rapporten vurdert at innhenting og bruk av brukererfaringer blir tilfeldig. Dette er imidlertid en viktig del av kommunens plikt i henhold til helse og omsorgstjenesteloven, som pålegger kommunen å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring av tjenesten. Vi mener derfor at kommunen bør følge opp temaet, og prøve å finne frem til et system og metoder som gir mer pålitelige resultater. Vi vil anta at det vil være hensiktsmessig å engasjere fagmiljøet i denne forbindelse.

For oss virker det som at løpende tilbakemeldinger fra møter med brukerne er måten det er størst sjanse for å få tilbakemeldinger på. Det vises her til kommunepsykologene som har som fast rutine å innhente brukernes vurdering av samtaler de har hatt, og hvilke ønsker brukerne har for videre kontakt etter hvert brukermøte. Generaliserbare tilbakemeldinger de får benyttes så til videreutvikling av tjenesten. I henhold til kvalitetsforskriften mener vi at et slik system for innhenting og bruk av brukererfaringer til læring og utvikling bør dokumenteres og innarbeides i de ulike enheter sine prosedyrer. Slik dokumentasjon har vi ikke fått oss forelagt, men unntak av kommunepsykologenes prosedyre for klinisk arbeid. **Kriteriet er kun delvis etterlevd.**

Revisjonskriterie 17. går på om kommunen sikrer at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det er 3-5 år siden siste store omorganisering av tjenestene og de siste viktige strategidokumentene som omhandler tjenesten har vært behandlet, og vi har lite informasjon om hvordan representanter for brukerne ble involvert i disse prosessene. Når det gjelder Strategisk plan for helse og omsorg for perioden 2016 – 2020 ble denne sendt på høring til ulike instanser. Vi må anta at brukerorganisasjonene innen rus og psykiske helsetjenester var blant høringsinstansene. Ellers ble det arrangert møter, holdt dialogmøter og samlet innspill fra de kommunale rådene i kommunen. Dette står stikk i strid med innspillet fra Mental helse Hedmark (og for så vidt også våre erfaringer med hvordan disse rådene ofte fungerer), om at denne typen råd i mange tilfeller ikke blir involvert før beslutningene er gjort.

For rus og psykisk helse er det heller ikke sikkert at det er noen i disse rådene som har god kjennskap og engasjement for akkurat denne brukergruppen. Det vil variere over tid, selv om kommunen forsøker å rekruttere inn representanter fra ulike brukerorganisasjoner. Vi har ingen indikasjoner på at for

eksempel flytting av enheten rus og psykiske helsetjenester fra sektor familie og helse til sektor PRO eller omorganisering av psykologtjenesten har vært lagt fram for de kommunale rådene eller brukerorganisasjonene. Nå kan det sikkert legges ulik tolkning til grunn med hensyn til hva loven legger opp til her. Ut ifra fokus fra statlige myndigheter mener vi at det her må legges opp til en tett kommunikasjon. **Kriteriet anses etterlevd.**

Revisjonskriterie 18. omhandler tilrettelegging for samarbeid med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner. Fra intervjuer har vi fått tilbakemelding på at denne typen samarbeid har ligget nede de siste årene. Unntaket er opprettelse av FAKT team der Mental helse Hedmark deltar i prosjektgruppen. Etter hva vi har forstått hadde kommunen tidligere 1-2 fellesmøter med ulike brukerorganisasjoner og frivillige som tilbyr aktiviteter for brukergruppen. Tilbakemeldingen er at dette fungerte godt. Så ser vi at det er utfordringer med hensyn til engasjementet fra brukerorganisasjonene og de frivillige organisasjonene, og at disse i stor grad er personavhengig og at deltagelsen vil variere over tid. Vi ser for oss at en fikk mer stabilitet ved å benytte region eller fylkesleddet for disse organisasjonene der en ikke kan spille på helt lokale krefter, eventuelt gjennom samarbeid med nabokommunene. Kommunen bør vurdere om det er mulig å legge bedre til rette for slik samarbeid, og minner om at dette er et krav i helse og omsorgstjenesteloven. **Kriteriet er delvis etterlevd.**

Revisjonskriterie 19 er knyttet til hvorvidt kommunen har oversikt over risiko for svikt med hensyn til brukermedvirkning. Ut fra de tilbakemeldinger vi har fått gjennom intervjuer er det vårt inntrykk av at de kommunale enhetene innen rus og psykisk helse er klar over at de har utfordringer med hensyn til innhenting av brukererfaringer og det å sikre brukernes medvirkning i utvikling av tjenestene. De er også klar over utfordringer som kan oppstå for brukergruppen rus og psykisk helse når det gjelder brukernes medvirkning i egen sak.

Vi merker oss at brukermedvirkning er et av utviklingsmålene for enhet for forebyggende tjenester for perioden 2021-2024. Utover dette er det denne problematikken i liten grad omtalt i styringsdokumenter vi har blitt forelagt. Brukermedvirkning er for eksempel ikke spesielt nevnt som en risiko, for eksempel i overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse for tjenesteproduksjonen i 2020. Her finnes imidlertid mer generelle risikoforhold som at kommunen ikke skulle klare å levere forsvarlige tjenester, der medvirkning fra brukerne selvsagt vil være ett av mange momenter. **Kriteriet anses etterlevd.**

9 Konklusjon

Formål med denne forvaltningsrevisjonen har vært å kartlegge kommunens koordinering av tjenester overfor brukere med psykiske helseproblemer og rusproblemer, og se etter at kommunen sikrer at pasienter/brukere får et helhetlig og koordinert tilbud som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Det har videre vært et formål kartlegge hvilke konsekvenser innsparinger i kommunen har hatt for tjenestene innen psykisk helse og rusomsorg, og å se etter at kommunen etterlever de krav som gjelder for brukermedvirkning. Generelt sett mener vi at kommunen har styringssystemer som sikrer at tjenestene er i henhold til lovverk og statlige føringer og at tjenestene er koordinerte og helhetlige. Vi mener likevel det er tiltak som kommunen kan gjøre for å redusere risiko i denne forbindelse. Vi mener kommunen holder seg innenfor de krav som stilles med hensyn til brukermedvirkning, men at systemet for innhenting av brukererfaringer kan forbedres. Dette er omtalt nærmere i tilknytning til konklusjonen for den enkelte problemstilling.

Problemstilling 1: I hvilket omfang har Elverum kommune et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer?

Tjenestene i Elverum kommune er i denne forbindelse vurdert i forhold til internkontrollbestemmelsene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedringer i helse og omsorgstjenestene (Kvalitetsforskriften) som nettopp skal sikre forsvarlige helse- omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse og omsorgslovgivningen etterleveres. Kvalitetsforskriften stiller krav både til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av tjenestene. Selv om vi har avgrenset problemstillingen til å gjelde de tjenestene innen rus- og psykiske helsetjenester som er underlagt helse og omsorgstjenesteloven, mener vi at prinsippene som legges til grunn i kvalitetsforskriften er allmenngyldige for god internkontroll. En vil finne tilsvarende krav til internkontroll for de øvrige tjenestene i andre særlover eller i kommuneloven. I den forstand kan anbefalinger for denne problemstillingen gjøres gjeldene for alle tjenestene innen rus- og psykiske helsetjenester

Vi konkluderer med at Elverum kommune har et internkontroll/kvalitetssystem for tjenestene inne rus- og psykiske helsetjenester som er egnet til å sikre forsvarlige tjenester som er i henhold til lovverk og statlige føringer. Det er likevel rom for forbedring, og vi har pekt på følgende:

- Etter vår vurdering er de ulike enhetene vi har gjennomført kontroll i, på noe ulike stadier med hensyn utvikling av sine internkontroll/kvalitetssystem. Spesielt i forhold til dokumentasjon av systemet og oppfølging/evaluering. Etter vår vurdering er det sektor PRO som har kommet lengst med å utvikle et intern-/kvalitetssystem som tilfredsstillende kravene i lovverket.
- Kommunes kvalitetssystem har egen avviksmodule. Det virker på oss som at avvikssystemet er ganske nytt for de fleste av de enhetene vi har vært i kontakt med og at dette ikke har gått seg helt til ennå. Kommunen bør derfor fortsatt prioritere opplæring og holdningsarbeid knyttet til melding av avvik. Herav implementere rutiner for når/i for hvilke situasjoner det skal meldes avvik, og at det å melde avvik er et viktig bidrag til å utvikle tjenesten.
- Kvalitetsforskriften legger til grunn at kommunen skal foreta en systematisk gjennomgang og vurdering av hele styringssystemet minst en gang i året. I de ulike enhetene vi har kontrollert varierer det om en er underlagt prosedyrer for en slik systematisk gjennomgang, evt. og prosedyrene er dokumentert. Sektor PRO har en overordnet prosedyre for internkontroll, og vi mener at denne er et godt utgangspunkt for en slik gjennomgang. Men denne prosedyren kan også forbedres ved å ta inn beskrivelse av hva slags rapportering det legges opp til og en oversikt over hvilke(n) ekstern(e) informasjon/resultatindikatorer som skal legges til grunn

for vurdering av tjenesten. Vi mener en slik gjennomgang bør oppsummeres i en egen rapport.

Problemstilling 2: I hvilken grad sikrer Elverum kommune at pasienter/brukere innen psykisk helse og rusomsorg får et helhetlig og koordinert tilbud?

Vår konklusjon er at kommunen i stor grad har systemer som er egnet til å sikre koordinerte og helhetlige tjenester for pasient-/brukergruppen og at det oppnås tilfredsstillende samhandling, både internt i kommunen og med eksterne samarbeidspartnere. Men også her finnes det forbedringspunkter, som oppsummeres som følger:

- Det varierer hvorvidt de ulike kommunale enhetene med oppgaver innen rus- og psykiske helsetjenester har rutiner for samarbeid og/eller samarbeidsavtaler. Vi mener at slike rutiner/avtaler er viktige med hensyn til å formalisere samarbeidene, sikre kontinuitet og at det samarbeides målrettet og effektivt. Involvering i hverandres endrings- og utviklingsprosesser er en viktig del av samarbeidet, og bør være en del av avtalen/rutinene for samarbeid mellom enhetene.
- For samarbeid mellom BUP og DPS er det først og fremst den overordnede samarbeidsavtalen mellom Elverum kommune og Sykehuset innlandet HF som gjelder. Vi mener denne avtalen blir for generell til at den er egnet for samarbeid på enhetsnivå. For DPS har kommunen i tillegg inngått en felles avtale med kommunene i Elverumregionen om akutte tjenester. Ettersom denne gjelder et avgrenset område, og er inngått før samhandlingsreformen for psykisk helse ble iverksatt med full styrke i kommunene, mener vi at kommunen bør vurdere om avtalen dekker samarbeidsbehovet en har med DPS i dag. Samarbeidet med disse lokale avdelingene av spesialisthelsetjenesten har også i noen grad vist seg å være sårbar med hensyn til utskifting av nøkkelpersonell. Vi mener det ville vært hensiktsmessig å ha egne avtaler med det lokale DPS og BUP der en nedfeller skriftlig hva det skal samhandles om, utviklingsområder, faste samarbeidsmøter, hensikten med møtene etc. Vi mener at slike avtaler vil gjøre samarbeidet mindre sårbart. Kommunen er her selvsagt avhengig av velvilje fra helseforetaket sin side.
- Samarbeid med frivillige og ideelle aktører er en av flere strategier som nevnes i «Strategisk plan: Helse- og omsorg i Elverum 2016 – 2020». Vi kan ikke se at dette er fulgt opp i den dokumentasjonen vi har innhentet fra ulike enheter innen rus- og psykiske helsetjenester. Vi legger til grunn at strategiplanene i kommunen bør gjenspeiles i for eksempel enhetsplaner, årshjul og prosedyrer i den enkelte enhet som skal sette strategien ut i livet. Fra intervjuer har vi fått innspill på at det i en del tilfeller er utfordringer med å få brukerorganisasjoner/ frivillige og ideelle organisasjoner til å engasjere seg overfor kommunen.
- Det virker som ordningen med individuell plan og koordinator er sårbar og at det kan ta tid å få denne typen tiltak på plass. Det kan også være utfordringer med å skaffe koordinatører nok, men dette gjelder i mindre grad rus og psykisk helse. Vi er informert om at kommunen har nedsatt en gruppe som skal se på ordningen og denne vil forhåpentligvis komme med forslag som gjør tiltaket mer tilgjengelig.

Problemstilling 3. Hvilke konsekvenser har innsparinger i kommunen, og eventuelle endringer i tilbudet på grunn av dette, hatt for tjenesten for psykisk helse og rusomsorg?

Vi har i forbindelse med intervjuer kartlagt hvordan relevante enheter i kommunen, sentrale eksterne samarbeidspartnere og en av brukerorganisasjonene opplever tjenestetilbudet i lys av en presset kommuneøkonomi. Problemstillingen er beskrivende og det er derfor ikke utledet noen revisjonskriterier i tilknytning til denne. Det er derfor heller ikke gitt noen anbefalinger i tilknytning til denne problemstillingen.

Det konkluderes med at tjenestene inne rus og psykisk helse har tilpasset seg de rammene som ble satt i forbindelse med omorganiseringene for noen år tilbake. Det er likevel verdt å merke seg at deler av tjenesten opplever økt pågang og at det i liten grad finnes ressurser til forebyggende innsats eller oppsøkende virksomhet. Dette er viktige innsatsområder for tjenestene rettet mot rus og psykisk helse. De forebyggende tiltakene fordi slike tiltak kan snu et psykisk helseproblem eller rusproblem på et tidlig stadium. Oppsøkende virksomhet er viktig fordi det er mange i pasient/brukergruppen som kvier seg for å ta kontakt med hjelpeapparatet. Dette medfører skult rus- psykisk helse problematikk som får utvikle seg til det verre, før hjelpebehovet blir åpenbart. Vi merker oss særlig tilbakemeldingen om at en ikke har gode tiltak for å fange opp hva som rører seg i rusmiljøet der de yngste holder til.

Problemstilling 4: Etterlever Elverum kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?

Brukermedvirkning kan skje på ulik måte og formålet kan være alt fra at den enkelte pasient/bruker har rett til å delta i utformingen av eget tjenestetilbud og til at representanter for brukerne skal få anledning til å delta i utviklingen av tjenestetilbudet. Med hensyn til utvikling av tjenestetilbudet forutsettes det også at kommunen innhenter og benytter brukererfaringer systematisk i utviklingsarbeidet.

Vår konklusjon på denne problemstillingen er at kommunen holder seg innenfor de krav som stilles med hensyn til brukermedvirkning på pasient-/brukernivå, men at systemet for innhenting av brukererfaringer og tilrettelegging for brukerrepresentanter kan forbedres. Vi kan oppsummere følgende forbedringspunkter:

- Systematisk innhenting av brukererfaringer kan for eksempel skje direkte i forbindelse med tjenesteutøvelsen, eller mer indirekte gjennom bruker-/ pårørendeundersøkelser eller via representanter for brukerne. For psykologtjenesten har vi sett at brukererfaringer innhentes samtidig med tjenesteutøvelsen og at dette er innarbeidet i enhetens prosedyrer. Vi har ikke funnet tilsvarende i andre enheters prosedyrer. Det gjennomføres også brukerundersøkelser, men på grunn av få svar blir ikke disse representative. Vi mener at innhenting og bruk av brukererfaringer blir for tilfeldig og at kommunen bør gjøre en innsats for å utvikle et system som gir mer pålitelig styringsinformasjon. Innhenting og systematisk bruk av brukererfaringer til utvikling av tjenesten bør innarbeides i enhetenes prosedyrer, eventuelt at dette dokumenteres med egen prosedyre
- Samarbeidet med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner som har sitt interessefelt innen rus og psykisk helse kan variere, og det har vært lite av slik samarbeid de siste årene. Koronapandemien kan ha hatt betydning her, men vi har også fått tilbakemelding om at engasjementet og deltagelsen fra disse organisasjonene i stor grad er personavhengig og at

samarbeidet kan stoppe opp av den grunn. Vi mener at kommunen bør vurdere om det mulig å legge bedre til rette for slik samarbeid.

10 Anbefalinger

Med bakgrunn i revisors vurderinger og konklusjoner anbefaler vi at Elverum kommune bør:

- a. Vurdere å bygge videre på sektor PRO sitt kvalitetssystem for etterlevelse av kvalitetsforskriften for alle enheter som leverer pleie- og omsorgstjenester på området rus og psykisk helse. Målsettingen med kvalitetssystemet er at det arbeides systematisk for å sikre god kvalitet og internkontroll i tjenestene, og at dette kan dokumenteres.
- b. Fortsette med opplæring og holdningsarbeid for å integrere systemet for avviksmeldinger i enhetene.
- c. Utarbeide prosedyrer som sikrer en samlet årlig gjennomgang og vurdering av styringssystemet innen tjenestene for rus og psykiske helse. Prosedyrene bør blant annet beskrive hvordan gjennomgangen skal rapporteres og gi en oversikt over intern og ekstern informasjon/resultatindikatorer som skal legges til grunn for vurderingen. Den årlige gjennomgangen bør oppsummeres i en egen rapport, eventuelt som en del av en felles rapport for kommunens helse og omsorgstjenester
- d. Vurdere om de ulike enhetene innen rus- og psykiske helsetjenester i større grad bør inngå samarbeidsavtaler/utarbeide rutiner for samarbeid. Avtalene/rutinene bør blant annet beskrive hvordan de ulike enhetene skal involvere hverandre i hverandres utviklingsarbeid.
- e. Inngå lokale samarbeidsavtaler med DPS og BUP som skisserer hva en skal samarbeide om, utviklingsområder, faste samarbeidsmøter, hensikten med møtene etc. Hensikten må være å få til et mer strukturert og mindre sårbart samarbeid.
- f. Følge opp strategien i helse og omsorgsplanen for 2016-2020 om å samarbeide med frivillige og ideelle organisasjoner og sikre at strategien operasjonaliseres og innarbeides i styringsdokumentene for de enhetene som har oppgaver innen rus og psykiske helsetjenester.
- g. Vurdere tiltak for å styrke ordningen med individuell plan og koordinator.
- h. Utvikle systemet for innhenting av brukererfaringer innen rus- og psykiske helsetjenester og sikre at systemet er tilstrekkelig dokumentert.
- i. Vurdere om det er mulig å legge bedre til rette for samarbeid med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner i forbindelse med utvikling av tjenestene innen rus og psykisk helse.

11 Kommunedirektørens uttalelse



ELVERUM KOMMUNE

Revisjon Øst IKS v/Jo Erik Skjeggestad
Postboks 84

2341 LØTEN

Kommunedirektørens kontor

Vår dato: 01.09.2021
Vår referanse: 2020004326-11
Arkiv: 20/4326
Deres dato:
Deres referanse: Jo Erik Skjeggestad
Vår saksbehandler: Kristian Trengereid

Uttalelse fra kommunedirektør vedr. forvaltningsrevisjonsrapport

Vi vil først takke for en nyttig gjennomgang av tjenestetilbudet innen psykisk helsearbeid og rusomsorg i kommunen. Gjennomgangen oppleves som nyttig, da den peker på forbedringsområder for å videreutvikle tjenesten og også system for internkontroll både for rus- og psykisk helsetjeneste, men også for kommunen i sin helhet.

Vi vil i det følgende knytte noen kommentarer til rapportens konklusjoner og anbefalinger.

Etterlevelse av lovverk og statlige føringer

I følge kommunelovens § 25-1, skal kommunen ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Internkontrollen skal inngå som en integrert del av ledelse og styring i kommunen. Dette innebærer at kommunedirektøren og kommunedirektørens ledergruppe skal involveres i internkontrollen, og da i særlig grad den sektorovergripende internkontrollen. Kommunens plikt til internkontroll har vært tema på kommunedirektørens ledergruppe gjennom 2019, 2020 og også i 2021. Felles kvalitetssystem er etablert, hvor det arbeides for å overføre arbeid med ROS-analyser til digitalt system. Vi har siden høsten 2019 jobbet med å utvikle og systematisere vårt arbeid med kommunens internkontroll. God egenkontroll kan sikre at kommunale oppgaver utføres til beste for innbygger og hensiktsmessig bruk av fellesskapets ressurser. Dessuten bidra til god økonomistyring og etterlevelse av lovkrav, samt forebygge risiko for misligheter og styrke tilliten til kommunen.

Kommunen tok blant annet i bruk felles digitalt avvikssystem fra 1. februar, men har grunnet pandemien ikke hatt god nok kapasitet til å følge opp implementeringen i like stor grad. Dette vil bli tatt tak i igjen så snart omfanget av ekstraordinært arbeid som følge av pandemien reduseres.

Det gjenstår som revisjonsrapporten peker på å systematisere arbeidet slik at resultater fra de ulike sektorer aggregeres til en samlet oversikt og gjennomgang på kommunedirektørnivå. En prosedyre/felles retningslinje som gir føringer for hvordan internkontrollen skal utøves i de ulike sektorene og i kommunen som helhet er tenkt å være ferdig innen utgangen av 2021.

Telefon	Adresse	Internett	E-post	Bank
62433000	PB.403, 2418 Elverum	www.elverum.kommune.no	postmottak@elverum.kommune.no	1822.85.40001

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Som det påpekes i revisjonsrapporten bør det utarbeides tilsvarende prosedyre, som *Internkontroll i PRO – overordnet prosedyre*, også for andre sektorer som leverer tjenester innen rus- og psykisk helse. Dette arbeidet er tenkt å være ferdig innen utgangen av 2021.

Internkontroll i PRO har vært utviklet gjennom mange år, og den overordnede prosedyren *Internkontroll i PRO* har som hensikt å beskrive alle momenter i internkontrollen og brukes som en sjekkliste og veiledning for leder på alle nivåer. PROs ledergruppe har diskutert forbedringen i revisjonsrapporten foreslår, og vil i løpet av året ha endret prosedyren slik at den også sikrer hvordan rapportering skal skje. Det vil også bli jobbet videre med å legge ekstern informasjon til grunn for gjennomgangen inn i prosedyren.

Det gjøres mye bra for å sikre god styring og egenkontroll i kommunen, men vi ser at vi må jobbe videre for å dokumentere og systematisere gjennomgang og vurdering av hele styringssystemet minst en gang i året.

Vi ser at vi i større grad bør innhente brukerefaringer for å sikre systematiske tilbakemeldinger fra pasient, bruker, pårørende, og også fra ansatte til bruk i forbedringsarbeid. I dag er dette ulikt integrert i de ulike avdelingene.

Kommunen har gjennom flere år arbeidet med LEAN som filosofi og metode for vårt forbedringsarbeid. Ulike sektorer og enheter har kommet ulikt med med systematisk forbedringsarbeid, og mye av arbeidet har stoppet opp i forbindelse med pandemien.

Sikrer kommunen et helhetlig og koordinert tjenestetilbud

Kommunen har i lengre tid arbeidet for å forbedre arbeid på tvers av sektorer og enheter internt, og det påpekes i rapporten at det er et skarpt organisatorisk skille mellom tjenesten til barn og unge under 18 år og de som er over 18 år, og at samarbeidsavtaler mellom de ulike aktørene vil redusere risikoen for silotenkning.

I forbindelse med at Elverum kommune er pilot i 0-24 samarbeidets Pilot for programfinansiering er ungdom, psykisk helse og rus løftet som et av våre utfordringsområder hvor tiltaksutvikling er igangsatt. Disse tiltakene har et forebyggende fokus som skal gi flere muligheter for å avdekke og følge opp ungdommers utfordringer:

- «UTSETT» skal iverksettes som et foreldrerettet aktivitet i skolens rusforebyggende arbeid. Vi vil gjennomføre Utsett i samarbeid med Korus Øst og sektor for Utdanning i januar 2022.
- LOS, en Los skal ansvar for å gi ungdom oppfølging og hjelpe ungdommene i kontakt med nødvendige hjelpetjenester og bidra til at hjelpen som gis i skolen eller av andre aktører er tilrettelagt. Los og miljø team er under utvikling samarbeid med flere sektorer og enheter
- MILJØTEAM, prosess pågår for å knytte tverrfaglig kompetanse og ressurser sammen for å kunne følge opp utsatt ungdom i skole, hjem og fritid. Los og miljø team er i prosess og skal være et utviklingssamarbeid med aktuelle sektorer og enheter.
- FLEXID, Et bevisstgjøringskurs for barn, ungdom og unge voksne med flerkulturell bakgrunn hvor fokus er identitet, tilhørighet, ressurser og utfordringer. Kurset skal også tilpasses foreldre. Flexid er gjennomført i en prøverunde på Elverum videregående skole og skal gjennomføres på 9 trinn på

Elverum ungdomsskole (EUS) etter høstferien og etter jul på Hanstad barn og ungdomsskole. Flexid for foreldre er under utvikling og vil prøves ut i samarbeid med EUS.

Oppstart av FACT Sør-Østerdal, hvor kommunene Åmot, Trysil og Elverum sammen med spesialisthelsetjenesten, (DPS) er med, er planlagt til 1. oktober i år. Hensikten er å sikre helhetlig og koordinert tilbud til brukere med omfattende rus- og psykiske helseutfordringer.

Den innsatsen frivillige lag og foreninger, og også enkeltindivider gjør for kommunen er uvurderlig, og viktig for kommunen. Kommunen har potensiale i å systematisere samarbeid med lag og foreninger. Innen rus- og psykisk helse er det spesielt mye godt frivillig arbeid rundt lavterskel tilbudet på Annekset.

Det er mye som er positivt, og vi er glad for at risiko for sårbarhet ved samarbeid og spesielt overganger fanges opp.

Når det gjelder individuell plan og koordinator har kommunen påstartet arbeid som blant annet skal bidra til å sikre bedre tilgang på, og raskere opprettelse av, koordinator også utenfor rus- og psykisk helsetjeneste.

Etterlevelse av kravene om brukermedvirkning

Vi er opptatt av at brukerne av våre tjenester har mulighet til å ytre seg, og deres tilbakemeldinger er viktig for kommunens forbedringsarbeid. Siden det ikke eksisterer lokalt brukerråd for målgruppen rus- og psykisk helse, vil vi i større grad benytte oss av region eller fylkesleddet for disse organisasjonene. Vi vil også ha større fokus på involvering og samarbeid av Rådet for mennesker med funksjonsnedsettelse i saker som omhandler rus- og psykisk helsetjeneste.

Oppsummert

Rapporten sier at Elverum kommune har styringssystemer som sikrer at tjenestene er i henhold til lovverk og statlige føringer og at tjenesten er koordinerte og helhetlige. Det påpekes at det er tiltak som kommunen kan gjøre for å redusere risiko, og at det system for innhenting av brukererfaring kan forbedres.

Kommunedirektøren ser det som tilfredsstillende at mange av våre ledere og ansatte har god kjennskap til de krav som stilles til tjenester innen rus- og psykisk helse, og kommunens styrings- og internkontrollsystem. Forbedringsarbeid er et kontinuerlig arbeid som krever høy bevissthet og at vi arbeider for å utvikle kultur for læring.

Revisjonens konklusjon og anbefalinger vil bli tatt med i det videre arbeidet for å sikre trygge, gode og helhetlige tjenester til våre innbyggere.

Med hilsen

Kristian Trengereid
kommunedirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendes derfor uten underskrift

Mottakere:
Revisjon Øst IKS v/Jo Erik Skjeggestad Postboks 84

2341 LØTEN

12 Referanser

- L 24.06.2011 nr. 30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- L 02.07.1999 nr. 64. Lov om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven)
- L 20.06.2014 nr. 42. Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (Pasientjournalloven)
- L 10.02.1967 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (Forvaltningsloven)
- L 02.07. 1999 nr. 63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- L 02.07.1999 nr. 61 Lov om spesialisthelsetjenesten mm. (Spesialisthelsetjenesteloven)
- F 28.10.2016 nr. 1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenestene (Kvalitetsforskriften)
- F 01.03.2019 nr. 168. Forskrift om pasientjournal (Pasientjournalforskriften)
- IS-2076 Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – Helsedirektoratet 2014
- IS-8/2012 Informasjonsskriv fra helsedirektoratet - Helsepersonell-loven med kommentarer
- Nasjonal veileder rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator – helsedirektoratet 2015 (siste oppdatering 2 desember 2020)
- Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Veileder til lov og forskrift) – Helsedirektoratet 2017 (siste oppdatering 29 oktober 2018)
- IS-1405 Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene – Sosial og helsedepartementet (2007)
- Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – Nye oppgaver til større kommuner, Kommunal og moderniseringsdepartementet (2015)
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – Nærhet og helhet, Helse og omsorgsdepartementet (2015)
- Mestre hele livet – regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)
- Prop. 15 S - Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020), Helse og omsorgsdepartementet (2015)

12.1 Internettreferanser

<https://www.elverum.kommune.no/>

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/barnevern-kartlegging-og-utredning-av-psykisk-helse-og-rus-hos-barn-og-unge>

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>

Vedlegg A: Utledning av revisjonskriterier

Om utledningen av revisjonskriterier

I dette dokumentet presenterer vi grunnlaget for de revisjonskriteriene som vi ønsker å anvende i forvaltningsrevisjonsprosjektet: *Tjenestetilbudet innen psykisk helsearbeid og rusomsorg i Elverum kommune*.

Revisjon Øst IKS forholder seg til Norges kommunerevisorforbunds standard for forvaltningsrevisjon, kalt *RSK 001*, som førende for kvalitetssikringen i gjennomføringen av forvaltningsrevisjonsprosjekter. Av denne standarden fremgår det at det skal utarbeides revisjonskriterier for problemstillingene som skal vurderes i et forvaltningsrevisjonsprosjekt. Revisjonskriterier er krav og forventninger som den eller de kontrollerte enhetene skal revideres/vurderes i forhold til. Revisjonskriteriene må være relevante, konkrete og i samsvar med kravene og føringene som gjelder for den eller de enhetene som skal revideres.

I dette dokumentet presenterer vi våre kriterier for tematikken tjenestetilbudet innen psykisk helsearbeid og rusomsorg i Elverum kommune. Revisjonskriteriedokumentet er et internt arbeidsdokument for revisjonen. Dokumentet vil likevel legges ved i prosjektets sluttrapport. For å sikre en god forankring av prosjektets vurderinger, blir revisjonskriteriene som hovedregel sendt til kommunedirektøren, som øverste ansvarlige leder for kommunens administrasjon. Kommunedirektøren kan delegerer gjennomgangen av kriteriene til andre i kommuneadministrasjonen, som for eksempel til den eller de enheter som skal kontrolleres.

Når vi oversender revisjonskriteriene ber vi om en tilbakemelding på om kommunedirektøren/revidert(e) enhet(er) opplever kriteriene som relevante for hvilke krav som kan stilles overfor tjenesteområdet.

For kriteriene i dette dokumentet har vi tatt utgangspunkt i relevante lovverk med forskrifter, nasjonale føringer og veiledere. Oversikt over kildene finnes i slutten av dokumentet. Av hensyn til revisjonens omfang vil det være aktuelt å avgrense hva vi undersøker. Vi tar derfor forbehold om at vi ikke nødvendigvis vil foreta vurderinger av samtlige av de fremsatte revisjonskriteriene.

Bakgrunn for bestillingen

Kontrollutvalget i Elverum kommune fattet i 2018 vedtak om å bestille en forvaltningsrevisjon rettet mot kommunale tjenester ovenfor brukere med psykiske helseproblemer og rusproblemer. Dette i henhold til prosjekt 11. i plan for forvaltningsrevisjon for Elverum kommune 2015 – 2019. Ettersom kontrollutvalget prioriterte andre oppgaver/forvaltningsrevisjoner ble revisjonsgjennomgangen stående på vent inntil nytt kontrollutvalg revitaliserte bestillingen vinteren 2020. Etter dialog med kontrollutvalget er formålet med forvaltningsrevisjonen:

... å kartlegge kommunens koordinering av tjenester overfor brukere med psykiske helseproblemer og rusproblemer, og se etter at kommunen sikrer at pasienter/brukere får et helhetlig og koordinert tilbud som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Det er videre et formål å se etter at kommunen etterlever de krav som gjelder for brukermedvirkning.

Formålet belyses gjennom å besvare følgende problemstillinger:

1. I hvilket omfang har Elverum kommune et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer?

2. I hvilken grad sikrer Elverum kommune at pasienter/brukere innen psykisk helse og rusomsorg får et helhetlig og koordinert tilbud?
3. Hvilke konsekvenser har innsparinger i kommunen, og eventuelle endringer i tilbudet på grunn av dette, hatt for tjenesten for psykisk helse og rusomsorg?
4. Etterlever Elverum kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?

Utledning av revisjonskriterier

Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1

Problemstilling 1:

I hvilket omfang har Elverum kommune et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer?

Tjenestetilbudet innen psykisk helsearbeid og rusomsorg er underlagt et omfattende lovverk og statlige føringer som legger viktige premisser for utvikling av tjenestene i kommunene. De statlige føringene utgjør i mange tilfeller presiseringer i forhold til innhold i lovverket og hva innholdet i tjenestetilbudet skal være. Psykisk helsearbeid og rusomsorg har vært i fokus de senere årene, og det er forventet en viss utvikling i kommunene på området. Både lovverk og de statlige føringene legger vekt på at tjenestetilbudet skal være helhetlig og koordinert. Det legges også vekt på at pasienter og brukere skal medvirke i egen behandling og at brukererfaringer skal være førende for utviklingen av tjenestene. Dette vil vi komme nærmere inn på når vi utleder revisjonskriterier for problemstilling 2 og 4.

For problemstilling 1 vil vi ta utgangspunkt i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (HOTj loven) og § 3-1. Denne paragrafen fastslår at kommunen skal kunne tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen. Dette gjelder alle pasientgrupper, også de med psykisk sykdom og de med rusmiddelproblemer (HOTj. Loven §3-1, 1 og 2 ledd). Denne paragrafen utgjør også internkontrollbestemmelsen for helse- og omsorgstjenestene i kommunen. 3 ledd lyder som følger:

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Den enkelte kommune er altså forpliktet til å ha et internkontrollsystem som blant annet sikrer at omfang og innhold i tjenestene, til enhver tid er i samsvar med lov og forskrift. Internkontroll er nært knyttet til det å oppnå kvalitet i tjenestene, og vi legger til grunn at målsettingen med kommunens internkontrollsystem er å sikre en tilfredsstillende kvalitet på tjenestene. I HOTj loven § 4-2 heter det at:

Enhver som yter helse og omsorgstjenester etter HOTj loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Ut fra dette kan en forvente at kommunen har et kvalitetssystem og at det arbeides systematisk for å sikre at kvaliteten på tjenestene til enhver tid er i henhold til de krav som stilles i lov og forskrift og at statlige føringer følges opp. Kvalitetssystemet skal også sikre at kommunens egne målsettinger på området følges opp. Det er utarbeidet egen forskrift om ledelse og kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenestene (Kvalitetsforskriften). I forskriftens § 1 heter det at:

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves

Kravet om forsvarlige helse og omsorgstjenester må ses i sammenheng med Lov om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven) § 4 hvor det heter at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. I følge kommentarer til lovens § 3 regnes alt personell som arbeider innenfor helse- og omsorg i kommunene som helsepersonell. I kommentarer til § 4 fremgår det at begrepet forsvarlighet er en rettslig standard, hvis innhold kan variere over tid. For det enkelte helsepersonell innebærer forsvarlighetskravet i utgangspunktet en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. I dette ligger blant annet en forventning om at nasjonale veiledere og retningslinjer følges. Hvordan kommunen etterlever bestemmelsene i kvalitetsforskriften vil da på sett og vis også si noe om hvordan kommunen etterlever lovkrav og nasjonale føringer på området.

I kvalitetsforskriften legges det til grunn at forsvarlige helse- og omsorgstjenester innebærer at kvaliteten på tjenestene skal ligge på et visst nivå. Forsvarlighetskravet gjelder på alle nivåer i helse- og omsorgstjenester i både privat og offentlig sektor for det enkelte helsepersonell og virksomheten. Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Kravet til forsvarlighet i tjenestelovgivningen pålegger videre virksomheten en plikt til organisering og etablering av rutiner og prosedyrer som sikrer forsvarlige helsetjenester.

Vi vil i det følgende omtale de bestemmelsene i kvalitetsforskriften som vi anser som de viktigste for at kommunene skal sikre et tjenestetilbud i henhold til lov og statlige føringer med bakgrunn i Helse direktoratets veileder «Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten – Veileder til lov og forskrift»

§6 handler om plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter. En viktig del av planleggingen er å ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten (§6c). Veilederen tar til orde for at det i tillegg til generelle krav og anbefalinger kan være hensiktsmessig å utarbeide egne krav til kvalitet for å møte forventninger fra brukere og myndigheter. Kommunen må ha rutiner for å følge med på, fange opp og implementere endringer i regelverk.

I §6 punkt d. finnes en bestemmelse som går på risikovurdering. Det å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer også å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten. I dette kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater, og at gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på

regelverk. I veilederen heter det at risikofaktorer forbundet med samhandling og overganger internt og eksternt bør særlig vektlegges. Dette vil være særlig relevant for problemstilling 2 som fokuserer på helhetlig og koordinerte tjenester. Pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere vil kunne bidra med verdifull innsikt om risiko. Deres erfaringer og innspill bør systematisk etterspørres og brukes, noe vi vil komme nærmere inn på under problemstilling 4.

Nært beslektet med kravet om risikovurderinger er §6 punkt g. som omhandler avvik. Det heter her at kommunen må ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Dette innebærer at ledelsen må sikre at det finnes oversikt over, og sørge for at tilbakemeldinger om avvik, erfaringer og evalueringer er tilgjengelige og trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver. Ansatte, pasienter, brukere og pårørende er viktige kilder til informasjon og kunnskap. I tillegg vil det være relevant å ta hensyn til tilsyn og eventuelle revisjoner som er gjennomført på området.

§ 7 i kvalitetsforskriften omhandler plikter i forbindelse med gjennomføring av virksomhetens aktiviteter. Dette innebærer blant annet å sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres (§7a). I veilederen heter det at det må legges til rette for at virksomhetens ledere og ansatte enkelt kan finne frem til de oppgaver, organisering og planer som gjelder dem. De bør også ha tilgang til informasjon som viser i hvilken grad drift og planer gjennomføres i samsvar med de rutiner som er bestemt. I henhold til §7 punkt c. er en viktig del av det å gjennomføre aktiviteter å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. Dette har tett sammenheng med endringer i lov og nasjonale føringer, risikovurderinger og kunnskap om avvik, og tilpasningene/tiltakene må nødvendigvis tilpasses lokalt. Forskriftsparagrafen har videre bestemmelser om medarbeidermedvirkning og bruk av pasient-, bruker- og pårørendeerfaringer (§7d og §7e)

§ 8 omhandler plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter. Her vil vi spesielt fremheve §8 punkt b. som går på å vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Fra veilederen er det presisert at virksomheten må forholde seg aktivt til lokal statistikk og informasjon om egen virksomhet. Videre må virksomheten følge med på nasjonal statistikk, som sier noe om egen virksomhet sammenlignet med andre, og ulike former for informasjon som kan brukes som grunnlag for læring og forbedring. Medarbeidere, pasienter, brukere og pårørende er viktige kilder for informasjon. Forskriften §8 punkt f. stiller videre krav om at en minst en gang årlig, systematisk gjennomgår og vurderer hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten

§9 i kvalitetsforskriften omhandler plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter. I det å korrigere virksomhetens aktiviteter ligger blant annet å sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres (§9b). I veilederen presiseres det at i tilfeller hvor det er avdekket svikt eller uønskede hendelser skal det igangsettes korrigerende tiltak. Det er videre ikke tilstrekkelig å iverksette tiltak uten å sikre at tiltakene faktisk virker, og veilederen

tar til orde for at tiltakene systematisk testes ut og følges av målinger for å dokumentere om de har effekt.

Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 1

Ut fra utledningen over kan vi i kortpunkter oppsummere følgende revisjonskriterier for problemstillingen:

1. Kommunen må i forbindelse med planlegging innen psykisk helse og rus innhente opplysninger og sørget for å ha oversikt over:
 - a. Relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten.
 - b. Områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
 - c. Avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
2. Kommunen må i forbindelse med gjennomføring av virksomheten innen psykisk helse og rus:
 - a. Sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres.
 - b. Å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen.
 - c. Sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.
 - d. Sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende
3. Kommunen må ha et system/rutiner for løpende vurdering av om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene for tjenestene innen psykisk helse og rus er egnet til å etterleve krav i helse og omsorgslovgivningen. Dette inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.
4. Kommunen må minst en gang årlig, systematisk gjennomgå og vurderer hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Tjenester innen psykisk helse og rusomsorg må være en del av denne gjennomgangen.
5. Kommunen må sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves på området psykisk helse og rusomsorg, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at det gjennomføres systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet på området.

Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 2

Problemstilling 2:

I hvilken grad sikrer Elverum kommune at pasienter/brukere innen psykisk helse og rusomsorg får et helhetlig og koordinert tilbud?

Det er nedfelt i helse og omsorgstjenesteloven § 4-1 at de tjenester som kommune tilbyr skal være forsvarlige og tilrettelagt slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Helse og omsorgstjenesteloven § 3-4 legger til grunn at kommunen har plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig, for å sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Det heter i loven at kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten best mulig kan virke som en enhet. I henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 skal også kommunens helse og omsorgstjenester legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene som helse- og omsorgstjenesten.

Det finnes egne regler for samarbeid mellom kommunen og regionale helseforetak (kapittel 6 i HOtj loven) og mellom kommunen og fastlegene. I forskrift om fastlegeordningen § 6 heter det at kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunen sitt helse- og omsorgstilbud.

En nærmere beskrivelse av hva som kan forventes når det gjelder helhetlige og koordinerte tjenester innen psykisk helsearbeid og rusarbeid finnes i helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring – 2014 (IS-2076)». Her understrekes det at det er tjenestenes ansvar å sørge for helheten, slik at det blir lett for bruker og pårørende å få oversikt, og finne frem til rett tjeneste. Generelt sett vil et godt samarbeid kreve at de ulike tjenesteutøverne utvikler felles forståelsesramme og begreps-forståelse. Det understrekes at tilgjengelighet er et viktig virkemiddel for samhandling. Både internt og mellom tjenestenivåer. For tjenester innen psykisk helse og rusomsorg heter det i veilederen at det er viktig å sikre at personell med beslutningskompetanse til å tildele tjenester alltid er tilgjengelig i kommunen. Det anbefales videre at sårbarhet ved samhandling, samhandlingsreformer og samarbeid må tydeliggjøres i virksomhetens eget styringssystem.

Med hensyn til samhandling innad i kommunen er veilederen opptatt av at samarbeidsformer og rolleavklaring tjenestene mellom bør avklares ut fra lokale forhold. Det understrekes også at fastlegene er en viktig del av samarbeidet. Veilederen tar også til orde for samhandling med ideelle og frivillige organisasjoner. Det heter at god samhandling krever at kommunene har oversikt over frivillige og ideelle aktører lokalt og regionalt, og at frivillige tiltak inkluderes i kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplaner og øvrig relevant planverk.

I forbindelse med samhandling med spesialisthelsetjenesten fremhever veilederen at samarbeidsavtaler må forankres på alle nivå, og at avtalene bør utformes slik at de ivaretar og sikrer nødvendige avklaringer på rus- og psykisk helse feltet. En må unngå det veilederen betegner som tjenestetomme rom, tjenestene må ses i sammenheng og en må involvere hverandre i endrings- og utviklingsprosesser. Det bør avholdes regelmessige møter. Det heter videre at gjensidig rådgivning, veiledning og kompetanseoverføring bør være en sentral del av tjenestenes strategi for å møte brukere med rett kompetanse på begge tjenestenivå. Dette kan oppnås ved at kommunene blir invitert til undervisning og opplæring i regi av spesialisthelsetjenesten og omvendt. En annen metode for

kompetanseoverføring som anbefales er hospitering. Tjenestene bør, uavhengig av nivå, definere seg som et felles tjenestenettverk der overgangen mellom tjenestenivåene er smidig og der parallell behandling er samstemt. Brukerstyrte tilbud kan være en måte å løse dette på. Det anbefales også å samarbeide om såkalte bruker- og pasientforløp.

Når det ytes helsehjelp vil det også være krav om pasientjournal. I henhold til lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) § 8 må virksomheter som yter helsehjelp sørge for å ha behandlingsrettede helseregistre for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt. Helsehjelp defineres i samme lov § 2, 1 ledd pkt. a. som enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.

Der det er flere ulike aktører inne i bildet vil det være hensiktsmessig å samarbeide om journalføringen, og legge til rette for innsyn. Dette reguleres av bestemmelsene i pasientjournalloven § 9 samarbeid mellom virksomheter om behandlingsrettede helseregistre, eventuelt av § 10 om etablering av nasjonale behandlingsrettede helseregistre. Vi vil spesielt fremheve at slik deling av informasjon må ivareta bruker/pasient sine rettigheter.

Det er mange tjenester internt i kommunen og eksternt som tjenestene inne psykisk helse og rus kan samarbeide med, og vi er nødt til gjøre en avgrensing i våre kontroller. Ut fra et risiko- og vesentlighetsperspektiv avgrensner vi derfor kriteriegrunlaget nevnt over til de samarbeidspartnerne vi anser for å være viktigst for de psykiske helsetjenestene og rusomsorgen i Elverum kommune. Internt i kommunen vil dette være Rus- og psykisk helsetjeneste, Forebyggende enhet, Kommunepsykolog, Boligsosialt team, Tjenestekontoret, Frisklivssentral, kommunale lavterskeltilbud, NAV og barnevern. Viktige eksterne samarbeidspartnere er Distrikts-psykiatrisk senter (DPS), Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), fastlegene og eventuelt psykiatriske sykehus, private behandlingstilbud og kriminalomsorgen.

Over har vi fokusert på hva kommunen bør ha vurdert med hensyn til system for å ivareta et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Det finnes imidlertid også spesifikke regler og anbefalinger som kommunen må forholde seg til i det enkelte tilfelle og for den enkelte bruker/pasient. Pasient/brukermedvirkning, og den enkelte pasient/bruker sin rett til å medvirke i egen sak, vil være sentralt med hensyn om den enkeltes opplevelse av helhetlige og koordinerte tjenester. Pasient/brukermedvirkning blir behandlet for seg selv under problemstilling 4, og blir av den grunn bare omtalt på et mer generelt plan under denne problemstillingen.

Individuell plan er et viktig virkemiddel for å koordinere tjenestetilbudet til den enkelte bruker/pasient. Bestemmelser om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet finner vi i helse og omsorgstjenesteloven kapittel 7. Det heter i § 7-1, 7-2 og 7-3 at:

Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

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 koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Formålet med individuell plan og koordinator er ifølge veilederen å sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse, styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient/bruker og eventuelt pårørende og styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer. Det presiseres at individuell plan ikke skal utarbeides uten samtykke fra pasienten eller brukeren eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende. Tilsvarende gjelder ved oppnevning av koordinator. Veilederen tilsier også at koordinerende enhet sine oppgaver og kontaktinformasjon fremgår slik at det er tydelig hvor pasienter, brukere helsepersonell, interne- og eksterne samarbeidspartnere skal melde behov for individuell plan og koordinator.

Forut for samtykke må pasienten eller brukeren få tilstrekkelig informasjon og veiledning om hva individuell plan innebærer. Kommunens veiledning bør fremme bruk av individuell plan og koordinator som et verktøy for helhetlige og gode tjenester. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, og sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift med individuell plan. Veiledningsplikten følger både av forvaltningsloven § 11, pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, siste ledd, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 og helsepersonelloven § 10. Retten til koordinator er uavhengig av om pasienten/brukeren har en individuell plan. I IS-1405 Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge (2007) anbefales det videre å opprette såkalte ansvarsgrupper. En ansvarsgruppe er også et samordningstiltak i og med at den har som oppgave å planlegge, følge opp og samordne enkelttiltakene fra ulike tjenester/tilbud for den enkelte pasient/bruker.

Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring – 2014 (IS-2076)» fremhever individuell plan og kriseplan som viktige samhandlingstiltak på individnivå. En kriseplan bør være praktisk og konkret, med navngitte tjenesteytere og telefonnummer. Det tas til orde for å spesifisere samhandlingsmønsteret for krisesituasjoner i planen ved å spesifisere når en skal involvere ansatte i kommune- og spesialisthelsetjenesten. En kriseplan bør inngå i individuell plan. Veilederen anbefaler også at kommunale tjenester deltar i planlegging og gjennomføring av ambulante tjenestetilbud i spesialisthelsetjenesten. Videre at brukerstyrte tilbud og ambulante tjenester, der kommunen og spesialisthelsetjenesten samarbeider, videreutvikles.

Ellers legger vi til grunn at vurderingen av om det gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud er underlagt kommunens kvalitetssystem. Det vil si at kommunen må ha et system for å innhente og evaluere pasient/brukererfaringer og annen informasjon med hensyn til om tjenestene er helhetlige og koordinerte, og at disse opplysningene benyttes til å evaluere og eventuelt forbedre tjenestetilbudet. Viktige kilder til forbedringsarbeidet kan fremskaffes gjennom systematisering av løpende tilbakemeldinger på tjenestetilbudet fra brukere eller pårørende, sluttsamtaler, klager og brukerundersøkelser.

Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 2

Ut fra utledningen over kan vi i kortpunkter oppsummere følgende revisjonskriterier for problemstillingen:

6. Kommunen må legge til rette for samhandling på systemnivå, internt i kommunen og med andre tjenesteytere/etater for å bidra til helhetlige og koordinerte tjenester, herunder:
 - g. At det finnes arenaer for samhandling som benyttes og fungerer
 - h. At det finnes avtaler, systemer, organisering og rutiner som formaliserer samarbeidet
 - i. Involvering i hverandres endrings- og utviklingsprosesser
 - j. At kommunen har koordinerende enhet i tråd med lovkravene
 - k. Samarbeid om bruker-/pasientforløp og videreutvikling av brukerstyrte tilbud og ambulante tjenester
 - l. Sikkert samarbeid om journaler
7. Kommunen må ha oversikt over frivillige og ideelle aktører lokalt og regionalt, og at frivillige tiltak inkluderes i kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplaner og øvrig relevant planverk.
8. Kommunen må sikre at sårbarhet ved samhandling og samarbeid fanges opp og tydeliggjøres i kommunens kvalitets-/styringssystem og benyttes i forbedringsarbeidet
9. Kommunen må ha et system for å innhente og evaluere pasient/brukererfaringer og annen informasjon med hensyn til om tjenestene er helhetlige og koordinerte, og at disse opplysningene benyttes til å evaluere og eventuelt forbedre tjenestetilbudet.
10. Kommunen må sikre at tjenestene innen psykisk helse og rus er lett tilgjengelige og at personell med beslutningskompetanse alltid er tilgjengelige i kommunen
11. Kommunen må ha rutiner som sikrer samtykke fra pasienten eller brukeren eller den som kan samtykke på vegne av pasient/bruker der det er behov for å utveksle informasjon om brukeren/pasienten.
12. Kommunen skal ha tiltak for å sikre at pasienter/brukere får tilbud om individuell plan og koordinator i tråd med lovkravene
13. Det utarbeides kriseplaner som spesifiserer samhandling og ansvar for de ulike aktører

Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 3

Problemstilling 3:

Hvilke konsekvenser har innsparinger i kommunen, og eventuelle endringer i tilbudet på grunn av dette, hatt for tjenesten for psykisk helse og rusomsorg?

Dette er en beskrivende problemstilling og det utledes av den grunn ingen kriterier som kommunen skal kontrolleres mot. Det vil være relevant å kartlegge eventuelle omorganiseringer de senere år og utvikling i tjenestene de senere år. For eksempel i forhold til antall ansatte og antall som ytes tjenester.

Vi ser videre for oss at kartleggingen skal synliggjøre hvilke av endringene i tjenestetilbudet de senere år som har hatt innsparing som formål, og hva slags betydning endringene har hatt for tjenestene innen psykisk helse og rusomsorg.

Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 4

Problemstilling 4:

Etterlever Elverum kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?

Det vil i forbindelse med denne problemstillingen være relevant både å kontrollere at kommunen har systemer og rutiner for å sikre brukernes medvirkning i egen sak, men også hvordan kommunen sikrer at pasient/brukergruppen blir hørt i forbindelse med utformingen av tjenestene innen psykisk helse og rusomsorg. Vi legger til grunn at pasient/brukererfaringer kan samles inn både gjennom den løpende drift og ved spesielle tiltak eller tilrettelegging. Eksempel på spesielle tiltak eller tilrettelegging kan være gjennomføring av brukerundersøkelser, systematisering av avvik og klager samt involvering av pasient/brukerrepresentanter i prosesser som gjelder endring av tjenestene.

Om medvirkning i egen sak:

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) gir blant annet bestemmelser om pasienter og brukere sin rett til medvirkning og informasjon. §3-1 fastsetter pasientens eller brukerens rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Rett til å medvirke innebærer 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. Dette følges opp med egne regler for informasjon til pasienter eller brukere under 18 år, og informasjon til pårørende/foresatte (Pasient og brukerrettighetslovens § 3-3 og 3-4). Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være tilstede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes.

Pasient- og brukerrettighetsloven har egne bestemmelser om kommunens opplysningsplikt. I lovens § 2-1 a, heter det at:

Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingssmessige opplysninger som vedkommende trenger for å ivareta sin rett

Retten det er snakk om er retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Informasjonsplikten er nærmere spesifisert i lovens 3-2. Det heter her at pasient/bruker skal få tilstrekkelig informasjon til å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Det skal også informeres om mulige risikoer eller bivirkninger. Paragrafen inneholder også bestemmelser om når det kan unnlates å gi informasjon, samt informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner. I henhold til § 3-5 skal kommunes personell, så langt som mulig, sikre seg at mottageren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen og opplysninger som er gitt. Ellers heter det i § 3-5 at opplysning om den informasjon som er gitt skal nedtegnes i pasientens eller brukerens journal.

Brukermedvirkning er også et krav i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Kvalitetsforskriften legger vekt på viktigheten av brukermedvirkning som kilde til

forbedring. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene tydeliggjør i paragraf 3 første ledd kommunens ansvar for medvirkning. Her heter det at:

«Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.»*

Etter forskriftens § 7 punkt e) plikter kommunen i forbindelse med gjennomføring av virksomheten, å sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Etter forskriftens § 8 plikter kommunen å evaluere virksomheten på bakgrunn av denne typen opplysninger. I veilederen til kvalitetsforskriften tas det til orde for at ledelsen systematisk må gjennomgå og drøfte resultatene av faste evalueringer som PasOpp, klager og andre tilbakemeldinger. Andre måter å skaffe denne typen opplysninger på kan være gjennom bruker/pårørende undersøkelser, evalueringsmøter eller sluttmøter med brukerne/pasientene. I henhold til kvalitetsforskriften § 6 punkt d) skal kommunen også ha oversikt over om det er risiko for svikt med hensyn til brukermedvirkning, og hvor det er behov for forbedringer.

I IS-1405 Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2007) legges det til grunn at brukerperspektivet er en grunnstein i det psykiske helsearbeidet for barn, unge og deres familier. Gjennom god informasjon, medvirkning og selvbestemmelsesrett gis brukerne innflytelse på egen situasjon og kan bidra med erfaringer, kunnskap og ønsker ved utviklingen av tjenestetilbudet. Nivå, profesjon og system bør tilpasse seg brukernes behov, ikke omvendt. Målet er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har innflytelse på egen livssituasjon. Selv om denne veilederen begynner å bli gammel er intensjonen den samme som i senere utredninger og veiledere på området. Brukermedvirkning er for øvrig like aktuelt for barn og unge som det er for voksne innen området psykisk helse og rusomsorg.

Brukermedvirkning på systemnivå

Brukermedvirkning på systemnivå er hjemlet i *helse og omsorgstjenestelovens* paragraf 3-10, pasienter og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner. Paragrafens tre første ledd har følgende ordlyd:

«Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.»

Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 4

Ut fra utledningen over kan vi i kortpunkter oppsummere følgende revisjonskriterier for problemstillingen:

14. Kommunen skal ha et system av prosedyrer som sikrer at tjenestetilbudet innen psykisk helse og rusomsorg utformes i samarbeid med bruker/pasient eller dennes pårørende/verge el.
15. Kommunen må ha rutiner som sikrer tilstrekkelig informasjon og veiledning om tjeneste- og behandlingstilbudet innen psykisk helse og rusomsorg til bruker-/pasient, eventuelt dennes pårørende/verge el. Slik at disse har en reell mulighet til å vurdere og velge mellom tilgjengelige tjenester/behandling.
16. Kommunen må ha et system for innhenting av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende, og at disse erfaringene benyttes i arbeidet med å evaluere tjenestene.
17. Kommunen må sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.
18. Kommunen må legge til rette for samarbeid med brukergruppernes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.
19. Kommunen skal ha oversikt over om det er risiko for svikt med hensyn til brukermedvirkning, og hvor det er behov for forbedringer.