

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT
RUS OG PSYKISK HELSE

GRUE KOMMUNE 2022-2023

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 – om rapporten

Denne rapporten er bygget opp pedagogisk med et kort sammendrag som går gjennom hovedfunnene og konklusjonen i forvaltningsrevisjonsprosjektet i første kapittel.



Vi har valgt å benytte en «trafikklysmode» for å illustrere hva vi mener er i henhold til krav på området, det som er godkjent med merknad, og det som ikke er i henhold til krav på området. Hver vurdering blir merket med henholdsvis grønt, gul/oransje og rødt.

Vi gjør oppmerksom på at vurderinger med gul/oransje og rødt vil følge av beskrivelser av de mangler og/eller forbedringsmomenter vi mener at tjenesten har. For le-

seren vil det derfor være nyttig å lese gjennom vurderingene som fremgår av underkapitlene for hver problemstilling, i tillegg til den informasjonen leseren får i sammendraget.

Rapporten er for øvrig utarbeidet med et digitalt tilsnitt og innehar lenker til ulike seksjoner av rapporten. Dette skal gjøre det enklere for leseren å navigere i rapportens innhold. Det er også lenket til de kilder som er digitalt tilgjengelige, for en mer interaktiv opplevelse av rapporten.

Rapporten er bygget opp etter NKRFs krav til sluttrapport i Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). Dette innebærer minstekravene til

- sammendrag,
- informasjon om bestillingen (kap. 1),
- problemstillingene (kap. 5-7),
- valg av metoder og vurdering av datagrunnlag (kap. 4),
- revisjonskriterier (vedlegg A),
- presentasjon av data (kap. 5-7),
- vurderinger (kap. 5-7),
- konklusjon (kap. 8),
- anbefalinger (kap. 9),
- referanser (kap. 11) og
- kommunedirektørens uttalelse (kap. 10).

I tråd med RSK 001, ønsker vi å fremheve at vi vektlegger at forvaltningsrevisjoner skal «bidra til et godt beslutningsgrunnlag for de folkevalgte styring og kontroll, og å bidra til læring».

Vi vil takke kontrollutvalget for oppgaven, og administrasjonen for tilrettelegging for en best mulig og effektiv gjennomføring av forvaltningsrevisjonsprosjektet.

Vi håper at leseren finner nytte i rapporten og vil benytte denne videre i forbindelse med en trygg og god forvaltning av tjenesteområdet.

Løten, den 5.3.2024

Magnus Michaelsen

Magnus Michaelsen
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Kristoffer Myklebust Roland-Svendsen

Kristoffer Myklebust Roland-Svendsen
Utøvende forvaltningsrevisor

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn for prosjektet	7
2	Formål og problemstillinger	7
3	Avgrensninger.....	7
4	Metode for revisjonen.....	8
4.1	Dokumentstudier	8
4.2	Intervjuer	8
5	Problemstilling 1 – Tjenestetilbudet innen rusomsorg og psykiske helsetjenester.....	10
5.1	Revisjonskriterier for problemstilling 1	10
5.2	Innhentet data.....	10
5.3	Revisors vurdering.....	22
6	Problemstilling 2 – Koordinering av tilbudet.....	27
6.1	Revisjonskriterier for problemstilling 2	27
6.2	Innhentet data.....	27
6.3	Revisors vurdering.....	37
7	Problemstilling 3 – Brukermedvirkning	41
7.1	Revisjonskriterier for problemstilling 3	41
7.2	Innhentet data.....	41
7.3	Revisors vurdering.....	46
8	Konklusjon	48
8.1	Hvordan sikrer Grue kommune at tjenestetilbudet innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverk og statlige føringer.....	48
8.2	I hvilken grad sikrer Grue kommune at pasienter/ brukere innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud?	48
8.3	Etterlever Grue kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?	48
9	Anbefalinger	49
10	Kommunedirektørens uttalelse.....	50
11	Referanser	52
	Vedlegg A: Revisjonskriterier	54

Sammendrag

Denne rapporten er resultatet av en forvaltningsrevisjon gjennomført i perioden februar 2023 – januar 2024. Formålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet har vært å vurdere om Grue kommunes arbeid med rus og psykisk helse er tilfredsstillende. Koordineringen av tilbudet internt i kommunen, så vel som mot andre tjenestenivåer, som fastlegene og spesialisthelsetjenesten har også blitt undersøkt. I rapporten har vi i tillegg sett på medvirkning fra brukerne/ pasientene. Prosjektet har hatt følgende tre problemstillinger:

1. Hvordan sikrer Grue kommune at tjenestetilbudet innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverk og statlige føringer?
2. I hvilken grad sikrer Grue kommune at pasienter/ brukere innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud?
3. Etterlever Grue kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?

Våre undersøkelser viser at kommunen har mye på plass av oversikt og utvikling, samt oversikt og distribusjon av regelverk, men kommunen mangler risiko- og sårbarhetsanalyse for enhet for Tilrettelagte tjenester og avdeling for Psykisk helse og avhengighet.

Kommunen har et aktivt forhold til avviksrapportering, men overordnede avviksrapporter brukes ikke i forhold til å kartlegge generelle risikoområder med henspill på en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse. Kommunen sørger for å tilgjengeliggjøre oppgaver, organisering og planer for de ansatte gjennom opplæring av nyansatte og gjennom ulike møtearenaer. Kommunen har også en oversiktlig praksis knyttet til kompetansetiltak for ansatte. Kommunen retter opp avvik ved at tiltak diskuteres på personalmøter og i workshoper. Styringsdokumenter korrigeres for å forebygge svikt.

I lederutviklingssamtaler gjennomgås delmålene fra kommunens utviklingsplaner og i lederavtaler. Disse evalueringene er imidlertid ikke skriftliggjorte, noe som medfører en risiko for at læringspunkter forsvinner med tiden og ved personellutskiftinger.

Kommunen har i tillegg en årlig gjennomgang av styringssystemet på overordnet nivå, en såkalt «systemrevisjon». Det er gjennomført flere omorganiseringer de siste årene: etablering av miljøarbeider-tjenesten, akutt plass i kommunens bofellesskap, «trepartssamarbeid» og «Samskapingsprosjektet». Likevel er det noe arbeid som gjenstår for å korrigere de identifiserte forholdene i sjekklister for systemrevisjonen for 2023.

Vi er i etterkant av datainnsamlingen blitt informert om at det er startet et arbeid med risiko- og sårbarhetsanalyse i Miljøarbeidertjenesten.

Vår konklusjon er at kommunen i det alt vesentligste sikrer at tjenestetilbudet innen rusomsorg og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverk og statlige føringer, gjennom kontinuerlig planlegging og et etablert styringssystem for rusomsorg og psykiske helsetjenester.

I undersøkelsene av å gi et helhetlig og koordinert tilbud innen rusomsorg og psykiske helsetjenester, har vi vurdert at Grue kommune tilfredsstiller de forventninger som stilles til samarbeid, koordinerende enhet og hjemmebesøk etter fødsel. Grue kommune har et forbedringspotensial i forhold til utarbeidelse og oppdatering av individuelle planer, gjennomføring av helsesamtaler på 8. trinn og å skaffe seg oversikt over elevens psykiske helsesituasjon. I tillegg har vi funnet at kommunen ikke har systemrettede planer og tiltak overfor elevens psykiske helse.

Vi noterer i tillegg at samarbeidet med fastlegene kunne ha vært tettere, og at kommunen ikke ser ut til å nå ut til foreldre med informasjon om psykisk helse og avhengighetstematikk.

Vår konklusjon er at pasienter og brukere i noen grad får et helhetlig og koordinert tilbud.

I undersøkelsen har vi funnet at Grue kommune ikke har aktive brukerorganisasjoner som deltar i det systematiske arbeidet for tjenesteutvikling. Kommunen har heller ikke gjort noe for å sikre at man får brukerperspektivet inn i den systematiske utviklingen av tjenestene. Kommunen har selv opplyst om at man kunne ha utpekt brukerrepresentanter, men har valgt å ikke gjøre dette. Det er imidlertid oppgitt at kommunen planlegger å styrke brukermedvirkningen gjennom «Midtpunktet brukerstyrt senter».

Vi har gjennom en stikkprøvekontroll sett at kommunen sikrer brukermedvirkning og evaluering av mottatt tjeneste i enkeltsaker.

Vår konklusjon er at Grue kommune ikke etterlever alle krav til brukermedvirkning innen rusomsorg og psykisk helse.

I tillegg til våre undersøkelser i forhold til de kriterier som skulle undersøkes, har vi i løpet av undersøkelsene fått informasjon om at kommunen ikke har ansatt barnekoordinator og at kommunen har manglet psykolog-/psykiatrikompetanse. Høsten 2023 ble det imidlertid ansatt psykolog i en 20 %-stilling, med plan om opptrapping fra og med juni 2024.

Basert på våre vurderinger og konklusjoner, har vi følgende anbefalinger:

1. Kommunen bør sørge for at det utarbeides risiko- og sårbarhetsanalyser for kommunens virksomhet, inkludert enhet for Tilrettelagte tjenester.
2. Kommunen bør vurdere tiltak som sørger for et bedre samarbeid med fastlegene i kommunen i sine ansvarsgruppemøter.
3. Kommunen bør sørge for at vurderte avvik og svakheter som avdekkes ved gjennomgang av styringssystem innen helsetjenester lukkes gjennom iverksettelse av egnede tiltak.
4. Enhetsleder bør vurdere å skriftliggjøre evalueringssamtalene med avdelingsledere i enhet for Tilrettelagte tjenester med hensyn til måloppnåelse i forhold til mål som er nedfelt i avtale med den enkelte leder.
5. Kommunen bør iverksette tiltak som sikrer at det gjennomføres helseundersøkelser på 8. trinn.
6. Kommunen må sikre at kravet til barnekoordinator, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, etterleveres.
7. Kommunen bør vurdere å iverksette tiltak som sikrer bedre oversikt over den psykiske helsesituasjonen i elevmassen, og forbedre informasjonsarbeidet rettet mot foreldregruppen.
8. Kommunen må sørge for brukermedvirkning på systemnivå for utvikling av tjenestene.

1 Bakgrunn for prosjektet

I henhold til kommuneloven § 23-2, punkt c, skal kontrollutvalget påse at det blir gjennomført forvaltningsrevisjon i kommunen. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak (§ 23-3, første ledd).

I sak G-29/22 bestilte kontrollutvalget i Grue kommune en forvaltningsrevisjon rettet mot rus og psykisk helse i Grue kommune. Revisjon Øst har fått i oppdrag å gjennomføre prosjektet.

I behandlingen av prosjektplan 24. mai 2022, ble revisjonen og kontrollutvalget enige om at forvaltningsrevisjonsprosjektet skulle ta utgangspunkt i barn og unge, og voksne. I diskusjonen i kontrollutvalget i dette møtet, kom man inn på at forebygging på lang sikt er ønskelig fra kommunens side, og at «nytteverdien» da er størst med hensyn til prioritering av barn og unge.

2 Formål og problemstillinger

Med utgangspunkt i lovverk, sentrale anbefalinger og kommunenes ansvar for grunnleggende tjenestetilbud til sine innbyggere, er formålet med denne forvaltningsrevisjonen å se etter at kommunen arbeider for å sikre at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykiske helsetjenester har et helhetlig og koordinert tilbud som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Dette med fokus på kvalitetsarbeid, samhandling og brukermedvirkning.

Dette belyses ved å besvare følgende problemstillinger:

1. Hvordan sikrer Grue kommune at tjenestetilbudet innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverk og statlige føringer?
2. I hvilken grad sikrer Grue kommune at pasienter/ brukere innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud?
3. Etterlever Grue kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?

Samarbeid eksternt gjøres først og fremst gjennom samhandling med NAV, fastleger og spesialisthelsetjenesten. Kommunens koordinerende enhet, eller Tildelingskontoret som det heter i Grue, har ansvaret for individuell plan, samt opplæring og veiledning av koordinator.

For å unngå skjevutvikling som kan resultere i psykiske vansker, er hjemmebesøk og oppfølging av foreldre viktig. Helsedirektoratet har skrevet anbefalinger om hjemmebesøk etter fødsel som er tenkt å gjøre noe med utfordringer som foreldre har i denne sammenheng. Videre er skolestartundersøkelser og helsesamtaler på 8 trinn andre kontaktpunkter barn og ungdom har, hvor psykisk helse, og etter hvert rus, kan diskuteres. Informasjon som skolehelsetjenesten og skolen har om elevenes psykiske helse, kan benyttes i systemrettede planer og tiltak for å gjøre noe med den psykiske folkehelsen i elevpopulasjonen.

Pasientmedvirkning er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 og forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator § 4, andre ledd. Samarbeid med brukeren er regulert i helse og omsorgstjenesteloven § 9-3 første ledd og pasient og brukerrettighetsloven § 3-1.

3 Avgrensninger

Problemstilling 1 omhandler hvordan kommunen sikrer at tjenestetilbudet innen rus og psykisk helse er i tråd med lov og forskrift. Disse tjenestene ligger til Tilrettelagte tjenester, og denne tjenesten har

derfor vært den sentrale kilden for de data vi har innhentet for våre vurderinger. Vi har valgt å ikke skille mellom tiltak for rusavhengige og tiltak for de med utfordringer innen psykisk helse.

Problemstilling 2 omhandler et helhetlig og koordinert tilbud. Vi har for denne problemstillingen basert oss på intervjudata og planverk fra Tilrettelagte tjenester, Koordinerende enhet, og Oppvekst.

Problemstilling 3 handler om hvorvidt Grue kommune etterlever krav som stilles til brukermedvirkning på området psykisk helse og rus. I våre vurderinger har vi basert oss på intervjudata fra Tilrettelagte tjenester, Koordinerende enhet og Oppvekst. Vi har valgt ut respondentene ut ifra hvem som har mest med brukermedvirkning å gjøre, og også her tilpasset intervjuguidene til hvordan man får relevante data for å besvare revisjonskriteriene.

Vi har i tillegg gjennomført stikkprøvekontroller av individuelle planer og pasientjournaler, fra fagsystemet Visma Profil. Dette for å se hvordan brukermedvirkning viser seg i dokumentasjon av tjenestetilbudet i kommunen.

4 Metode for revisjonen

Dokumentstudier og intervjuer er gjennomført i denne forvaltningsrevisjonen. Vi har gjort en tilfeldig gjennomgang av pasientjournaler i Visma Profil. Vi ble presentert med 9 av 15 individuelle planer. Intervjuene i prosjektet ble gjennomført i august 2023.

4.1 Dokumentstudier

Vi oversendte en dokumentbestilling med utgangspunkt i revisjonskriteriene den 12. mai 2023. Vi mottok de bestilte dokumentene i en epost fra kommunen den 26. mai 2023. Vi har ellers etterspurt dokumentasjon under intervjuene når respondenter har henviser til dokumenter.

I forvaltningsrevisjonsprosjektet har vi gjennomgått følgende dokumenter:

- Individuelle planer og pasientjournaler.
- Planer, beretninger, styringsrutiner, opplæringsrutiner, stillingsbeskrivelser, intern kommunikasjon, tildelingsbrev, skjema m.m. fra Grue kommune, som angår oppvekst og psykosomatisk helse (full oversikt i kildehenvisningen).
- «Rapport fra tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse i Grue kommune», tilsyn fra Fylkesmannen 2018.
- Samarbeidsrutiner med DPS og RVTS Øst
- Sykehuset Innlandet, «Evaluering av FACT-team i Norge», 2020
- Øvrig dokumentasjon som er gjengitt under den enkelte problemstilling.

4.2 Intervjuer

Vi gjennomførte intervjuer i siste halvdel av august 2023. Følgende intervjuer har blitt gjennomført:

- et fellesintervju med avdelingsleder Helsestasjon og Familieteam, samt en ansatt i Familieteam og Helsestasjon;
- enhetsleder Oppvekst, som også er rektor for Grue barne- og ungdomsskole;
- avdelingsleder Psykisk helse og avhengighet;
- enhetsleder Tilrettelagte tjenester;
- konstituert avdelingsleder for Tildelingskontoret;
- sosiallærer ved Grue barne- og ungdomsskole;
- fellesintervju med teamkoordinator i Miljøarbeidertjenesten;
- teamkoordinator i Samtaletjenesten;

- fagkoordinator Bofellesskap og særlig ressurskrevende tjenester;
- Ruskonsulent i avdeling for Psykisk helse og avhengighet;
- SLT-koordinator i Solør

Det er også oversendt oppfølgingsspørsmål til enhetsledere for Oppvekst og Tilrettelagte tjenester, samt avdelingsleder Helsestasjon, avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet, konstituert leder for Tildelingskontoret samt FAU ved Grue barne- og ungdomsskole per e-post. Denne informasjonen ble svart opp av enhetsleder for Oppvekst, avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet, og leder for FAU på e-post.

5 Problemstilling 1 – Tjenestetilbudet innen rusomsorg og psykiske helsetjenester

Hvordan sikrer Grue kommune at tjenestetilbudet innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverk og statlige føringer?

5.1 Revisjonskriterier for problemstilling 1

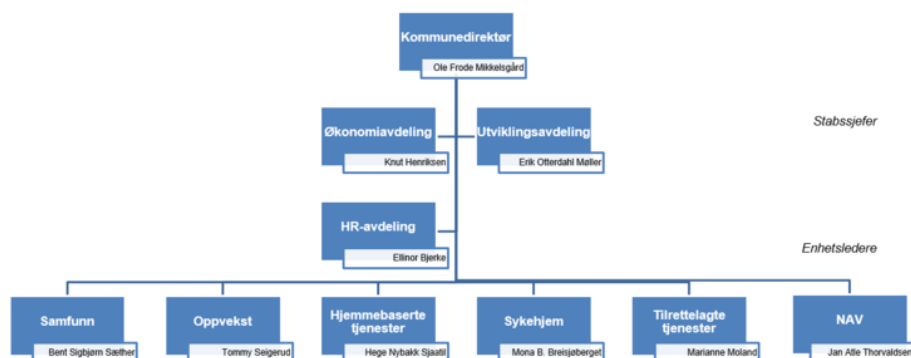
Følgende er en tabell med de kriterier vi har benyttet for å besvare problemstillingen og våre vurderinger av disse. Kriteriene er gjengitt i kortform. For en full utledning av revisjonskriteriene, se [vedlegg A](#). Tabellen er interaktiv, og leseren kan gå rett til den enkelte vurdering ved å trykke på det enkelte kriteriet. Vurderingene er knyttet til de data som er samlet inn og som blir gjengitt i kapitlene nedenfor. Vi gjør derfor leseren oppmerksom på at vurderingene må sees opp imot de innhentede data i prosjektet.

Kriterium 1.1	Kommunen må beskrive mål, oppgaver og organisering, samt ha en oversikt over regelverk, kompetansebehov, risikoområder og avvik som et grunnlag for å kunne planlegge aktiviteter.
Kriterium 1.2	Kommunen bør ha et system for å avdekke risiko, særlig i forbindelse med samarbeid og overganger i helsetilbudene, samt sette inn tiltak ved behov.
Kriterium 1.3	Kommunen må tilgjengeliggjøre kommunens oppgaver, organisering og planer for de ansatte, iverksette kompetansetiltak og tiltak for å lukke avvik og forebygge svikt.
Kriterium 1.4	Kommunen må evaluere aktiviteter gjennom kontroll og vurdering av de gjennomførte aktivitetenes effekt, ved blant annet bruk av informasjon om egen virksomhet.
Kriterium 1.5	Kommunen må minst én gang årlig gjennomgå hele styringssystemet for helse for å vurdere om ønskede mål og resultater oppnås.
Kriterium 1.6	Kommunen må rette opp uforsvarlige forhold med korrigerende kort- og/eller langsiktige tiltak.

5.2 Innhentet data

5.2.1 Mål, oppgaver organisering, regelverk, kompetansebehov, risikoområder og avvik

I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, § 6 a, skal kommunen ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Grue kommune er organisert som vist i Figur 1 nedenfor: **Feil! Fant ikke referanseilden.**



Figur 1: Organisasjonskart Grue kommune (gjeldende fra 1. oktober 2020).¹

Enhet for Tilrettelagte tjenester er organisert i tre avdelinger: Psykisk helse og avhengighet, heldøgns omsorgsbolig for funksjonshemmede, og miljø og oppfølgingstjenesten. Enheten yter hjelp og bistand til mennesker som har fylt 18 år.



Figur 2: Organisasjonskart, enhet for Tilrettelagte tjenester.

Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet beskrev at avdelingen er organisert med en avdelingsleder som har ansvaret for Samtaletjenesten (6 stillingshjemler), Miljøarbeidertjenesten (27 stillingshjemler), dagsenter (0,7 stillingshjemmel), Midtpunktet brukerstyrte senter (2 stillingshjemler) og ruskonsulent (1 stillingshjemmel).

Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet i Grue kommune fortalte i intervju at de har ca. 200 brukere, med veldig varierende helsetilstand. Tjenestetilbudet avhenger av behovet. Samtaletjenesten er et tilbud til de med lette til moderate utfordringer. For mer alvorlige utfordringer har kommunen bemannede omsorgsboliger. Kartlegging av funksjonsnivå avgjør hvilke tjenester som ytes; samtaletjeneste, praktisk bistand i hjemmet; andre ambulante tjenester eller bemannet bolig.

Bokollektivet for Psykisk helse og avhengighet har 11 leiligheter, hvorav 3 leiligheter benyttes til korttidsplasser. Miljøarbeidertjenesten bemanner bokollektivet i tillegg til å være ambulerende til andre hjemmeboende brukere. Avdelingen bemanner også bolig med særlig ressurskrevende tjenester. Avdelingsleder skriver at avdelingen har ca. 140 brukere av Samtaletjenesten, og ca. 75 brukere av Miljøarbeidertjenesten, 10-15 brukere av brukerstyrt senter og 4-5 brukere av dagsenter. Kommuneplanens handlingsdel 2023-2026 beskriver organiseringen av alle enheter og underliggende avdelinger i kommunen, og gir tabelloversikter over sentrale resultater, økonomiske rammer, risikovurdering, mål og prioriteringer i enhetene. For Tilrettelagte tjenester sitt vedkommende, fremkommer disse av Figur 3: Målsetninger i kommuneplanens handlingsdel 2023 - 2026

¹ Kilde: <https://www.grue.kommune.no/politikk-organisasjon/organisasjon/administrativ-ledelse-kategori/>, Hentet 21.6.2023.

Sentrale resultater						
Brukerperspektiv		Res 20	Res 21	Res 22	Mål 23	
Ventetid på støttekontakt	Andel vedtak med iversettelsestid 0-15dager	73,3%	83,3%	100%	90%	
Dagaktivitetstilbud til personer med utviklingshemming	Andel personer med psykisk utviklingshemming med vedtak om dagaktivitetstilbud	0	0	0	30%	
Årsverk i psykisk helse- og rusarbeid	Totalt antall årsverk innen psykisk helse- og rusarbeid, per 1000 innbyggere	4,1	4,3	4,33	4,6	
Medarbeiderperspektiv		Res 20	Res 21	Res 22	Mål 23	
Lavt sykefravær	Sykefraværprosent (total)	12,51	14,18	15,82	12,0	
Ressursperspektiv		Res 20	Res 21	Res 22	Mål 23	
Drift i balanse	Budsjettavvik	1 864 722	3 603 812	7 053 966	0	

Økonomiske rammer					
	2022	2023	2024	2025	2026
Tilrettelagte tjenester (i tusen kr)	47 485	57 813	56 297	56 863	56 534

Risikovurdering							
Risiko	S	K	P	Risikoreduserende tiltak	S	K	R
Brukerperspektiv: Avvik tjenesteyting	4	4	16	Sikre god internkontroll. Fokus på gode systemer, faglige rutiner og kvalitetsutvalg	3	3	9
Medarbeiderperspektiv: Sykefravær	4	3	12	Sikre gode systemer for rask oppfølging av sykmeldte. Sørg for god forankring i ledelse, hos tillitsvalgte og verneombud.	3	2	6
Ressursperspektiv: Avvik fra driftsbudsjettet	3	4	12	Tett oppfølging av enhetsleder og avdelingsledere på økonomi, god økonomirapportering og rask iverksetting av korrigerende tiltak	2	3	6

Mål		
Hovedmål:		
Et fleksibel og differensiert helse- og omsorgstilbud i Grue kommune.		
Delmål:	Indikator:	Måltall:
Sikre tilstrekkelig kompetanse i tjenestene	Rekruttere ansatte med høyskole og fagutdanning innen helse- og omsorg	Mål: 95%

 Figur 3: Målsetninger i kommuneplanens handlingsdel 2023 - 2026²

Kommuneplanens handlingsdel inneholder også beskrivelser av prioriterte oppgaver for forbedringsarbeid i enheten frem mot 2026. Disse er for Tilrettelagte tjenester sortert under fire overskrifter: kvalitetsforbedring, utviklingsarbeid, velferdsteknologi og sykefraværarbeid.

Innen kvalitetsforbedring skal avdelingen jobbe med en videre oppbygging og implementering av nytt kvalitetssystem. I kommuneplanens handlingsdel heter det at en videre oppbygging og implementering av nytt kvalitetssystem er en del av forbedringsarbeidet. Det må sikres en kontinuerlig oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, pasient/brukerevalueringer og klager. Enhetsleder fortalte at Tilrettelagte tjenester har oversikt over alle avvik.

Hva angår utviklingsarbeid, skal enheten ha større fokus på å organisere aktivitetstilbud innenfor forskjellige målgrupper og aldre. Det skal søkes om midler for å styrke det forebyggende arbeidet, og enheten ønsker å bruke mer ressurser på å søke aktuelle midler fra Statsforvalteren for å styrke og øke tilbudet fremover.

Når det kommer til velferdsteknologi, har enheten valgt å prioritere å øke kunnskap og kjennskap om velferdsteknologi, og ta teknologiske løsninger i bruk dersom det gir muligheter og en bedre hverdag for først og fremst tjenestemottaker, men også tjenesteyter.

Under overskriften sykefraværarbeid, heter det at avdelingslederne vil bruke både tid og ressurser for å kunne forebygge sykefraværet og følge opp sykemeldte. Systematisk oppfølging av nærvær- og

² Grue kommune «Kommuneplanens handlingsdel 2023 – 2026». <https://www.grue.kommune.no/getfile.php/13588840-1675086638/Filer/Grue/Planer%20og%20styringsdokumenter/Handlingsdel%202023-2026%20oppdatert%20etter%20vedtak%20KS%2019.12.22.pdf> (Hentet 23.6.2023).

sykefraværsoppfølging skal følges opp i henhold til årshjul og kvalitetssystem. NAV, HR-avdelingen, tillitsvalgte, verneombud, ansatte og ledelse, samt fastlege, blir nevnt som samarbeidspartnere og bidragsyttere i denne sammenheng.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav til oversikt over helsepersonellens kompetanse og behov for opplæring (§ 6 f). I tillegg må det gjennomføres tiltak som sikrer nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeiderne (§ 7b).

Ansatte i Tilrettelagte tjenester i Grue kommune mottar informasjon om endringer i regelverket gjennom Visma sitt program «veilederen.no»³, som oppdateres i tråd med endringer i lover og forskrifter, og gir veiledning innenfor relevante lovverk i tjenesten. De ansatte har abonnement på denne tjenesten og mottar oppdateringer når lovendringene trer i kraft. En annen kilde til informasjon om endringer i sektoren er e-læringsprogrammet «Qudos». Dette er eksempler på digitale oppslagsverk som brukes for å legge til rette for at ansatte skal finne frem i aktuelle regelverk, og endringer i lover og forskrifter. Tilrettelagte tjenester gir også intern informasjon ved endringer i lovverk. Det kan være i e-poster, på oppslag, eller informasjon på personalrom.

I «Kommuneplanens handlingsdel 2023 – 2026»⁴, heter det at kompetanseplaner på avdelingene brukes for å øke kompetansen hos ansatte systematisk. «Opplæringsplan avd. psykisk helse og avhengighet for perioden 1.11.21 – 31.12.23» redegjør for kompetansebehov i avdelingen. Denne er i stor grad utarbeidet av avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet, med bidrag fra enhetsleder Tilrettelagte tjenester. De ansatte har kommet med innspill for å forklare sine kompetansebehov.

I opplæringsplanen heter det at behov for opplæring/ videreutdanning har vært tema i samtale og personalmøter/ miljøterapeutmøter. De ansatte meldte inn behov for kurs i førstehjelp og målrettet miljøarbeid, opplæring i Profil/dokumentasjon og Compilo, gjennomgang av taushetsplikt, kurs i fysisk konflikthåndtering. De ansatte meldte også inn ønsker om tid til refleksjon og etterlyste et faglig fellesskap. I tillegg hadde to ansatte oppgitt at de planla å søke videreutdanning i psykisk helse og rus, og en ansatt hadde ønske om videregående depresjonsmestringskurs for voksne, såkalt KiD-kurs.⁵ I dokumentet følger deretter en liste med kurs, gjennomførte kurs er kvittert ut med en x. Ønskene om videreutdanning er tilsvarende kvittert ut med en x, når utdanningen har blitt gjennomført. Til slutt følger en oversikt over søknader om kompetansemidler innen psykisk helse og avhengighet. Kommunen søker om midler fra Statsforvalteren for å finansiere kompetansehevende tiltak.

I tillegg foreligger det en samarbeidsavtale mellom Regionalt ressurscenter om Vold og traumatisk stress (RVTS) Øst, og de psykiske helsetjenestene i Grue, Åsnes og Våler kommune for perioden august 2023 til juni 2024, om gjennomføring av det virksomhetsintegreerte programmet «psykisk helsetjenestes arbeid med vold i nære relasjoner». Dette er et kompetanseutviklingsprogram som innebærer tre dagers plenumsundervisning, etterfulgt av ½ dags workshop. Målsetningen er at de ansatte i de psykiske helsetjenestene i disse kommunene skal få en dypere forståelse av hva vold i nære relasjoner handler om og fører til. Videre er målet handlingskompetanse til å avdekke og avverge videre voldsutøvelse, og kunnskap om samarbeid og samordning på tvers av tjenestene for å forebygge vold i nære relasjoner og ivareta voldsutsatte. Avdeling Psykisk helse og avhengighet i Grue kommune har også hatt en samarbeidsavtale med Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region Øst (RVTS Øst), datert januar til juni 2023. Denne omhandler gjennomføring av det virksomhetsintegreerte programmet «Hva bør du være oppmerksom på i situasjoner som kan lede til

³ www.veilederen.no.

⁴ side 21.

⁵ Kilde: <https://psykiskhelse.no/kurs/meld-deg-pa-kurs/vil-du-pa-kid-kurs/> Hentet 19.9.23.

utagering og vold». Dette programmet har som målsetning at ansatte i avdeling Psykisk helse og avhengighet, som arbeider med brukere som noen ganger utøver vold, skal kjenne seg tryggere når de er på jobb.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten inneholder krav til at kommunen blant annet planlegger tjenesten etter områder hvor det er risiko for svikt og avvik, og at man har et system for å gjøre risikovurderinger (§ 6). I tillegg skal oversikt over risiko føre til at tiltak som er nødvendige iverksettes (§ 7 c).

Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester fortalte at kommunens dokumenter, rutiner og prosedyrer ligger i Compilos dokumentbibliotek. Innrapporterte avvik behandles digitalt i Compilo. Dersom ansatte har forbedringsforslag, kan forslagene meldes i kvalitetssystemet. På grunnlag av dette har ledelsen mulighet til å gjennomføre en ROS-analyse via ROS-funksjon med analyseskjema i Compilo. Det er også mulighet til å ta ut statistikk og grafer, samt få oversikt over hvor mange avvik som er rapportert over et gitt tidsintervall. Vi har fått informasjon om at Compilos ROS-funksjon i liten grad er benyttet i Tilrettelagte tjenester.

Verken avdeling for Psykisk helse og avhengighet eller Tilrettelagte tjenester hadde en overordnet ROS-analyse da vi gjennomførte intervjuene. Følgelig forelå det ikke en oversikt over risikoområder. Vi har blitt informert om at større ROS-analyser er ressurskrevende og kan avkreve involvering av flere ansatte. Respondentene har også uttrykt at større arbeid med ROS må sees opp imot nytteverdi og opplevd nytte blant de ansatte som skal bidra. Vi har blitt gjort oppmerksom på at det er jobbet med en ROS-analyse for Miljøarbeidertjenesten etter at vi avsluttet vår datainnsamling.

Vi har videre fått opplyst at ansatte i det daglige har god oversikt over brukere. Risikovurderinger gjennomføres heller løpende i forbindelse med enkeltsaker, men arbeidet kunne ifølge enhetsleder for Tilrettelagte tjenester ha vært mer strukturert. Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet informerte om at avdelingen gjennomfører miljømøter hver 14. dag for å avdekke områder med svikt, for deretter å justere kurs.

Koordinatorerne i avdelingen for Psykisk helse og avhengighet sier de har skrevet en sikkerhets- og mestringsplan til brukerne, og gjort risikovurderinger med hensyn til å bli utsatt for vold i tjenesteutøvingen. Kartleggingsskjema blir benyttet for kartlegging av risiko i forbindelse med brukere det er knyttet særlig risiko til. Videre utvikling av risikoanalyser ligger i planene ut over høsten 2023. Koordinatorerne har hatt risikoanalyser oppe i personalmøter, og risikoanalyser rundt brukerne er et kontinuerlig arbeid i tjenesten.

Grue kommune har en prosedyre for avviksbehandling i Tilrettelagte tjenester, hvor det innledningsvis heter at «vi skaffer oss oversikt over avvik. Vi lærer fortløpende og bruker avvik i videre utviklingsarbeid. Med avvik menes hendelser som strider mot lover/regler/forskrifter/prosedyrer/instruksjoner osv.» Videre står det i prosedyren at «alle avvik som gjelder enkeltbruker meldes i EPJ-programmet ⁶ Profil [...] Alle avvik meldes i tillegg elektronisk i Compilo». ⁷

Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester har lagt vekt på innrapportering av avvik i organisasjonen. I enheten er de opptatt av at alle ansatte melder avvik, og dette er et gjentakende tema på personal- og fagmøter. Tjenesterelaterte eller fagrelaterte avvik meldes av den enkelte ansatte og behandles av nærmeste leder.

⁶ EPJ står for elektronisk pasientjournal.

⁷ Grue kommune «Avviksbehandling – prosedyre».

Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet fortalte at kvalitetsutvalget tar stilling til alvorlighetsgraden i avviket når de beslutter hva som skal håndteres høyere opp i organisasjonen, i andre deler av organisasjonen, eller hvilke avvik som avsluttes. Kvalitetsutvalget står beskrevet i overordnet plan for kvalitetssystemet i Grue kommune:

«Den enkelte enhet skal etablere et kvalitetsutvalg. Kvalitetsutvalgets oppgaver er å gjennomgå innkomne forslag, avvik og uønskede hendelser på systemnivå, og komme med anbefalinger til ledelsen om tiltak og/eller revidering av rutiner for å styrke kvaliteten i tjenestene og sikre et forsvarlig arbeidsmiljø. Kvalitetsutvalget kan også bidra praktisk i arbeid med revisjon av rutiner, risikovurderinger mv. Kvalitetsutvalget blir således en pådriver for kontinuerlig kvalitetsarbeid, men kan ikke ta over beslutningsmyndighet eller ansvar som er pålagt ledere iht. delegert myndighet. Kvalitetsutvalget kan samsvare med deltakere i samarbeidsmøte, men kan også sammensettes med andre personer etter enhetens vurderinger. Kvalitetsutvalget kan også med fordel involveres i forkant av arbeidsmiljøutvalgets møter, eksempelvis ved arbeid med systemrevisjon. Det er enhetsleders ansvar å etablere kvalitetsutvalget og sørge for at det fungerer etter hensikten.»⁸

Kvalitetsutvalget har medlemmer fra hver avdeling, avdelingsledere, plassverneombud, plasstillitsvalgte og ev. teamkoordinator. Arbeidsmiljørelaterte avvik tas opp i lokalt arbeidsmiljøutvalg, og kan også sendes til hoved-arbeidsmiljøutvalg. Protokoller fra møter i arbeidsmiljøutvalget går tilbake til de ansatte.

Avdelingen oppsummerer avvik og diskuterer avvik i fagmøter og terapeutmøter. I fagmøtene deltar ansatte uavhengig av utdanning, og de har ofte felles opplæring i fagområder som avdelingen har fokus på. I terapeutmøtene deltar ansatte som har kompetanse på høyskolenivå. I disse møtene kan rutiner oppdateres. Avdeling for Psykisk helse og avhengighet har fokus på enhetlig dokumentasjon i Profil. Her blir oversiktsbildet fra Compilo brukt for å se hva avdelingen må endre på. Oppgavene fordeles i avdelingen deretter. Når det registreres mer alvorlige avvik, setter avdelingen inn umiddelbare tiltak, og gjennomfører en debrifing etter hendelsen. Avdelingen gjennomfører «Trygg i Arbeid» annenhver måned for å forebygge vold, og løse konflikter i avdelingen. Avdelingsleder opplever at de har blitt ganske gode på dette. Koordinatorene i avdelingen Psykisk helse og avhengighet mener også at avvik som meldes inn fører til endringer.

5.2.2 System for avdekking av risiko ved samarbeid og overganger

Et system for avdekking av risiko er knyttet til både generelt krav til kommunen, samt spesifikt krav til helse- og omsorgstjenestene for å sikre risikobasert internkontroll (kommuneloven § 25-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd). Dette vil også gjelde ved samarbeid med øvrige tjenester og pasientforløp mellom tjenestene.

«Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom Ahus og kommunene» redegjør for samarbeidet mellom kommuner som ligger innenfor Akershus Universitetssykehus sitt dekningsområde. Avtalen er gjeldende for totalt 21 kommuner, hvor Grue kommune er én av dem.⁹ Samarbeidsavtalen er behandlet og godkjent av Helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (SU) 2. juni 2023, og trådte i kraft fra og med behandlingen i administrativt samarbeidsutvalg (ASU) 15. juni 2023.¹⁰ Avtalen erstatter tidligere samarbeidsavtale om helhetlig pasientforløp fra 11. juni 2023. Samarbeidsavtalen omhandler også pasientforløpet for psykisk syke. Det fremgår at «lege eller psykolog i spesialisthelsetjenesten har

⁸ Overordnet plan for kvalitetsarbeidet i Grue kommune, sitat oversendt fra enhetsleder i oppfølgingsspørsmål.

⁹ Kilde: Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom Ahus og kommunene, side 3.

¹⁰ Ibid., side 1.

ansvar for å vurdere om det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjon. Vurderingen skal være basert på en helsefaglig og psykososial vurdering og dokumentert i pasientjournalen.»¹¹

I avtalens punkt 4.2.2 «Særskilte forhold ved utskrivning til tvang uten døgn» heter det at før utskrivning fra tvungent psykisk helsevern er det behov for god samhandling med pasient, kommune, fastlege og andre aktuelle parter.

- Risikovurdering skal være gjennomført i samarbeid med kommunen. Jf. [Nasjonale faglige råd for alvorlig psykisk lidelse](#) og [Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord](#).
- Kriseplan utarbeides eller eventuelt oppdateres av Ahus i samarbeid med kommunen og andre aktuelle parter.
- Plan for behandling utarbeides av Ahus i samarbeid med pasient, kommune, og andre aktuelle parter.
- Plan for behandling utarbeides av Ahus i samarbeid med pasient, kommune, og andre aktuelle parter
- Ahus kan inngå avtale med kommunen.¹²

Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester fortalte i intervju at kommunen følger samarbeidsavtalen om helhetlige pasientforløp mellom Ahus og kommunene ved overganger mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (BUP/ DPS). Praxis er at kommunen analyserer risiko i forbindelse med overganger når de trenger det. Primærkontakten skal sørge for at disse overgangene går godt, da denne er den personen som ofte har best oversikt for den enkelte bruker. Å være primærkontakt innebærer å ha hovedansvaret for omsorgen og kontakten med den enkelte pasient og dens pårørende fra kommunens side.¹³ Kommunen har ikke hatt behov for risikogjennomgang ved overgang mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, siden samarbeidsavtalene dem imellom er veldig konkrete. Det har ikke vært store avvik med tanke på disse overgangene i Grue.

Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet fortalte at kommunen også har etablert Miljøarbeidertjenesten, hvor målet er at brukere med sammensatte lidelser skal få et mer helhetlig tilbud. Internt har avdeling for Psykisk helse og avhengighet en regel for at de som sender brukeren/pasienten fra seg, har ansvar for å påse at mottaker følger opp. Det samme gjelder når de sender brukere/pasienter til andre kommuner. De følger opp brukerne/pasientene frem til de ser at disse er ivaretatt. Bruk av e-meldinger har forenklet samarbeidet mot leger og spesialisthelsetjenesten. Svikt i tjenestetilbudet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten meldes inn som avvik fortløpende via skjema i Kompetanseportalen.

Koordinatorerne i Psykisk helse og avhengighet har fortalt at risikovurderinger rundt overganger internt i kommunen gjøres i samarbeidsmøter med Tildelingskontoret. Tildelingskontoret er ifølge respondene sentrale i tjenesteoverføringer. Konstituert leder for Tildelingskontoret fortalte at Tildelingskontoret alltid setter opp en evalueringsdato i rubrikken i Profil når det kommer til evalueringer ved overganger mellom kommunen og annen behandler. Ved evalueringer setter Tildelingskontoret og de andre involverte enhetene inn evalueringsmelding, eller en endringsmelding i vedtaket. Koordinatorerne mente fastlegene er nøkkelpersoner i overganger mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (DPS), da fastlegene har henvisningsmulighet til spesialisthelsetjenesten. Koordinatorerne fortalte at de ønsker samarbeid med DPS i god tid før det er aktuelt med utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

¹¹ Ibid., side 10.

¹² Ibid., side 11-12.

¹³ Kilde: Meld. St. 15 (2017-2018) «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre» (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=8>, hentet 1.12.2023).

Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet meddelte at de også har gjennomført endringer i organisasjonen i etterkant av nyhetsoppslag og tilsyn ved Grue sykehjem. Av tiltak ble det nevnt at det ble satt opp faste møter med leder i hjemmetjenesten og leder i Psykisk helse og avhengighet, for å sikre at overgangene internt i kommunen forbedres.

5.2.3 Tilgjengeliggjøring av kommunens oppgaver, kompetansetiltak og tiltak for å lukke avvik

Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester fortalte i intervju at oppgaver og organiseringen i enheten gjøres kjent for de ansatte ved at opplæringsansvarlig informerer nyansatte, via opplæringsrutiner, og gjennom jobbutførelsen. Gjennom personalmøter, fagmøter og terapeutmøter gis det mulighet til informasjonsutveksling. I tillegg har alle ansatte tilgang til kvalitetssystemet «Compilo», som brukes i Grue kommune. I Grue kommunes opplærings skjema for nyansatte er det en rekke punkter som omhandler relevant regelverk, rutiner og forskrifter i jobben. Det er satt tidsfrister for når de ulike opplæringsbolkene skal gjennomføres i forhold til den nyansattes oppstartdato. Både den ansatte og teamleder skal signere når opplæringen er gjennomført.

I opplæringsplanen for Psykisk helse og avhengighet har de ansatte meldt inn behov for kompetansehevingstiltak. På grunnlag av dette har man planlagt opplæringsbolker som er knyttet til dokumentasjon i Compilo og Profil. Andre kompetansetiltak som er aktuelle i denne sammenheng er KID kurs i depresjonsmestring for voksne, lavterskelkonferanse rus i regi av KoRus-Øst og voldsrisikovurdering. I tillegg nevner opplæringsplanen medikamenthåndtering, veiledning i traumelidelser med DPS, konflikthåndtering, forebygging av vold, gjennomgang IPLOS, kurs i belastningsmestring for voksne, kartleggingsverktøy – KoRus-Øst, samt kompetanseheving i regi av RVTS om vold i nære relasjoner. Opplæringsplanen legger og opp til faste refleksjons-/ fagmøter: personalmøter med faglig innhold, samt traumeveiledning i gruppe (prosjekt) månedlig. I tillegg legges det opp til miljøterapeut-møter og samtaleid for prosjektarbeidet hver 14. dag. Ansatte har også meldt følgende ønsker om videreutdanning: tilrettelegging for å fullføre fagbrev, videreutdanning psykisk helse og rus, arbeidsrett, spillavhengighet og kognitiv terapi.¹⁴

I prosedyre for avviksbehandling heter det at formålet med rutinen er som følger: «vi skaffer oss oversikt over avvik. Vi lærer fortløpende, og bruker avvikene i videre utviklingsarbeid». Under aktivitet/beskrivelse, står det at «avvik som gjelder enkeltbruker meldes i EPJ-programmet Profil». Den som oppdager avviket skal beskrive følgende i Profil «finn aktuell bruker, beskriv avviket, og hva som er blitt gjort for å lukke avvik – sendes elektronisk til avdelingsleder. Avdelingsleder behandler avviket og lukker det. Alle avvik meldes i tillegg elektronisk i Compilo. Velg alvorlighetsgrad, hendelsestype, konsekvenser og forbedringsforslag». Det følger videre en «rutine for å holde de ansatte orientert om avviksbehandlingen». Her heter det at avvik er et fast punkt på personalmøter med de ansatte. Her gis det tilbakemeldinger på avvik. Og de ser på tiltak for å forebygge avvik. Tiltakene drøftes med tillitsvalgte og verneombud, de retter opp prosedyrer og sjekklister der det er nødvendig for å unngå liknende avvik. Reviderte prosedyrer og sjekklister tas med i neste møte i kvalitetsutvalget for godkjenning.¹⁵

Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet, fortalte at kommuneplanens handlingsdel er vedtatt av kommunestyret. Tilrettelagte tjenester har en egen del i denne handlingsplanen, og det er opp til avdelingene å lage sin egen utviklingsplan. I utarbeidelsen av utviklingsplanene sitter de ansatte sammen og kommer med forslag til viktige mål. Dette tematiseres deretter i personalgruppen og de ansatte har mulighet til å bidra aktivt i prosessen via workshoper. Innspillene skrives i utkast som leveres

¹⁴ Kilde: Grue kommune. «Opplæringsplan avd.- psykisk helse og avhengighet for perioden 1.11.21 – 31.12.23».

¹⁵ Kilde: Grue kommune. «Avviksbehandling – prosedyre».

til kommunedirektør. Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet har oppgitt at det er avdelingenes ansvar å vurdere om man trenger en egen utviklingsplan sett i lys av kommuneplanens handlingsdel.

I utviklingsdialoger evaluerer avdelingen forrige utviklingsplan, og orienterer om tanker om neste plan. Avdelingsleder fortalte at dialogen med kommunedirektør, HR, økonomisjef og utviklingsrådgiver er preget av godt ytringsrom. Her tar man opp flaskehalsen i organisasjonen, et eksempel på dette er delegasjonsreglementet, som er under revidering. Kommunedirektør oppleves som tydelig, og har gitt god opplæring om nærvær, trepartssamarbeidet og lederutdanning. Trepertssamarbeidet er å forstås som et samarbeid mellom politikerne, administrasjonen, og de ansattes representanter.¹⁶ Koordinatorne i avdeling for Psykisk helse og avhengighet har opplyst at planen får en del oppmerksomhet når den er ny, og at avdelingsleder gjennomfører en årlig revisjon av denne delplanen.

Grue kommune har revidert hele organiseringen i avdeling Psykisk helse og avhengighet i perioden forut for forvaltningsrevisjonen. Det ble opprettet en miljøarbeidertjeneste som hjelper brukeren ut fra den enkeltes behov for tjenester. Det er opprettet korttidsplasser innen Miljøarbeidertjenesten, samt akutt plass i bofellesskapet. Respondentene opplever at disse endringene treffer variasjonene i tjenestebehovet bedre. De har også ansatt en helserådgiver, og gjennomført opplæring i «trepartssamarbeid». Dette samarbeidet består av bedriftshelsetjenesten, verneombud og tillitsvalgte, og ledere i kommunen. Dette arbeidet bidrar til å få en forståelse for at de i fellesskap skal finne gode løsninger. Videre har Grue kommune iverksatt et program med opplæring i «samskaping». Dette er et tiltak for å samarbeide mer med lokale lag, foreninger, pårørende og innbyggere for å gjøre dem mer likestilte, og utvikle bedre tilbud for alle.

5.2.4 Effektevalueringer

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav til evaluering av virksomhetens aktiviteter (§ 8).

Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester har i intervju oppgitt at de aktuelle kommuneplanene i Grue kommune er en del av de overordnede planene som Tilrettelagte tjenester bygger sine planer på. Utviklingsplanen i enheten setter de ulike målsetningene for enheten og avdelingene. I enhetens utviklingsplan og i lederavtalene settes det delmål, som skal nås for å nå de overordnede målsetningene. Avdelingene evaluerer utviklingen i forhold til disse planene, to ganger i året gjennom utviklingsdialog. Det første dialogmøtet foretas mellom kommunedirektør og enhetsleder. I det andre utviklingsdialogmøtet deltar kommunedirektør, HR-leder, økonomileder, leder for utviklingsavdelingen, enhetsleder, avdelingslederne i enheten, tillitsvalgte og verneombud. I møtet blir blant annet utviklingsplanen, økonomien og sykefravær gjennomgått. I møtet er det anledning til å gi informasjon, føre dialog og komme med innspill til videre drift og utvikling av enheten i forhold til det arbeidet som er planlagt.

Enhetsleder har ledersamtaler med avdelingslederne en gang i året, der lederavtaler skrives. Alle tre avdelingsledere i enhet for Tilrettelagte tjenester har lederavtale. I lederavtalen for avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet, fremgår det under overskriften «oppfølging og evaluering av måloppnåelse», at «oppfølging og evaluering av måloppnåelse etter lederavtalen skjer i samsvar med kommunens system for virksomhetsstyring med videre. Dokumenterte opplysninger om planer og resultater slik de framkommer i utviklingsplan, prosjektplaner og rapporteringer er sentrale for evalueringen».¹⁷

¹⁶ Kilde: Grue kommune. «Arbeidsgiverstrategi for Grue kommune» Vedtatt i kommunestyret 12.12.2016. (<https://www.grue.kommune.no/getfile.php/13472805-1578396117/Filer/Grue/Planer%20og%20styringsdokumenter/Grue%20kommunes%20arbeidsgiverstrategi.pdf>, hentet 8.12.2023).

¹⁷ Kilde: Grue kommune. Lederavtale, Avdelingsleder for psykisk helse og avhengighet, gjeldende fra 5.5.23 (side 5).

Denne formuleringen ligger i lederavtalen for alle tre avdelingslederne i Tilrettelagte tjenester. Enhetsleder forklarte i e-post at det ikke foreligger skriftlig dokumentasjon av de utviklingsamtalene som foregår under utviklingsdialogmøtene. Det utviklingsarbeidet som gjennomføres for å evaluere disse lederavtalene foregår muntlig, og tas med i neste lederavtale. Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet fortalte at Miljøarbeidertjenesten var nyopprettet i 2022. Miljøarbeidertjenesten har en ambulerende enhet som er på hjemmebesøk til brukerne. Ambulerende enhet gjennomfører effekt-målinger via dialog med brukerne. Brukerne gir tilbakemelding på tjenesten. Tilbakemeldingene er at brukere opplever økt trygghet etter at dette tilbudet ble opprettet, da mange sliter med å oppsøke hjelp. I forlengelse av dette, har kommunen et bofellesskap med 11 leiligheter, hvorav 3 av disse kan bli benyttet som korttidsplass, akutsituasjoner, eller som brukerstyrt sengepost, eller korttidsplass. Brukerstyrte senger brukes ofte av pasienter/brukere som over en viss tid har vært i et aktivt behandlingsopplegg, og hvor det er gjort avtaler om at de selv kan oppsøke tjenester som har brukerstyrte plasser tilgjengelig.¹⁸

Samhandlingsreformen medfører at kommunen må ha tjenester i «mellomsjiktet» i tilbudet, og disse sengene er viktige i så måte. Pågangen og behovet er stort på de tre leilighetene som avdeling for Psykisk helse og avhengighet disponerer. Dette skal medføre at DPS får færre innleggelseser. Avdelingsleder Psykisk helse og avhengighet ser at tilbudet tas positivt imot av både brukergruppen og DPS.

Kommunen har også aktivitetsgrupper, hvor to ansatte gir tjenester til en bruker. Dette har ifølge avdelingsleder utviklet seg fra å være litt skummelt og uvant for brukerne, til at Psykisk helse og avhengighet nå har ventelister til å være med på tur. I tillegg til dette har Grue kommune iverksatt et brukerstyrt hus: «Midtpunktet brukerstyrt senter». I dette huset har de et brukerstyre, som består av fem personer, samt vaktmestertjeneste. I [kapittel 8.2.1](#), kommer vi nærmere inn på dette temaet. I tillegg har avdeling for Psykisk helse og avhengighet treningsgruppe, lunsj-gruppe, og andre tilbud i regi av kommunen. De har også ansatt en erfaringskonsulent med midler fra Statsforvalteren.

Koordinatorerne i avdelingen fortalte at aktivitetstilbudet innen psykisk helse og avhengighet evalueres gjennom brukersamtaler. Tjenesten evalueres hver 3. måned ved endringer i behov, eller senest hver 6. måned. Koordinatorerne har en målsetning om å gjøre dette så ofte som mulig. Aktivitetstilbudet for smågrupper får noe mer prioritet, da det er mange som får god nytte av å tilhøre en gruppe, framfor å motta individuell oppfølging. Eksempler som ble nevnt her er turgruppe en gang i uka, og samtalegrupper. Når det kommer til oversikt over de ulike aktivitetenes effekt, så fortalte koordinatorene at intervallene mellom samtaler med kommunen kan brukes som en indikasjon på hvor god effekt brukeren har av tjenesten, det vil si hvor lang tid det tar mellom samtaler mellom bruker og kommunens ansatte. Langtidsbrukerne av tjenestene har ofte en lang historikk i møte med de kommunale og statlige helsetjenestene. Koordinatorerne er mer usikre på effekten av tilbudet til de tyngre brukerne i kommunen. Koordinatorerne mener at å motivere brukerne til å være aktive har en effekt hos de fleste, og at fysisk aktivitet samt det å være med i et fellesskap gjør mye med brukerne.

¹⁸ Kilde: Helsedirektoratet. «Brukerstyrt innleggelse i rusbehandling».

I evalueringsskrivet av Rusforum¹⁹ i Grue sin effekt,²⁰ står det om bakgrunnen for Rusforumet, hvordan forumet har utviklet seg, og fremtidige behov. I evalueringen presenterte representanter fra KoRus²¹ tall fra Brukerplan²² Representanter fra Statsforvalteren snakket om forsvarlighetskrav, kompetanseløft og helhetlige tjenester. Tilbakemeldinger fra de ansatte i gjennomgangen var et ønske om generell kompetanseheving, større fagmiljø, og mulighet for faglige drøftinger internt. I tillegg kom det frem at kommunen har opplevd høy terskel inn til DPS og lav terskel ut. Turgruppen for rusmisbrukere ble også evaluert som en suksess i dette skrevet.²³

5.2.5 Gjennomgang av styringssystemet

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav til at styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene gjennomgås systematisk minst én gang i året (§ 8 e).

Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester informerte om at kommunen gjennomfører systemrevisjon en gang i året. Dette inngår i kommunens administrative årshjul, og evalueringer kommuniseres til lokalt arbeidsmiljøutvalg. Systemrevisjonen foretas på våren. Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet kom inn på at man da gjennomgår hele styringssystemet for helse. Det er enhetsleder for Tilrettelagte tjenester som bærer det overordnede ansvaret for dette arbeidet.

Vi har fått oversendt en sjekkliste for systemrevisjonen. I formålsbeskrivelsen til sjekklisten leser vi at den er utarbeidet som et ledd i kommunedirektørens arbeid med å styrke den interne kontrollen ved alle kommunens enheter. Sjekklisten berører områdene personal, lønn, lederstøtte, HMS, beredskap, økonomi, regnskap, innkjøp, IT, kommunikasjon og arkiv. Listen skal være et hjelpemiddel fra kommunedirektør til enhetsleder. I innledningen til sjekklisten leser vi at enhetsleder i tillegg må foreta en selvstendig vurdering av om det er andre forhold som det er viktig å ha fokus på i sin enhet enn det sjekklisten berører. Vi leser videre at systemrevisjonen er sak i lokalt AMU i 2. kvartal hvert år der man går gjennom hovedtrekkene på et mer overordnet nivå. Sjekklisten er tenkt å være et hjelpemiddel i forbindelse med lederavtaleoppfølgingen, og inngå i samtalene mellom stabsleder/enhetsledere og kommunedirektør ved ledersamtale i juni hvert år. Sjekklisten er delt inn i 13 deler, med underpunkter. Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester klassifiserer status ved å markere skjemaet med fargekoder. Grønt betyr «alt er ok og utført». Gult betyr at «Dette må det jobbes mer med for å få alt ok», og rødt betyr at «her er ikke ting i orden, vi må ha en innsats for å innfri kravet».²⁴

I oversikten fremgår følgende 10 punkter med rød farge:

- 2.8: Retningslinjer for mottak av nyansatte
- 2.11: Opplysninger om ansatte ved staben/ enheten er korrekt
- 3.1: Grunnleggende opplæring av ansatte
- 3.4: Rutiner for informasjonssikkerhet

¹⁹ Rusforumet er et tiltak for å heve kvaliteten på tjenestene, da avvik fra tidligere tilsyn (2019) ikke hadde blitt fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

²⁰ Evalueringen ble gjennomført 10.11.2022.

²¹ KoRus (kompetansesenter for rusfeltet) består av syv regionale sentre med til sammen 130 ansatte som jobber med å ivareta, styrke, bygge opp og formidle fagkompetanse på rusfeltet. Oppdragsgiver er Helsedirektoratet. (Kilde: <https://korus.no/om-oss> Hentet 1.11.2023)

²² BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å få en oversikt over omfanget av rusmiddelbruk blant brukerne av kommunens helse-, omsorgs- og velferdstjenester. En BrukerPlan-kartlegging kan gjennomføres av alle som jobber i kommunen og er i kontakt med personer med rusrelaterte problemer. (Kilde: <https://korus.no/verktoy-og-kartlegging/brukerplan> Hentet 18.12.2023)

²³ Kilde: «Tilbakemelding etter oppstart av Rusforum i Grue kommune».

²⁴ Kilde: Grue kommune. «Systemrevisjon – Sjekkliste», oversendt i e-post fra enhetsleder Tilrettelagte tjenester 4.9.2023. Listen er oppdatert juni 2023.

- 3.7: Egenkontroll
- 9.3: Mottak og journalføring av E-post
- 9.12: Internpost
- 12.2: Budsjett
- 12.3: Dataverktøy
- 13.7: Enhetens beredskapsplan

Følgende 12 punkter er klassifisert som «gult»:

- 1.1: Lover, forskrifter, regler og retningslinjer
- 2.2: Arbeidsavtaler
- 2.3: Personalmapper
- 3.5: Behandling av avvik
- 3.7: Egenkontroll
- 9.8: Offentlig innsyn
- 10.2: Enhetens HMS-årshjul
- 10.7: HMS-plakat
- 11.3: Enhetssider/ Tjenestesider
- 13.1: ROS-analyser
- 13.2: Kontrollmatrise
- 13.3: Prosedyrer/ rutiner

5.2.6 Korrigerende av uforsvarlige forhold

Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring stiller krav til at virksomhetens aktiviteter korrigeres dersom det foreligger uforsvarlige og lovstridige forhold (§ 9 a-c). Dette arbeidet inkluderer korrigerende og forbedring av rutiner og prosedyrer.

I rutine for avviksbehandling leser vi at de innrapporterte avvikene brukes i den videre planleggingen av aktiviteter i tjenestene.²⁵ Dette skjer ved at enhetsledere og avdelingsledere kan evaluere prosedyrer eller rutiner for den videre driften sammen med andre fagpersoner i enheten, eller delegerer evalueringen til andre fagpersoner. Disse rutinene går også gjennom i kommunens kvalitetsutvalg. Dersom man i disse møtene ser at tiltak bør gjøres, som for eksempel kompetansehevede tiltak for å endre situasjonen, kan kurs eller andre kompetansehevede tiltak vurderes, som for eksempel fagmøter.

Vedtak, brukerdokumentasjonen og referatført kontakt med pasienten/brukeren i kommunen samles i fagsystemet «Profil». Tjenesterelaterte avvik skal både føres inn i Profil og i Compilo.

Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet fastslo at Compilo er det viktigste avvikssystemet i kommunen. Avdelingen prioriterer bruk og opplæring av ansatte i dette avvikssystemet. Dette har vært oppe mange ganger på personalmøter, noe som har ført til at de ansatte etter hvert har blitt flinkere på å melde inn avvik. Avdelingsleder mener at fokuset har ført til en økning i innrapporterte avvik. Det lokale arbeidsmiljøutvalget, og hoved- arbeidsmiljøutvalget, behandler de mer alvorlige arbeidsmiljørelaterte avvikene. Avdelingsleder fortalte imidlertid at alvorlige avvik tilhører sjeldenhetene. Avdelingsleder synes at avvikssystemet i sin helhet fungerer godt.

Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester fortalte at når kommunen har identifisert en hendelse som kan vurderes som uforsvarlig, evaluerer avdelingen hendelsen og finner ut hva som har skjedd og hvorfor.

²⁵ Kilde: Grue kommune. «Avviksbehandling – Prosedyre».

Avdelingen reflekterer over hvordan de kan endre dette i fremtiden, og iverksetter tiltak for å unngå at det skjer på nytt.

Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester fortalte at referatene fra møtene i kvalitetsutvalget brukes i det videre utviklingsarbeidet. Dersom samme typer avvik gjentar seg over tid, kan dette være et tegn på at de iverksatte tiltakene ikke virker. Koordinatorene i avdelingen for Psykisk helse og avhengighet, fortalte at avvik som gjennomgås i kvalitetsutvalget har vært med på å utløse forbedringstiltak.

Det har forekommet uønskede hendelser hvor ansatte blir utsatt for vold og trusler, eller dødsfall hos pasientene, som alle er traumatiske hendelser. Etter slike hendelser gjennomfører enheten debriefing med den, eller de som har vært involvert i hendelsen. Samtaler med psykolog kan være aktuelt i spesielle tilfeller. Etter krevende hendelser kan det bli gjennomført oppfølgingsmøter, og samling av personalgruppen for å evaluere og debriefe sammen, samt finne ut hva de kan lære og justere ut av hendelsen.

Et annet eksempel på håndtering av avvik er lukkingen av et av avvikene fra Fylkesmannens tilsyn i 2021. Avviket ble lukket ved at avdeling for Psykisk helse og avhengighet bemannet opp og tok et helhetlig ansvar for brukere med store og sammensatte behov (ROP) brukere.

Koordinatorene i avdeling for Psykisk helse og avhengighet ga eksempler på kortsiktige og langsiktige tiltak utløst av avviksrapportering. Av kortsiktige tiltak nevnte koordinatorene oppbemanning dersom de ikke klarer å håndtere beboerne. Av de mer inngripende, langsiktige tiltakene som enhetene har gjennomført for å rette opp uforsvarlige forhold, sa koordinatorene at det har blitt enklere å justere rutinene etter at kommunen innførte Compilo.

5.3 Revisors vurdering

5.3.1 Vurdering av revisjonskriterium 1.1 – styringssystem


Med hensyn til beskrivelse av mål, oppgaver og organisering, er vi av den oppfatning at kommunen generelt sett har dette på plass innen Tilrettelagte tjenester. Målsetninger for Tilrettelagte tjenester redegjøres for i kommuneplanens handlingsdel 2023 – 2026. Det er formulert målsetninger innen brukerperspektivet, medarbeiderperspektiv og ressursperspektiv, med målsetninger innen relevante dimensjoner, og påfølgende måltall. Prioriterte oppgaver redegjøres også for i kommuneplanens handlingsdel. Innen kvalitetsforbedring skal avdelingen jobbe med nytt kvalitetssystem som en del av forbedringsarbeidet, herunder oversikt over avvik. I utviklingsarbeid skal enheten organisere aktivitetstilbud innen alle aldre, dette med midler fra Statsforvalteren. Bruk av velferdsteknologi vil kunne gi en bedre hverdag for tjenestemottaker og tjenesteyter. Sykefraværsarbeid skal følges opp både i form av forebygging, men og som oppfølging av sykemeldte. Organisering er beskrevet i organisasjonskart.

Med hensyn til å ha oversikt over gjeldende regelverk, er vårt inntrykk at kommunen benytter seg av flere måter å distribuere informasjon om endringer av regelverket. Endringer i relevant regelverk kommuniseres gjennom personalmøter, fagmøter og terapeutmøter. Videre har ansatte abonnement på Visma sitt program «veilederen.no», hvor de mottar oppdateringer når lovendringer vedtas, samt e-læringsprogrammet «Qudos». Mer uformell kommunikasjon sørger og for at de ansatte har anledning til å få med seg endringer i lovverk. Det gis også intern opplæring ved endringer i regelverk, på e-post, på oppslag, eller informasjon på personalrom.

Med hensyn til oversikt over kompetansebehov, redegjør «opplæringsplan avd. psykisk helse og avhengighet for perioden 1.11.21- 31.12.23» for innmeldte kompetansebehov, og tiltak for å møte disse. Gjennomførte kurs kvitteres ut fortløpende i denne planen. Vi mener at kommunen etterlever krav til oversikt over kompetansebehov.

Med hensyn til oversikt over risikoområder, mener vi at kommunen ikke har gjennomført nødvendige ROS-analyser innen feltet. Vi har ikke mottatt ROS for enheten og en av avdelingene, og har fått opplyst at Compilos ROS-modul i liten grad har blitt tatt i bruk. Vi har fått beskrivelser av at det er en del risikoer som kartlegges fortløpende i enkeltsaker, men dette er ikke systematisert på en slik måte at det tilfredsstiller det kravet som stilles til å ha oversikt over risikoområder.

Med hensyn til avvikoversikt, mener vi at kommunen har tilgang på de avvik som meldes inn via avviksmodulen i kvalitetssystemet Compilo. Videre har kommunen satt avvik på dagsorden gjennom å gjøre dette til en av de prioriterte oppgavene i Tilrettelagte tjenester i kommuneplanens handlingsdel. Vi har også fått flere beskrivelser på hvordan videre håndteres i ulike fora. Samlet sett mener vi at revisjonskriterium 1.1 er delvis etterlevd. Kommunen har mye på plass av beskrivelser og oversikt, men mangler sentrale ROS-analyser for enheten Tilrettelagte tjenester. Kommunen bør sørge for at det gjennomføres ROS-analyser for alle kommunens enheter, inkludert Tilrettelagte tjenester.


 Kommunen må beskrive mål, oppgaver og organisering, samt ha en oversikt over regelverk, kompetansebehov, risikoområder og avvik som et grunnlag for å kunne planlegge aktiviteter.

5.3.2 Vurdering av revisjonskriterium 1.2 – system for avdekking av risiko

Hva angår system for å avdekke risiko, er vi av den oppfatning at innmelding av avvik har høy prioritet i kommunens internkontrollsystem. Oversikten over avvik er imidlertid ikke systematisert i en risiko- og sårbarhetsanalyse for enheten Tilrettelagte tjenester. Det blir dermed vanskelig å få en oversikt over risikoområder og svakheter i tjenesten. En kartlegging av områder med risiko for svikt har som formål å identifisere områder der svikt kan inntre ofte, identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre og å forebygge svikt og uønskede hendelser. Det er vår vurdering at enhet for Tilrettelagte tjenester har et aktivt forhold til avviksstatistikk, men at denne ikke brukes i en overordnet ROS-analyse i enhet for Tilrettelagte tjenester. Vi er blitt gjort oppmerksomme på at det er arbeidet med en ROS-analyse for Miljøarbeidertjenesten etter avslutningen av vår datainnsamling.

Med hensyn til avdekking av risiko i forbindelse med pasientforløp, er samarbeidsavtalen mellom Ahus og kommunene styrende for praksis. Vårt inntrykk er at Tilrettelagte tjenester har et aktivt forhold til denne avtalen. Samarbeidsavtalen tar opp i seg kravene til risikovurderinger. I praksis blir risiko kartlagt i hvert enkelte tilfelle. Vi vurderer også at løsningen med primærkontakt er en trygghetsfaktor i overganger mellom kommunen og andre behandlere. Tildelingskontoret har også en rolle med tanke på risikovurderinger, og praksis med evalueringer i Profil gjør det mulig å endre vedtakene. Tildelingskontoret og koordinatorene i enheten har samarbeidsmøter rundt overganger, hvor risikovurderinger blir gjennomført.

Eventuelle avvik i samarbeidene skal meldes inn i kommunens internkontrollsystemer Compilo og Profil. Vi har fått opplyst at e-meldingene har forenklet samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og at fastlegene er sentrale i denne prosessen. Vår samlede vurdering er at revisjonskriterium 1.2 er delvis etterlevd. Kommunen har et forbedringspotensial med hensyn til å systematisere arbeidet fra enkeltsaker til overordnet nivå.

 Kommunen bør ha et system for å avdekke risiko, særlig i forbindelse med samarbeid og overganger i helsetilbudene, samt sette inn tiltak ved behov.


5.3.3 Vurdering av revisjonskriterium 1.3 – tilgjengeliggjøring av oppgaver, kompetansetiltak og avvik

Når det kommer til å tilgjengeliggjøre kommunens oppgaver, organisering og planer for de ansatte, gjøres oppgavene kjent gjennom opplæring av nyansatte i Tilrettelagte tjenester. Ved at nyansatt og

opplæringsansvarlig følger opplæringsrutinen, gis nyansatte en innføring i de arbeidsoppgavene de skal gjennomføre. Opplæring i relevante regelverk, rutiner og forskrifter sikres gjennom dette opplæringskjemaet, og ansatte og teamleder signerer etter utførelse av opplæringsbolkene. Personalmøter, fagmøter og terapeutmøter vil etter vår vurdering være nyttige arenaer for å få informasjon om jobbutførelsen i enhet for Tilrettelagte tjenester, hvor ansatte får anledning til å stille spørsmål. Det er vår vurdering at Tilrettelagte tjenester har en tilfredsstillende praksis på dette punktet.

Når det kommer til iverksettelse av kompetansetiltak, gjøres dette ved at den ansatte, i samarbeid med avdelingsleder, melder inn sine behov for opplæring. De planlagte kursene som er gjennomført for å møte disse behovene fremgår av opplæringsplanen for psykisk helse og avhengighet. I de planlagte kursene inngår også opplæring i internkontrollsystemene Profil og Compilo. Det er vår vurdering at kompetansetiltak gjennomføres på en oversiktlig måte i avdeling for Psykisk helse og avhengighet.


Med tanke på tiltak for å lukke avvik, fremgår det i avviksprosedyrene at avvik skal meldes til nærmeste leder, og at forbedringsforslag skal inkluderes i avviksmeldingen. Avvik er også fast punkt på personalmøtene med de ansatte. Tiltak for å forebygge avvik diskuteres også i disse møtene. Dersom det oppstår behov for å endre prosedyrer og sjekklister på grunnlag av avvik, gjennomføres de nødvendige endringene av avdelingsleder i Psykisk helse og avhengighet. Ansatte kan også ta opp forbedringstiltak i workshoper, og bidra til utforming av utviklingsplan i avdelingen. Det er vår vurdering at avvikene benyttes i forbedringsøyemed ved at prosedyrer og sjekklister rettes opp der det er nødvendig for å forebygge svikt. På grunnlag av dette mener vi at revisjonskriterie 1.3 er etterlevd.

 Kommunen må tilgjengeliggjøre kommunens oppgaver, organisering og planer for de ansatte, iverksette kompetansetiltak og tiltak for å lukke avvik og forebygge svikt.

5.3.4 Vurdering av revisjonskriterium 1.4 – evaluering

Avdeling for rus og psykisk helse har en rekke organisatoriske sjekkpunkter for evaluering. Disse er formaliserte i lederavtalene som inngår i kommunens system for virksomhetsstyring. Det settes delmål i enhetenes utviklingsplaner og i lederavtalene. Disse følges opp igjen under utviklingsdialoger, som involverer kommunedirektør, enhetsleder, HR-leder, økonomileder, leder for utviklingsavdelingen, avdelingsledere i enheten, tillitsvalgte og verneombud. Økonomi og sykefravær tas også opp i disse dialogene. I intervju med enhetsleder har vi blitt informert om at disse evalueringene er muntlige, og at de ikke skriftliggjøres. Når evalueringene ikke nedskrives er det også en risiko for at ting man kan lære av til senere forsvinner med tiden og personellutskiftinger. Det kan derfor være hensiktsmessig å nedskrive evalueringer knyttet til mål som relateres til hele tjenesten.

Vi mener at kommunens praksis for evalueringer i avdelingen i Psykisk helse og avhengighet fremstår som en systematisk evalueringspraksis. I avdelingen opplever vi at tiltakenes virkning på brukerne evalueres fortløpende. Vi vurderer det dithen at det på bakgrunn av evalueringer rundt rusbehandling i kommunen finnes et ønske om kompetanseheving, spesielt med tanke på henvisninger til DPS, og behov om større fagmiljø. Evalueringer av måloppnåelse er imidlertid ikke dokumentert. På grunnlag av dette mener vi at revisjonskriterie 1.4 er delvis etterlevd.

 Kommunen må evaluere aktiviteter gjennom kontroll og vurdering av de gjennomførte aktivitetenes effekt, ved blant annet bruk av informasjon om egen virksomhet.


5.3.5 Vurdering av revisjonskriterium 1.5 – gjennomgang av styringssystem

Når det kommer til den årlige gjennomgangen av styringssystemet, mener vi at kommunen gjennomfører en slik årlig systemrevisjon hvor kommunen går gjennom styringssystemet for helse en gang i året. Kommunedirektøren bærer det overordnede ansvaret for gjennomgangen, og oppgaven med å

gjennomføre en slik gjennomgang er delegert til enhetsleder for Tilrettelagte tjenester. Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester gjennomgår hele styringssystemet for helse, og vi ser at sjekklisten for Tilrettelagte tjenester klassifiserer punkter i organisasjonen i «grønne», «gule» og «røde», ut fra i hvilken grad det er iverksatt tiltak for de ulike punktene.

Systemrevisjonen er også sak i lokalt arbeidsmiljøutvalg årlig. Vurdering av lederavtalene inngår også her. Det finnes imidlertid ikke skriftlig dokumentasjon over evalueringsmøter av lederavtalene.

Det er vår vurdering at det er utarbeidet et styringssystem for helse, og at dette gjennomgås en gang i året, hvor det vurderes om ønskede mål og resultater gjennomgås. På grunnlag av dette mener vi at revisjonskriterie 1.5 er etterlevd.

 Kommunen må minst én gang årlig gjennomgå hele styringssystemet for helse for å vurdere om ønskede mål og resultater oppnås.


5.3.6 Vurdering av revisjonskriterium 1.6 - korrigerings

Basert på den informasjonen vi har fått i intervjuer, og beskrivelser av forbedringsprosesser i kommunen, er vi av den oppfatning at Grue kommune har gjennomført flere tiltak i arbeidet med å lukke avvik. På kort sikt gjennomfører avdelingen debrifinger, og evalueringer etter uønskede enkelthendelser for å gjennomføre endringer som kan forhindre liknende avvik i fremtiden.

Grue kommune har vært gjenstand for flere presseoppslag knyttet til helsetilbud, og har hatt tilsyn fra Statsforvalteren om kommunens tilbud til brukere med psykiske lidelser og rusutfordringer. Sakene har bidratt til en omorganisering og etablering av Miljøarbeidertjenesten, akutt plass i kommunens bofellesskap, «trepartssamarbeid» og «samskappingsprosjektet».

Akutt plassen i kommunens bofellesskap er tenkt for å følge opp samhandlingsreformens føringer om en styrket kommunal helsetjeneste. «Samskappingsprosjektet» i Grue kommune er et arbeid som også kan fungere forebyggende for rus og psykisk helse i kommunen. «Samskaping» involverer sivilsamfunnets lag, foreninger og innbyggere for å samarbeide for å skape fritidstilbud til innbyggerne i Grue i samarbeid med kommunen. Dette er alle eksempler på endringer som har blitt gjort for å forbedre tjenestene innen rus og psykisk helse i Grue kommune.

Vi mener at det er blitt gjort en del arbeid med å korrigere uforsvarlige forhold, men at kommunens sjekkliste over systemrevisjonen for 2023, tyder på at det fremdeles er noe arbeid som må gjøres for å korrigere de enda gjenstående forholdene som er identifisert. Vi mener derfor at revisjonskriterie 1.6 er delvis etterlevd.

 Kommunen må rette opp uforsvarlige forhold med korrigerende kort- og/eller langsiktige tiltak.

5.3.7 Konklusjon på problemstilling 1 – Tjenestetilbudet innen rusomsorg og psykiske helse-tjenester

Problemstillingen handler om hvordan Grue kommunes arbeid med planlegging og internkontroll sikrer etterlevelse av lov- og regelverk, og øvrige føringer for arbeidet innen rusomsorg og psykisk helse.

Våre undersøkelser viser at kommunen har en del på plass i forhold til et system for å tilgjengeliggjøre kommunens oppgaver, organisering og planer, samt iverksette kompetansehevende tiltak og tiltak for å lukke avvik.

Kommunen har imidlertid et forbedringspotensial i forhold til bruk av overordnet avviksoversikt som oversikt over risikoområder og utarbeidelse av risiko- og sårbarhetsanalyser på tjenestenivå. Kommunen kan også med fordel skriftliggjøre evalueringer av oppnådde mål, som er nedfelt i kommunens utviklings- og lederavtaler.

Undersøkelsen viser også at kommunen gjennomfører en systemrevisjon med sjekklister for punkter som skal vurderes, og at kommunen i 2023 identifiserte flere forbedringsområder i forbindelse med gjennomgangen.

Vi er i etterkant av datainnsamlingen blitt informert om at det er startet et arbeid med risiko- og sårbarhetsanalyse i Miljøarbeidertjenesten.








Vår konklusjon er at kommunen i det alt vesentligste sikrer at tjenestetilbudet innen rusomsorg og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverk og statlige føringer, gjennom kontinuerlig planlegging og et etablert styringssystem for rusomsorg og psykiske helsetjenester.

6 Problemstilling 2 – Koordinering av tilbudet

I hvilken grad sikrer Grue kommune at pasienter/brukere innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud?

6.1 Revisjonskriterier for problemstilling 2

Følgende er en tabell med de kriterier vi har benyttet for å besvare problemstillingen og våre vurderinger av disse. Kriteriene er gjengitt i kortform. For en full utledning av revisjonskriteriene, se [vedlegg A](#). Tabellen er interaktiv, og leseren kan gå rett til den enkelte vurdering ved å trykke på det enkelte kriteriet. Vurderingene er knyttet til de data som er samlet inn og som blir gjengitt i kapitlene nedenfor. Vi gjør derfor leseren oppmerksom på at vurderingene må sees opp imot de innhentede data i prosjektet.

	Kriterium 2.1	Kommunen bør sikre godt samarbeid på tvers av tjenester ved å etablere samhandlingsarenaer og formalisere samarbeidet gjennom avtaler og rutiner, blant annet med NAV-kontoret, fastlegene og spesialisthelsetjenesten.
	Kriterium 2.2	Grue kommune må ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, som har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.
	Kriterium 2.3	Dersom bruker har et behov for det, og ønsker individuell plan, må koordinator bidra til å sikre samordning av tjenestetilbudet og sørge for nødvendig oppfølging av brukeren.
	Kriterium 2.4	Helsesykepleier bør gjennomføre hjemmebesøk 7-10 dager etter fødsel, og tematisere psykisk helse i tråd med helsedirektoratets anbefalinger om hjemmebesøk etter fødsel. Informasjonen fra disse samtalene bør brukes som grunnlag for støttesamtaler og ekstra konsultasjoner til foreldre som har behov for ekstra oppfølging.
	Kriterium 2.5	Skolehelsetjenesten bør gjennomføre skolestartundersøkelser og helsesamtaler på 8. trinn.
	Kriterium 2.6	Skolehelsetjenesten bør benytte kilder og ha verktøy for å kunne skaffe oversikt over elevenes psykiske helsesituasjon.
	Kriterium 2.7	Skolehelsetjenesten og skolen bør samarbeide for å bidra til at det utvikles systemrettede planer og tiltak for å fremme elevenes trivsel, læring og helse.

6.2 Innhentet data

6.2.1 Samarbeid på tvers av tjenestene: samhandlingsarenaer og rutiner

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 angir krav til kommunens samhandling mellom ulike deltjenester i kommunen samt med andre tjenesteytere når det er nødvendig for å gi nødvendige helsetjenester.

I dokumentet «Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom Ahus og kommunene» blir kommunenes og Akershus universitetssykehus sine ansvarsområder formalisert. Ifølge denne rutinen er partene, altså Ahus og Grue kommune, ansvarlige for ulike koordinatorfunksjoner, som koordinerende enhet, individuell plan og koordinator og barnekoordinator. Partene er også ansvarlige for å samarbeide om pakkeforløpene.^{26 27}

²⁶ Pakkeforløp er nasjonale standardiserte pasientforløp, der målet er å bidra til rask utredning og behandlingsstart uten unødvendig ventetid. Kilde: <https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-for-kreft/> (Hentet: 18.12.23.)

²⁷ Kilde: «Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom Ahus og kommunene», side 6.

Rutinen fastsetter kommunens ansvar for å sende skriftlig henvisning i henhold til nasjonal faglig veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis elektronisk.²⁸ Kommunene skal innlede samarbeidet så snart som mulig, og senest første virkedag etter mottatt PLO.²⁹ Rutinen redegjør for varsel til sykehus (punkt 3.2.1), samt samarbeid om gode og trygge pasientforløp (punkt 3.2.2). I sin helhet heter det under dette punktet at kommunens ansvar omfatter å:

«Innhente nødvendig og utfyllende informasjon, og ved behov gjennomføre vurderingsbesøk. Ved varsel om at pasient vil stå uten egnet bolig etter utskrivning, skal det iverksettes internt samarbeid med NAV/ boligkontor snarest. Ivareta god dialog underveis i forløpet».³⁰

Videre heter det om samarbeidsmøter at:

«Samarbeid om god utskrivningspraksis kan medføre behov for samarbeidsmøter. Dersom en av partene melder behov for samarbeidsmøte vedrørende pasient, plikter begge partene å stille på kort varsel. Det skal redegjøres for hvorfor det er ønskelig med møte, hva som ønskes drøftet og hvem man ønsker skal stille. Ahus skal legge til rette for at samarbeidsmøter skal kunne gjennomføres på sykehuset, alternativt på telefon eller digitalt.»³¹

I samarbeidet mellom Akershus universitetssykehus og fastlegene, henviser denne samarbeidsavtalen til «Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger, andre kommunale leger, og Akershus universitetssykehus». Denne rutinen redegjør for epikriseoverføring mellom fastlege og sykehus, polikliniske notater, og epikriser fra avtalespesialister.³²

Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester fortalte at enheten har samarbeidsmøter med DPS seks ganger i året. Avdelingsleder henviste til Leder samarbeidsforum (LSF), som er et samarbeidsorgan i DPS, med alle avdelingsledere i DPS, enhetsleder i DPS, og representanter for samordningskontorene. Da intervjuet med enhetsleder ble gjennomført 21. august 2023, var denne samarbeidsavtalen under revisjon.

Videre foreligger det også en «Samarbeidsavtale - IPS», mellom DPS hos Akershus Universitetssykehus, Avdeling Kongsvinger, Kongsvinger kommune, Grue kommune, Sør-Odal kommune, Nord-Odal kommune, Eidskog kommune og NAV-kontorene i Kongsvinger-regionen.³³ «IPS» står i denne sammenhengen for individuell jobbstøtte, som er den norske betegnelsen på den internasjonale arbeidsrehabiliteringsmodellen «Individual Placement and Support». Ifølge samarbeidsavtalen har denne modellen vist gode resultater på arbeidsdeltakelse også i Norge.³⁴ Av denne avtalen leser vi at «de overordnede målene er å bidra til tett og forpliktende samhandling mellom helsetjenestene og NAV for å integrere, og drifte individuell jobbstøtte-/IPS-tjenesten, samt at flere personer med rus- og/eller psykiske lidelser [skal ut] i ordinær jobb og [få] bedret livskvalitet gjennom å følge IPS-metodikken.»³⁵

²⁸ Kilde: Helsedirektoratet. «Henvisningsveileder». <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/henvisningsveileder> (Hentet 16.11.2023).

²⁹ PLO-melding står for «Pleie og omsorgsmelding». «Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene har begynt å ta i bruk pleie og omsorgsmeldingene i samhandling med fastleger og helseforetak. Samhandlingsløsningene skal fungere på tvers av virksomheter og nivåer.» Kilde: [https://www.ehelse.no/Standardisering/standarder/bruk-av-pleie-og-omsorgsmeldinger-hisd-80806-2012/_attachment/inline/0905a496-f5a1-4006-9816-2d8bd2f841e9:2d43b36db2ae820665d9daa-efcf3163ada459e43/Bruk%20av%20pleie-%20og%20omsorgsmeldinger%20\(HISD%20808062012\).pdf](https://www.ehelse.no/Standardisering/standarder/bruk-av-pleie-og-omsorgsmeldinger-hisd-80806-2012/_attachment/inline/0905a496-f5a1-4006-9816-2d8bd2f841e9:2d43b36db2ae820665d9daa-efcf3163ada459e43/Bruk%20av%20pleie-%20og%20omsorgsmeldinger%20(HISD%20808062012).pdf) (Hentet 2.1.2024).

³⁰ «Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom Ahus og kommunene», side 9.

³¹ Ibid.

³² «Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger, andre kommunale leger og Akershus universitetssykehus», side 2.

³³ «Samarbeidsavtale IPS i Kongsvinger-regionen». Sist oppdatert: 2022. (Oversendt fra Grue kommune i en e-post 26.5.2023).

³⁴ Helsedirektoratet: «Individuell jobbstøtte (IPS)». <https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/individuell-jobbstotte-ips> (Hentet 30.6.2023).

³⁵ «Samarbeidsavtale IPS i Kongsvinger-regionen». Sist oppdatert: 2022.

I denne samarbeidsavtalen er målsetningene for 2022-2023, at partene (psykisk helse og NAV, representert ved jobbspesialistene) i samarbeidsavtalen inviterer hverandre til felles fagsamlinger, og/eller hospitering, slik at IPS-samarbeidet blir en godt integrert del av behandlingen i helsetjenesten. Arbeids- og velferdsdirektoratet har for IPS i Kongsvinger-regionen også satt som mål for arbeids- og velferdsetaten at 45 % av deltakerne skal være i jobb/utdanning når tjenesten er avsluttet i løpet av kalenderåret, og at avdeling for Psykisk helse og avhengighet vil bidra til måloppnåelsen.

Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester mente samarbeidet mellom enheten og NAV-kontoret fungerer bra. Ifølge avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet tok de i 2022 initiativ til å opprette samarbeidsmøter da det var litt ulike forventninger til hverandre, og til hvordan de skulle løse oppgaver. Kommunens miljøterapeuter samarbeider med NAV. Samarbeidet har bidratt til en bedre felles forståelse for hverandre og avklart forventninger.

Angående samarbeid med fastlegene, fortalte enhetsleder for Psykisk helse og avhengighet at kommunen har ansvarsgruppemøter med de involverte aktørene sammen med pasienten. Psykisk helse og avhengighet har seks møter i året med den fastlegen som avdelingen har mest samarbeid med. Avdelingsleder sa at de gjerne skulle hatt møter med alle fastlegene i området, som har pasienter som Grue kommune leverer tjenester innen psykisk helse og/eller rusutfordringer til. Koordinatorene i Psykisk helse og avhengighet mente at fastlegen anses som den viktigste instansen å samarbeide med når det kommer til brukere av tjenester innen psykisk helse og avhengighet.

6.2.1.1 Rutiner for informasjonsutveksling

I Grue kommunes kvalitetssystem, ligger rutine for «elektronisk meldingsutveksling mellom kommune, fastlege og sykehus». ³⁶ Her heter det at før det sendes elektronisk melding til sykehus eller fastlege, må helsepersonell sikre at informasjonen de sender fra seg er korrekt og oppdatert. Sjekkpunktene som må fylles ut er

- IPLOS
- Legemiddelkort
- Diagnose(r)
- Riktig journalansvarlig
- Riktig primærkontakt
- Riktig pårørendeopplysninger
- Riktig fastlege
- Legge inn midlertidig opphør og avslutte midlertidig opphør ved innleggelse/ utskrivelse

Videre har vi fått oversendt sjekklister for innleggelsesrapport som inneholder 15 punkter. Individuell plan skal legges ved denne rapporten. Funksjonsnivå ADL, ³⁷ og morsmål er andre aktuelle punkter i denne innleggelsesrapporten.

6.2.2 Koordinerende enhet og individuell plan

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 skal kommunen utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Etter § 7-3 skal kommunen ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet.

³⁶ Oversendt fra Grue kommune i e-post 26.5.2023.

³⁷ ADL defineres som meningsfulle og målrettede handlinger som mennesker utfører på ulike livsområder. (Kilde: <https://sml.snl.no/ADL>, Hentet: 2.11.2023).

Vi har gjort en kontroll med individuelle planer i Profil.³⁸ På kontrolltidspunktet var det 15 aktive individuelle planer for rehabilitering og habilitering. Av disse gjennomførte vi stikkprøvekontroll av 9 individuelle planer. Vi kontrollerte de individuelle planene på kontrollpunktene i tabellen som vist under i kolonnen lengst til venstre. Kontrollpunktene er utledet fra kommunens mal. I midtre kolonne er andelen planer som oppfyller kontrollpunktene listet opp. Denne andelen er skrevet i en prosentmessig andel i kolonnen til høyre.

Kontrollpunkt:	Individuelle planer som oppfyller kontrollpunkt:	Prosentandel:
Brukermedvirkning	9/9	100%
Evalueringsdatoer	6/9	67%
Hovedmål	7/9	78%
Delmål	9/9	100%
Tiltak for å nå delmål	8/9	89%
Ansvarlige for delmålene	7/9	78%
Tidsramme for delmålene	7/9	78%
Involverte enheter fra kommunen	9/9	100%
Involverte enheter fra spesialisthelsetjenesten	8/9	89%
Situasjonsbeskrivelse med bruker	9/9	100%

Tabell 1: Resultater av stikkprøvekontroll av individuelle planer.

Koordinerende enhet bærer i Grue kommune navnet «Tildelingskontoret», og hadde per 25. august 2023 seks ansatte. Tildelingskontoret er organisert under sykehjemmet i kommunen.

Konstituert leder for Tildelingskontoret mente at Tildelingskontorets overordnede ansvar for oppnevning av koordinator fungerer greit. Tildelingskontoret har opplevd at driftsavdelingene kommer til dem med spørsmål. Tildelingskontoret har veiledet dem i disse tilfellene. Når det kommer til det overordnede ansvaret for opplæring av koordinator, har kommunen hatt fagdager om individuell plan, som ble arrangert i 2022 og i juni 2023. Alle driftsenhetene i kommunen ble invitert. Leder for Tildelingskontoret fortalte at Psykisk helse og Miljøarbeidertjenesten var veldig engasjerte under disse fagdage. Tildelingskontoret opplever at dette fokuset hjelper litt, og at fagdage holder bevisstheten oppe om temaet individuell plan. Når det gjelder det overordnede ansvaret for veiledning av koordinator, så ga leder for Tildelingskontoret uttrykk for at dette fungerer bra. Leder for Tildelingskontoret fortalte at enhetene som Tildelingskontoret samarbeider med heller spør en gang for mye enn en gang for lite. Konstituert leder for Tildelingskontoret fortalte angående samordningen av tjenestetilbudet, at koordinatorene i mange av tilfellene er oppnevnt blant ansatte i Psykisk helse og avhengighet, eller i Hjemmesykepleien.

Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet ga uttrykk for at hun har fått god opplæring i bruk av individuell plan. Avdelingsleder fortalte at lege har bistått med opplæring i utarbeidelse av individuell plan. Brukerne skal spørres om de ønsker individuell plan, og dette ligger i rutinene til primærkontaktene. Avdelingsleder fortalte imidlertid at fåtallet av brukerne ønsker individuell plan. I avdeling for Psykisk helse og avhengighet er det miljøterapeutene som fungerer som koordinatorene.

Koordinatorer i avdeling for Psykisk helse og avhengighet fortalte at de opplever samarbeidet med Tildelingskontoret som et bra samarbeid, og Tildelingskontoret har jevnlig dialog med koordinatorene. Koordinatorene i Psykisk helse og avhengighet påpekte imidlertid at Tildelingskontoret lå litt etter på oppdatering av vedtakene på intervjutidspunktet.³⁹ De skulle også ønske at Tildelingskontoret hadde

³⁸ Gjennomført 25.8.23.

³⁹ Intervjuet ble gjennomført 29.8.23.

hatt kapasitet til å gjennomføre vurderingssamtalene med to personer fremfor en, og at samtalene er grundigere. Under intervju med Familieteamet kom det frem at det råder en viss usikkerhet om bruk av individuell plan i Familieteamet.

6.2.2.1 Barnekoordinator

Under datainnhenting ble vi gjort oppmerksom på at Grue kommune i tidspunktet for intervjuer ikke hadde ansatt barnekoordinator. Innholdet er ikke relevant ut fra de utledede revisjonskriteriet, og er dermed satt inn i et separat underkapittel.

Barnekoordinator er en rettighet etter pasient og brukerrettighetsloven § 2-5 c, hvor det heter at «Familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, har rett til barnekoordinator i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a».

6.2.3 Hjemmebesøk og støttesamtaler til nybakte foreldre

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Denne inneholder anbefalinger for hjemmebesøk og støttesamtaler til nybakte foreldre, hvor blant annet psykisk helse og trivsel bør tematiseres.

I figur 5, ser vi at det i Grue ble gjennomført hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter hjemkomst i 90,5 % av tilfellene i 2022. Hjemmebesøk av helsesykepleier til nyfødte ble gjennomført i 100 % av tilfellene i 2022.

	Andel barn (prosent)	
	2021	2022
Hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter hjemkomst		
3417 Grue	87,1	90,5
Hjemmebesøk av helsesykepleier til nyfødte		
3417 Grue	96,8	100,0

Figur 4: Statistikk over hjemmebesøk innen tre døgn etter hjemkomst, og hjemmebesøk av helsesykepleier til nyfødte. ⁴⁰

Leder for Helsestasjonen fortalte at helsesykepleier og jordmor gjennomfører hjemmebesøk hos familier med nyfødte barn hver for seg. Dette innebærer at det gjennomføres to hjemmebesøk.

Under hjemmebesøkene får familiene anledning til å prate med fagpersonell om fødselsopplevelser og ting som har dukket opp etter fødselen. I enkelte tilfeller kan det være behov for å følge opp enkelte familier noe tettere, og hjemmebesøkene kan være en foranledning for at familier etter hvert får støtte gjennom Familieteamet. Noen av disse barna kan etter hvert komme under Familieteamets ansvarsområde på et senere tidspunkt. ⁴¹

Avdeling for Psykisk helse og avhengighet har et skjema for kartlegging, som inneholder Helsedirektoratets retningslinjer for hjemmebesøk etter fødsel. Denne brukes ved behov. Dersom Helsestasjonen får kontakt med brukere innen rus/psykisk helse, utveksles det informasjon mellom enhetene etter at samtykke til informasjonsdeling er innhentet. Helsestasjonen bruker samtykkeskjema i deling av informasjon med barnehager og skolehelsetjenesten. Dokumentasjon rundt brukerne i kommunen lig-

⁴⁰ SSB (<https://www.ssb.no/statbank/table/11993/> Hentet 18.12. 2023).

⁴¹ Familieteamet er et forebyggende lavterskeltilbud for barn og unge fra 0-23 år og deres familier, samt gravide i Grue kommune. Det er et tilbud for mennesker som møter utfordringer, og de tar utgangspunkt i det barn, ungdom og familiene selv opplever som vanskelig i hverdagen. (Grue kommune: «Familieteamet i Grue», brosjyre).

ger i to ulike programmer, «HS-Pro», og «Profil». Helsestasjonen har fått tilbakemelding om at Familie teamet overholder kort responstid ved henvendelser, og at de holder seg innenfor fristen på 14 dager.

Etter helsepersonelloven § 33, skal barselomsorgen videreformidle informasjon dersom det oppstår bekymringer ved hjemmebesøkene. Helsepersonell skal, uten hinder av taushetsplikt, og på eget initiativ, umiddelbart melde fra til barneverntjenesten når:

- det er grunn til å tro at et barn er utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt.
- når det er grunn til å tro at et barn har livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade og ikke kommer til undersøkelse eller behandling, eller at et barn med nedsatt funksjonsevne eller et spesielt hjelpetrengende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling eller opplæring⁴²

Dette etter helsepersonelloven § 33, om opplysningsplikt til barnevernet.⁴³

Dersom det ikke foreligger bekymringer som utløser meldeplikt til barnevernet, krever taushetspliktbestemmelsene samtykke til deling av informasjon med barnehager og skolehelsetjenesten.

Enhetsleder for Oppvekst informerte i intervju om at informasjon fra hjemmebesøk etter fødsler i første omgang brukes i barnehagen. Dersom det er spesielle forhold som har dukket opp i hjemmebesøkene så vil dette deles med leder i Oppvekst etter innhenting av samtykke fra foreldre.

Psykisk helse og avhengighet har personer fra 18 år og oppover som målgruppe for tiltak. Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet sa at de prioriterer foreldre når det gjennom hjemmebesøk oppstår bekymringer. Dersom avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet mottar en bekymringsmelding tas denne umiddelbart tak i. Avdelingsleder følger opp saken samme dag for å vurdere om det er akutt eller ikke.

Grue kommune har fått bevilget 500 000 kroner til barneansvarlig over statsbudsjettet for 2023. I tildelingsbrevet fra Helse direktoratet heter det at midlene skal disponeres til «helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver». Videre fremgår det at «målet med tilskuddsordningen er å utvikle kommunale modeller som bidrar til [...] at barn og unge som pårørende og etterlatte til foreldre eller søsken får ivaretatt sine behov for informasjon og nødvendig oppfølging». ⁴⁴ Det ble ansatt barneansvarlig i 50 % stilling med virkning fra 1.11.2023. ⁴⁵

6.2.4 Skolestartundersøkelser og helsesamtaler på 8. trinn

I Helse direktoratets veileder blir det anbefalt at skolehelsetjenesten har et fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser, i tillegg til rusmiddel- og medikamentbruk.

⁴² Helse direktoratet: «Opplysningsplikt: Helsepersonell skal melde fra til barnevernet når vilkårene for opplysningsplikten er oppfylt». (Kilde: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-opplysningsplikt/opplysningsplikt-helsepersonell-skal-melde-fra-til-barnevernet-nar-vilkarene-for-opplysningsplikten-er-oppfylt> Hentet 11.1.2023)

⁴³ Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) § 33. (Kilde: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> Hentet 11.1.2023).

⁴⁴ Helse direktoratet, ref.: 23/10223-3. Dato 08.05.2023.

⁴⁵ E-post fra enhetsleder Tilrettelagte tjenester, 19.1.2024.

Helsestasjonen var i en utsatt situasjon da intervjuet ble gjennomført i august 2023. To av de ansatte ved Helsestasjonen hadde sagt opp i løpet av året og stillingene sto på intervjudtidspunktet vakante.⁴⁶ I figur 5, ser vi at årsverk i skolehelsetjenesten har vært på mellom 2,5 – 3,5 i årene 2015-2022.

	Avtalte årsverk (årsverk)							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
3417 Grue								
Utdanning i alt	3,2	3,0	3,5
0423 Grue (-2019)								
Utdanning i alt	2,9	3,0	2,6	2,5	2,5	.	.	.

Figur 5: Årsverk i skolehelsetjenesten i Grue 2015 – 2022.

Leder for Helsestasjonen sa i intervju at alle 1. klassinger får tilbud om skolestartundersøkelser i kommunen. Under skolestarten i 1 klasse er foreldre med, her gjennomgår Helsestasjonen tema med utgangspunkt i veilederen fra Helsedirektoratet. Tema i disse undersøkelsene er mange, og Helsestasjonen ser etter samspill mellom foreldrene og mellom foreldre og barn. Helsepsykepleierne forsøker på grunnlag av dette å danne seg et bilde av hvordan barnet har det. Vi ble videre presentert med rutinene for helsesamtalen på 1. trinn. I denne fremgår det at Helsestasjonen gjennomgår temaene mestring, trivsel og relasjoner, søvn og søvnvaner, kost og måltider, fysisk aktivitet, fritidsaktiviteter og stillesitting, tannhelse, ulykker og skader, vold, overgrep og omsorgssvikt. I tillegg til dette bruker skolehelsetjenesten en rutine som anmoder helsepsykepleierne til å observere mulige tegn på uheldig samspill og psykisk vold, gjennom helsesamtalen og den somatiske undersøkelsen. Videre fortalte leder for Helsestasjonen at elevene veies, lett avkledd, slik at man får mulighet til å observere eventuelle blåmerker eller andre avvik. Ved behov ber de om oppfølgingsamtaler uten barnet. Prosedyren ligger i Compilo. Helsepsykepleierne bruker 30-45 min per elev. Legeundersøkelse gjennomføres med 30 minutter per barn.

Leder for Helsestasjonen fortalte at de bruker en rutine for helsesamtaler på 8. trinn, dette etter Helsedirektoratets veileder. Rutinen tematiserer mestring, trivsel og relasjoner, søvn og søvnvaner, kosthold og måltidsvaner, fysisk aktivitet og stillesitting, tannhelse, seksualitet og samliv, tobakk, alkohol og rusmidler, vold, overgrep og omsorgssvikt, og informasjon om fastlegetjenesten og dennes taushetsplikt. Ifølge leder for Helsestasjonen tas selvsykdom og eventuelle selvmordstanker opp i samtalen dersom dette oppleves som aktuelle tema. I tillegg til samtale blir det gjennomført veiing. Vi fikk oppgitt at man forsøker å tone ned vekt som tema, for å forhindre negative virkninger ved å fokusere vekt og kropp.

Leder for Helsestasjonen fortalte at det var et etterslep på helsesamtaler for 8. trinn ved Grue Barne- og ungdomsskole før sommeren 2023. Videre har det ikke latt seg gjøre å gjennomføre samtaler for alle elever på grunn av utfordringer i rekrutteringen til Helsestasjonen enkelte år. Enhetsleder for Oppvekst sa at helsesamtalene på 8. trinn høsten 2023 ikke blir gjennomført før de ledige stillingene i Helsestasjonen er besatt. De elevene som allerede mottar oppfølging i kommunen, vil bli fulgt opp av de andre enhetene i kommunen frem til da. Informasjon som kommer fra vernepleier eller skolemiljøteam blir brakt videre til lærere som tilpasser så langt de kan innenfor de rammene de har. Skolemiljøteamet består av tre lærere som har dedikert 1 time hver i uka, samt sosiallærer som har en 40% stilling i skolemiljøteamet. Skolemiljøteamet samarbeider med barnevern, SLT-nettverket, samt politiet, og gjennomfører samtaleterapi med foreldre og elever.

⁴⁶ 17. august 2023.

6.2.5 Oversikt over elevenes psykiske helsesituasjon

Angående kilder og metoder for å få oversikt over elevenes psykiske helsesituasjon, fortalte enhetsleder for Oppvekst at informasjonen som er tilgjengelig for kommunen er knyttet til de elevene som har en diagnose.

Sosiallærer fortalte at Grue barne- og ungdomsskole identifiserer de elevene som er i faresonen for å utvikle psykiske utfordringer ved å observere atferd i friminuttene. Grue barne- og ungdomsskole har 30 tilsynsansvarlige, en fra hver klasse ved skolen. Sosiallærer mener det ikke finnes tiltak for de barna som er i risikozonen.

Enhetsleder for Oppvekst fortalte at kommunen ved behov kan innhente kompetanse eksternt, for eksempel fra StatPed, dersom de har behov for det. Samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolen ivaretas ved at lederen av skolehelsetjenesten deltar på felles avdelingsledermøter i kommunen en gang i måneden. Skolehelsetjenesten har kontor på skolen og er til stede ukentlig.

I intervju med avdelingsleder for Helsestasjonen, ble vi fortalt at skolehelsetjenesten ikke har full oversikt over elevenes psykiske helse. Noen barn kontakter selv helsetjenesten, noen har sagt noe til læreren, som ber om et møte, og noen ganger er det foreldre som selv ønsker det.

Skolen har ulike drøftingsmøter: Skolehelseteam, tverrfaglig team og uregelmessige digitale møter med BUP. Foreldre, lærere og Helsestasjonen er de som oftest melder inn barn til skolehelseteamet. Barn kan drøftes anonymt i skolehelseteamet, men skolehelseteamet kan også velge en løsning hvor foreldre og barn får tilbud om å delta i samtalene. Det finnes av og til tilfeller hvor det blir vanskelig å holde enkelte elever anonyme i drøftingene. Avdelingsleder for Helsestasjonen synes samarbeidet med skolen fungerer veldig bra, og at det er lett å ta kontakt.

Familieteamet i Grue kommune er et tverrfaglig team som jobber med hele familien for å styrke foreldrene som de viktigste og beste personene for barna. I familieteam deltar familien selv aktivt i å utarbeide målsettinger som gjør at man sammen finner de beste løsningene for familiens utfordringer.⁴⁷ Avdelingsleder for Helsestasjonen fortalte at barn kommer til Familieteamet gjennom ulike instanser og at teamet ikke oppleves som en isolert enhet. Hun mente at det er ganske sammensatt hva brukerne av Familieteamet har behov for av assistanse.

Ruskonsulent i Grue kommune er ansatt i en 40 %-stilling ved Grue barne- og ungdomsskole, resten av tiden bruker hun i Avdeling for Psykisk helse og avhengighet. Hun fortalte fra sitt ståsted at samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolen oppleves som dårlig, fordi de verken har nok folk i skolemiljøteamet eller i skolehelsetjenesten. Ruskonsulenten ga uttrykk for at skolen hadde et bedre fungerende samarbeid med skolehelsetjenesten før skolehelsetjenesten opplevde at to gikk fra sine stillinger i 2023. Ruskonsulenten opplever at det er færre igjen å samarbeide med, og at hun er særlig bekymret for barn på ungdomstrinnet. I tillegg er det registrert mye atferdsproblematikk på barne- og mellomskoletrinnet. Hun fortalte videre at det satses for lite på ungdommene i Grue kommune med tanke på trivsel og trygghet gjennom skolehverdagen.

Ruskonsulenten ga uttrykk for at hun og skolemiljøteamet kunne gjort mye for å identifisere barn og ungdommer i kommunen som er i faresonen, dersom de hadde hatt rutiner på området, samt tilstrekkelig personell til å følge opp disse elevene. Med tilstrekkelig personell menes tilstrekkelig ressurser ute i friminuttet og i ungdomsmiljøene. Ruskonsulent fortalte at de har prøvd å få til et undervisningsopplegg om psykisk helse og avhengighet, men at hun opplever at sosiallærer ved skolen blir brukt til

⁴⁷ «Familieteam i Grue» (Kilde: <https://www.grue.kommune.no/helse-omsorg/barn-unge-familie/familieteam/> Hentet 7.2.2024.)

mange andre konkurrerende formål i skolen. I denne sammenheng har kontaktlærere i skolen fått et stort ansvar for oppfølging av psykisk helse.

6.2.6 Systemrettede planer og tiltak for å fremme elevenes trivsel, læring og helse

I Helsedirektoratets veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fremgår det at skolehelsetjenestens aktiviteter og oversikt over elevpopulasjonens helsetilstand bør brukes i arbeid med systemrettede planer og tiltak for å fremme elevenes trivsel, læring og helse, i samarbeid med skolen.

Grue kommune har to relevante skjemaer ved oppfølging av elever dersom det oppstår bekymringer: *oppmelding til skolehelseteam* og *oppmelding til tverrfaglig team*. Faste personer i skolehelseteamet er helsesøster, sosiallærer og undervisningsinspektør. Faste personer i tverrfaglig team er avdelingsleder Helsestasjonen, Solør barneverntjeneste, Solør PPT, samt skolen.

Grue barne- og ungdomsskole har en rutine kalt «Fornyelse av rutinebeskrivelse i lys av Barnekonvensjonen, Fagfornyelsen, St.m. 6 og § 9A». Denne rutinebeskrivelsen gjelder faglig og sosial utvikling og inkludering for alle elevene. Videre heter det at i tilfeller hvor barnets helse krever umiddelbare tiltak, skal melding gå til skolens ledelse med en gang. Informasjon om eleven foreligger på bakgrunn av kartlegginger, undersøkelser og/eller samtaler. Deretter gjennomføres det samtaler, og det skal iverksettes tiltak for å forbedre den psykososiale situasjonen. Dersom man ikke finner tilfredsstillende tiltak på trinnet, løftes saken til dialog med det interne støttesystemet. Dersom dette heller ikke er tilstrekkelig, løftes saken til fagteam. Dersom man heller ikke her finner tilfredsstillende tiltak, meldes behovet inn til PPT. Rutinen legger vekt på at trinnene hele veien evalueres med elevens medvirkning.

Ruskonsulent og sosiallærer etterspurte begge flere rutiner og bedre rammer når det kommer til arbeidet med å utarbeide systemrettede planer for trivsel, læring og helse i skolen. Sosiallærer mente videre at det var tilfeller hvor flere barn og unge hadde et bekymringsfullt ruskonsum, og at noen av rusmiddel-brukerne også er veldig unge. Hun mener at alt for mange barn på ungdomsskolen har hatt utfordringer i bagasjen siden barnehagen. Disse barna får oppfølging fra skolen, noen av barna har gått til sosiallærer for samtaler. Barna tar ofte kontakt med sosiallærer eller kontaktlærer. Dersom problemet er for stort, meldes dette opp til skolehelseteamet. Hjelpen som barna mottar fra skolemiljøteamet, fører noen ganger til bekymringsmeldinger til barnevernet. Sosiallærer sier at skolemiljøteamet følger med på de elevene som er identifisert.

Ruskonsulent er av den oppfatning av at hun i jobben ved skolen har fått lite informasjon, det er lite møtevirksomhet på ledernivå, og ingen beskrivelser eller tiltaksplaner for systemrettet arbeid. Ruskonsulent etterlyser bedre systemer for oppfølging av barn og unge som står i faresonen for å utvikle psykiske utfordringer og rusproblematikk.

Grue kommune er involvert i SLT Solør. SLT Solør er organisert med en styringsgruppe, tre koordineringsgrupper, og arbeidsgrupper ved behov. Styringsgruppen består av ordførerne og kommunedirektørene fra Våler, Åsnes og Grue, tjenesteleder og politikontakt ved Flisa politistasjon. Styringsgruppen sørger for samarbeid mellom det politiske-, og administrative nivået i de tre Solørkommunene, og politiet. Dette gjør at kommunene har en fast kontaktperson å forholde seg til. SLT-koordinator er sekretær i disse møtene, i tillegg deltar de to kommuneoverlegene for Åsnes, Våler og Grue der man har saker som angår kommuneoverlegene.

Koordineringsgruppen for Grue kommune består av SLT-koordinator, enhetsleder for Oppvekst i Grue, ruskonsulent, avdelingsleder Psykisk helse og avhengighet, avdelingsleder for Miljø- og oppfølgingstjenesten i Grue (tidligere ROS⁴⁸) som jobber med ungdomsklubber. Koordineringsgruppen har kontakter til DPS og ARA i Kongsvinger.⁴⁹ Sosiallærer deltar i koordineringsgruppen etter behov. Koordineringsgruppen har for øvrig mulighet til å invitere alle de ønsker. I alle de tre koordineringsgruppene i Solør-kommunene stiller politikontakt, Barneverntjenesten, NAV Solør, og rådgiver elevtjenester i Solør VGS.

SLT-koordinator ga uttrykk for at helsesykepleiere burde delta i disse møtene i Grue. Kapasiteten ved Helsestasjonen har innvirkning på mulig deltakelse. Koordineringsgruppen avgjør når det er behov for arbeidsgrupper, og setter selv disse sammen.

SLT-koordinator ga uttrykk for at det er mye psykisk uhelse i kommunene i Solør, og at arbeidet som gjøres innen avdeling for Psykisk helse, og arbeidet som gjøres i Helsestasjonen for barna, er viktig. Dette med tanke på både oppfølging av voksne med barn, så vel som barn med utfordringer. SLT-koordinator nevnte i den sammenheng tilbudet i Samtaletjenesten som er rettet mot de voksne i kommunen. Noen av de som er i kontakt med Samtaletjenesten har barn

6. juni 2023 ble det gjennomført en temakveld for 5.-10. trinn som omhandlet forebygging av rus og psykisk helse, med tittelen «Ung i Grue». På denne temakvelden dukket det opp totalt 25 foreldre. Grue barne- og ungdomsskole har rundt 350 elever, og foreldregruppen er derfor betydelig større. SLT-koordinator opplever at foreldrene de helst skulle nådd ikke dukket opp på denne temakvelden. Tema for dette foredraget handlet om hva voksenrollen betyr. Foredragene som ble holdt handlet om utviklingen som foregår i tenåringshjernen, kunnskapsoppdatering om rus, psykisk helse, mobbing, skolens arbeid, og hva oppvekstenheten burde gjøre fremover. På denne foreldrekvelden ble det brukt mye ressurser ved at politikontakt, enhetsleder for Oppvekst, leder for Helsestasjonen, ruskonsulent, og SLT-koordinator deltok. Ruskonsulenten ga uttrykk for at Grue kommune kunne annonsert dette møtet tidligere og på et mer fordelaktig tidspunkt. Ruskonsulenten er også av den oppfatning at de ikke har stort oppmøte på foreldremøtene generelt, og at foreldrene en gjerne skulle ha sett, av ulike årsaker, ikke møter opp.

FAU ved Grue barne- og ungdomsskole er av den oppfatning at potensialet er stort når det kommer til å nå ut til foreldregruppen med tanke på psykisk uhelse og rusutfordringer. De opplever at tilbudet rundt disse problemstillingene er uteblivende. FAU har etterspurt foredrag om rusforebygging i flere år, men opplever at dialogen stopper opp. De opplever at arbeidet med forebygging av psykisk helse på Grue barne- og ungdomsskole kan bli bedre.

SLT-koordinator fortalte at Barneverntjenesten, som er interkommunal, har ønsket en felles overordnet forebyggende plan for SLT-arbeidet i Solør-kommunene. Ifølge SLT-koordinator jobber veldig mange godt på sin egen tue i Solør kommunene, men at det imidlertid kan hende at arbeidet kan struktureres på en bedre måte med en overordnet plan. SLT-koordinator mener at det mangler en overordnet plan på hvor Solør-kommunene skal i SLT-arbeidet. SLT-koordinator fortalte at det arbeides med slike overordnede planer nå.

⁴⁸ «Rådgivning om spiseforstyrrelser», som nå er nedlagt i Solør.

⁴⁹ «ARA Kongsvinger utreder og behandler alvorlige avhengighetslidelser i kombinasjon med psykisk lidelse. Poliklinikkens primær oppgave er utredning/ diagnostisering og behandling av alvorlige avhengighetslidelser i kombinasjon med psykisk lidelse som krever håndtering i spesialisthelsetjenesten. Poliklinikkens målgruppe er fra 15 år og oppover. De har også tilbud til pasienter med patologisk spilleavhengighet, og pårørende. Tilbudet er rettet mot innbyggerne i Nes, Kongsvinger, Grue, Sør- og Nord-Odal og Eidskog.» (Kilde:

<https://www.ahus.no/avdelinger/psykisk-helsevern-og-rus-divisjon/rus-og-avhengighet-ara/ara-kongsvinger/#les-mer-om-ara-kongsvinger> Hentet 24.1.2024).

6.2.7 Andre funn

Vi vil også nevne at Grue kommune på revisjonstidspunktet ikke hadde ansatt barnekoordinator. Dette er et lovkrav etter pasient og brukerrettighetsloven § 2-5 c.

6.3 Revisors vurdering

6.3.1 Vurdering av revisjonskriterium 2.1 – samarbeid

Vi har lagt til grunn at kommunen bør etablere samhandlingsarenaer og formalisere samarbeid med blant annet NAV-kontor, fastleger og spesialisthelsetjenesten, for å sikre samarbeid på tvers av tjenester.


«Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom Ahus og kommunene» avklarer ansvaret mellom spesialisthelsetjenesten og Grue kommune. Vi er av den oppfatning at denne samarbeidsavtalen formaliserer samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på en dekkende måte.

Videre henviser samarbeidsavtalen til «Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger, andre kommunale leger, og Akershus universitetssykehus». Anbefalingene redegjør for informasjonsutveksling mellom fastleger, kommuner og Ahus universitetssykehus.

Samarbeid mellom kommunene i området, spesialisthelsetjenesten, og NAV-kontorene i regionen, redegjøres for i «samarbeidsavtale for individuell jobbstøtte». Målet med denne avtalen er tett og forpliktende samhandling med målsetning om bedret livskvalitet gjennom jobb for personer med utfordringer innen rus/ psykiske lidelser. Innholdet i kommunikasjonen fra Grue kommune til fastlege og sykehus reguleres av en sjekklister for pasientene for å forbedre kvaliteten i meldingene.

Vi ble informert om at samarbeidet mellom Tilrettelagte tjenester og NAV-kontoret fungerer bedre etter at Psykisk helse og avhengighet tok initiativ til å opprette samarbeidsmøter med NAV-kontoret. Samhandlingen med fastlegene er ment å sikres gjennom ansvarsgruppemøter, men vi vurderer det dithen at dette arbeidet kan forbedres ved å sikre slik kontakt med alle fastlegene som har pasienter som også mottar tjenester fra avdeling for Psykisk helse og avhengighet i Grue kommune.

Samlet sett, mener vi at revisjonskriterie 2.1 er etterlevd.

 Kommunen bør sikre godt samarbeid på tvers av tjenester ved å etablere samhandlingsarenaer og formalisere samarbeidet gjennom avtaler og rutiner, blant annet med NAV-kontoret, fastlegene og spesialisthelsetjenesten.


6.3.2 Vurdering av revisjonskriterium 2.2 – koordinerende enhet

Tildelingskontoret fungerer som koordinerende enhet i Grue kommune. Tildelingskontoret samordner habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i kommunen, og har det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan i Grue kommune. Det er vår vurdering at Grue kommune tilfredsstiller dette kravet.

Når det kommer til oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene, har vi fått opplyst at dette oppleves ivaretatt. Det er vår vurdering at Grue kommune tilfredsstiller dette kravet.

Vi vil imidlertid trekke frem at Grue kommune ikke har hatt barnekoordinator under perioden som forvaltningsrevisjonsprosjektet har vært gjennomført.

Vår samlede vurdering er at revisjonskriterie 2.2 er etterlevd.

 Grue kommune må ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, som har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

6.3.3 Vurdering av revisjonskriterium 2.3 – individuell plan


Vi legger til grunn i kriteriet at dersom bruker har et behov for det, og ønsker individuell plan, må koordinator bidra til å sikre samordning av tjenestetilbudet og sørge for nødvendig oppfølging av brukeren.

Stikkkontrollen viser at de aller fleste individuelle planene er fylt ut i tråd med malen, men at det også er noen av planene som har vært ufullstendig utfylt. Vi bemerker i den forbindelse enkelte avvik for evalueringsdatoer for å nå hovedmål, fastsatt hovedmål, tidsramme for delmålene og hvem som er angitt som ansvarlige for delmålene. Vi har også registrert et avvik på at det ikke er oppført involverte tjenester fra spesialisthelsetjenesten, selv om habiliteringstjenesten ved Ahus har vært involvert. Vi vurderer det dithen at Tildelingskontoret har et forbedringspotensial i å fylle ut og oppdatere alle punktene i de individuelle planene.

Vårt inntrykk er ellers at de ansatte mener samordningen av tjenestetilbudet i stor grad fungerer bra. Informasjon fra intervjuer tyder på at det er gjennomført en del opplæringstiltak, og at koordinatorene kontakter Tildelingskontoret med spørsmål om individuell plan når det er behov for avklaringer.

Vi noterer oss også at det blir gitt uttrykk for at mange ikke ønsker individuell plan.

Basert på stikkprøvekontrollen og informasjonen vi har fått, er vår samlede vurdering at revisjonskriterie 2.3 er delvis etterlevd.

 Dersom bruker har et behov for det, og ønsker individuell plan, må koordinator bidra til å sikre samordning av tjenestetilbudet og sørge for nødvendig oppfølging av brukeren.

6.3.4 Vurdering av revisjonskriterium 2.4 – oppfølging av familier

Helsesykepleier bør gjennomføre hjemmebesøk 7-10 dager etter fødsel. Statistikk fra SSB viser at hjemmebesøk ble gjennomført i 100 % av tilfellene i 2022.

Når det kommer til å tematisere psykisk helse i tråd med helsedirektoratets anbefalinger om hjemmebesøk etter fødsel, følger Helsestasjonen direktoratets anbefalinger ved hjemmebesøk. Det blir benyttet en sjekklister dersom helsepersonellet ser at familien har behov for en mer omfattende gjennomgang.

Informasjon fra hjemmebesøk deles med Familieteamet, etter at samtykke er innhentet fra foreldrene. Hjemmebesøkene identifiserer familier med utfordringer, og disse mottar ekstra konsultasjoner fra Familieteamet. Det er i tillegg ansatt en barneansvarlig i Grue kommune. Hensikten med denne stillingen er å gi støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver. Vår vurdering er at Grue kommune tilfredsstiller kravet om at barnefamilier med behov for ekstra oppfølging får slik oppfølging.

Bekymringer som oppstår i barselomsorgen viderefremmes ved behov til andre omsorgsenheter i kommunen, men taushetspliktbestemmelsene krever samtykke til deling av informasjon med barnehager og skolehelsetjenesten.

På grunnlag av våre vurderinger mener vi at revisjonskriterie 2.4 er etterlevd.

Helsesykepleier bør gjennomføre hjemmebesøk 7-10 dager etter fødsel, og tematisere psykisk helse i tråd med helsedirektoratets anbefalinger om hjemmebesøk etter fødsel. Informasjonen fra disse samtaler bør brukes som grunnlag for støttesamtaler og ekstra konsultasjoner til foreldre som har behov for ekstra oppfølging.

6.3.5 Vurdering av revisjonskriterium 2.5 – innsats i grunnskolen

Skolehelsetjenesten bør gjennomføre skolestartundersøkelser og helsesamtaler på 8. trinn.

Alle elever ved 1. trinn ved Grue Barne- og ungdomsskole får tilbud om helsesamtale med foreldre, samt kontrollsamtale med lege. Vi vurderer at kravet om skolestartundersøkelse er oppfylt.

Vi har fått opplyst at Helsestasjonen har hatt utfordringer med rekruttering og at de høsten 2023 sto med to vakante stillinger. Leder av Helsestasjonen har opplyst at helsesamtalene på 8. trinn ikke ville bli gjennomført før vakante stillinger ble besatt. Vi har også fått opplyst at helsesamtalene ikke er gjennomført tidligere år på grunn av rekrutteringsutfordringer.

Helsestasjonen har en rutine for gjennomføring av 8. trinns-undersøkelsene i henhold til anbefalinger fra helsedirektoratet. I og med at kapasiteten til å gjennomføre disse undersøkelsene var begrenset under gjennomføringen av intervjuene, hadde skolehelsetjenesten et etterslep i gjennomføringen av disse samtaler.

Vår samlede vurdering er at revisjonskriterie 2.5 er delvis etterlevd.

Skolehelsetjenesten bør gjennomføre skolestartundersøkelser og helsesamtaler på 8. trinn.

6.3.6 Vurdering av revisjonskriterium 2.6 – oversikt over elevenes psykiske helse

Skolehelsetjenesten bør benytte kilder og verktøy for å få oversikt over elevers psykiske helse. Vårt inntrykk er at skolehelseteamet får oversikt over den psykiske helsen dersom barn og unge selv ser et behov for samtaler om psykiske utfordringer, eller dersom de har fått en diagnose fra spesialisthelsetjenesten. Arbeidet fremstår ikke som systematisert, særlig med bakgrunn i at skolehelsetjenesten ikke har gjennomført helsesamtaler på 8. trinn. Disse helsesamtalene er å anse som forebyggende verktøy. Grue barne- og ungdomsskole har tverrfaglige møtearenaer i form av skolehelseteam, og tverrfaglig team, men dette arbeidet er å regne som reparerende tiltak i og med at noen har merket at eleven har et problem. Helsesamtaler på 8 trinn ser nå ut til å erstattes av samtaler når problemene har oppstått. Ruskonsulent mente og at skolemiljøteam kunne bidratt til å identifisere utsatte barn og unge dersom de hadde fått rutiner og tilstrekkelig personell.

Det mangler en full oversikt over elevenes utfordringer og risikofaktorer, og vi anser det som sannsynlig at dette henger sammen med bemanningsutfordringene i skolehelsetjenesten, samt begrenset kapasitet i skolemiljøteamet. Ifølge ruskonsulent fører den reduserte kapasiteten i skolehelsetjenesten og skolemiljøtjenesten til at kontaktlærerne ved Grue barne- og ungdomsskole har fått en ekstra oppgave med å få oversikt over elevenes psykiske helse, og å følge dette opp.

Kommunen og SLT-nettverket sliter også med å nå ut til foreldrene i informasjonsarbeid knyttet til psykisk helse og avhengighetstematikk, og personellet opplever at de ikke når de foreldrene som har størst behov for informasjon.

På grunnlag av dette er det vår vurdering at revisjonskriterie 2.6 er delvis etterlevd.

Skolehelsetjenesten bør benytte kilder og ha verktøy for å kunne skaffe oversikt over elevenes psykiske helsesituasjon.


6.3.7 Vurdering av revisjonskriterium 2.7 – skolehelsetjenestens bidrag til systemrettet arbeid

Skolehelsetjenesten og skolen bør samarbeide for å bidra til systemrettede planer og tiltak for å fremme elevenes trivsel, læring og helse.

I kapittel 7.2.5 har vi omtalt at skolehelsetjenesten og oppvekstenheten har månedlige møter. Dette skal bidra til et samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skole. Skolehelsetjenesten er involvert i både skolehelseteam og tverrfaglig team, hvor elever med utfordringer kan meldes inn. Dette er imidlertid å anse som tiltak som iverksettes etter at barn og unge først står i en krise.

Det ser ut som at det derfor heller ikke finnes tilstrekkelig systemrettede planer for å fremme trivsel, læring og helse i skolen. Vi har fått signaler på at ruskonsulenten ikke har vært tilstrekkelig involvert i arbeidet ved skolen, og at funksjonen med fordel kunne integreres sterkere i skolemiljøteamet. Kapasitetsutfordringene hos Helsestasjonen og skolemiljøteamet gjør det også vanskelig å jobbe systematisk med å bedre den psykiske folkehelsen i elevpopulasjonen. Det er vår vurdering at dette arbeidet har et stort forbedringspotensial. Dette har sitt utgangspunkt i utfordringer med lite kapasitet både hos Helsestasjonen og i skolemiljøteamet.

Vår samlede vurdering er at revisjonskriterie 2.7 ikke er etterlevd.

 Skolehelsetjenesten og skolen bør samarbeide for å bidra til at det utvikles systemrettede planer og tiltak for å fremme elevenes trivsel, læring og helse.

6.3.8 Konklusjon på problemstilling 2 – Koordinering av tilbudet

Problemstillingen handler om i hvilken grad Grue kommune sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud.

Basert på våre undersøkelser, oppsummerer vi følgende vurderinger i forhold til de forventninger som er stilt til kommunen:

- Samarbeidet med flere fastleger kunne ha vært tettere.
- Tildelingskontoret har et potensial for raskere oppdatering av individuelle planer.
- Kommunen har ikke hatt barnekoordinator i perioden for forvaltningsrevisjonsprosjektet.
- Sikre at helsesamtaler på 8. trinn blir gjennomført.
- Kommunen har ikke fullstendig oversikt over den psykiske folkehelsen i elevpopulasjonen
- Planer og tiltak for å fremme den psykiske helsen hos elevene er ikke tilstrekkelige
- Kommunen når ikke ut til de foreldrene med størst informasjonsbehov rundt psykisk helse og avhengighetstematikk.

Vår konklusjon er at pasienter og brukere i noen grad får et helhetlig og koordinert tilbud i Grue kommune. Grue kommune har et forbedringspotensial i koordineringen av tilbudet for tjenester innen psykisk helse og avhengighet, særlig overfor barn og unge. Dette har sammenheng med manglende oversikt over helsesituasjonen og mangelfullt planverk ved Grue barne- og ungdomsskole.

7 Problemstilling 3 – Brukermedvirkning

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

7.1 Revisjonskriterier for problemstilling 3

Følgende er en tabell med de kriterier vi har benyttet for å besvare problemstillingen og våre vurderinger av disse. Kriteriene er gjengitt i kortform. For en full utledning av revisjonskriteriene, se [vedlegg A](#). Tabellen er interaktiv, og leseren kan gå rett til den enkelte vurdering ved å trykke på det enkelte kriteriet. Vurderingene er knyttet til de data som er samlet inn og som blir gjengitt i kapitlene nedenfor. Vi gjør derfor leseren oppmerksom på at vurderingene må sees opp imot de innhentede data i prosjektet.

	Kriterium 3.1	Kommunen må legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter/ organisasjoner deltar i planlegging, utvikling og evaluering av rehabiliteringsvirksomheten i det psykiske helsetilbudet.
	Kriterium 3.2	Kommunen må sørge for at den enkelte pasient og bruker medvirker ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud mtp. rus og psykiske lidelser.
	Kriterium 3.3	De involverte tjenestene i Grue kommune bør ha systemer for evalueringer med involvering av pasienten/ brukeren, foreldre/foresatte, og spesialist i psykiatri/psykologi ved overgang mellom kommunen og annen behandler.

7.2 Innhentet data

7.2.1 Brukerrepresentanter og brukerorganisasjoners medvirkning i tjenesten

Enhetsleder i Tilrettelagte tjenester sa at medvirkning fra brukerorganisasjoner er vanskelig i Grue kommune, da det har vært få eller ingen brukerorganisasjoner å samarbeide med. Kommunen har heller ikke hatt brukerråd. Organisasjonen «Mental Helse, Grue» har tidligere hatt mer aktivitet enn de har hatt i senere tid. Per 21.8.23 finnes det ingen brukerorganisasjoner som er aktive i Grue. Enhetsleder i Tilrettelagte tjenester kunne ha plukket ut et utvalg av personer for å få et brukerutvalg, men har ikke valgt en slik løsning. Enhetsleder i Tilrettelagte tjenester fortalte at de ikke har undersøkt eller lett etter brukerorganisasjoner utenfor kommunen. Enhetsleder mener at det derfor er lite brukerinvolvering på systemnivå.

Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet oppga at det ligger et brukerstyrt hus i Grue kommune kalt «Midtpunktet brukerstyrt senter». Senteret er registrert som en frivillig organisasjon og er organisert med et brukerstyre bestående av fem personer. Senteret har som formål å «fremme aktivitet og skape god psykososial møteplass for mennesker med utfordringer innen psykisk helse og avhengighet og deres pårørende. [Senteret skal være en] sosial møteplass, arena for læring og mestring. [Senteret] skal gi en meningsfull hverdag og godt liv. [Med] vekst og utvikling på egne premisser». ⁵⁰ Senteret har 10-15 brukere. Brukerne av det brukerstyrte senteret kan ved senteret ytre hva de mener er viktig. Avdelingsleder håper at de i fremtiden også kan få brukerorganisasjoner som en samarbeidspart i tjenester innen rus og psykisk helse i Grue kommune.

Kommunen har til hensikt å opprette et FACT-team. FACT er en forkortelse for «Flexible Assertive Community Treatment», og er en samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen som retter seg mot personer med alvorlige psykiske lidelser og med store og sammensatte problemer. Det

⁵⁰ Brønnøysundregistrene: «Midtpunktet brukerstyrt senter».

er tenkt at én brukerrepresentant i kommunen skal være involvert i prosessen med deltakelse i styringsgruppen. FACT-team Grue var ikke opprettet da forvaltningsrevisjonsprosjektet ble gjennomført.

7.2.1.1 Midtpunktet brukerstyrt senter

Midtpunktet brukerstyrt senter er finansiert med tilskuddsmidler fra Statsforvalteren i Innlandet.⁵¹ Statsforvalteren mottar rapport på bruken av disse tilskuddsmidlene hvert år.⁵² Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet rapporterer på bruken av midlene årlig. Senteret har en prosjektleder som står som driftsansvarlig for senteret. Prosjektleder er ansatt i Grue kommune og har arbeidssted ved senteret. Prosjektleder fortalte at «Midtpunktet brukerstyrt senter» er i oppstartsfasen organisert med 4 års-prosjektmidler fra Statsforvalteren, og senteret er i drift på andre året. Senteret har et driftsbudsjett på 1,55 mill. kr med to fast ansatte per 16. januar 2024. De to ansatte er henholdsvis prosjektleder og miljøarbeider.

Prosjektleder har blant annet oppgaver innen:

- økonomisk styring og daglig drift,
- samarbeid med HR, avdelingsleder, enhetsleder,
- koordinering med NAV, frivillige organisasjoner, privatpersoner, bedrifter,
- å søke om driftsmidler,
- planlegging av aktiviteter,
- veiledning av brukere,
- i tillegg til å legge til rette for arbeidstrening, og
- utøve vaktmestertjenester.

Miljøarbeider har i oppgaver:

- å tilrettelegge for aktiviteter,
- daglig drift,
- ukeplaner,
- dagsplaner,
- sosiale medier for brukerstyret,
- i tillegg til å gjøre logistikkoppgaver.

I tillegg står miljøarbeider ansvarlig for matlaging, og «samskaping».⁵³

Prosjektleder sa at man ønsker en organisasjon som kan samarbeide med andre organisasjoner, for å videreføre driften til å bli mer permanent. Derfor ble det dannet et brukerstyre, for å søke midler fra Statsforvalteren. De søker tilskudd som frivillig organisasjon, men de mottar også frivillige gaver. «Midtpunktet brukerstyrt senter» er en frivillig organisasjon som brukerne selv har dannet, og kommunestyret har ikke direkte påvirkning overfor denne organiseringen. Prosjektleder fortalte også at Midtpunktet fremmer aktiviteter som "Walk and talk", og de har en avtale med treningssenter hvor brukerne har organisert trening 3 dager i uka. I tillegg har senteret aktivitetsdag hver tirsdag.

⁵¹ Statsforvalteren: «Søknad om tilskudd til kommunalt rusarbeid – Kap. 765 post 62». Innsendt 14.9.2022. Ref. nr.: JCIHPG.

⁵² Statsforvalteren: «Søknad og rapportering – Tilskudd til kommunalt rusarbeid – Kap. 765 post 62. Innsendt 4.3.2023. Ref.: QSATRY.

⁵³ «Samskaping» er nærmere forklart i rapportens [kapittel 6.2.3, 5. avsnitt](#).

Gjennom samskappingsinitiativet samarbeider «Midtpunktet» med frivillige organisasjoner. De mest sentrale organisasjonene er Grue frivillighetsentral, Grue Jeger og fisk, Grinder Grendelag, Bygdekvinnelaget, musikere, Sagatun Brukerstyrt Senter, fotoklubben og Gruehjelpa. Gruehjelpa er et frivillig tiltak som gir ekstra støtte til de som trenger hjelp i hverdagen, for eksempel gjennom matutlevering.

I «Midtpunktet brukerstyrt senter – Fremdriftsplan»⁵⁴, heter det at senterets formål er å etablere og drive et senter for mennesker med problemer innen psykisk helse, rus og andre livsutfordringer. Senteret skal være en sosial møteplass der folk får muligheter til vekst og utvikling på egne premisser. Senteret skal gi tilbud om ulike aktiviteter og arbeidstrening. Det er også intensjonen at Midtpunktet skal styrke brukermedvirkningen på psykisk helse og rusfeltet, drive informasjons- og kursvirksomhet på lokalt nivå, samt spre brukererfaringer, kompetanse og eksempler på god praksis. Brukere og pårørende skal settes i stand til å ta en aktiv rolle i eget liv, og tjenestene skal utvikles i et bruker- og mest-ringsperspektiv, der brukeren er den viktigste aktøren.

I fremdriftsplanen har senteret planlagt å komme i orden med å iverksette egen brukerorganisasjon, med formål å inkludere personer med ulike utfordringer knyttet til psykisk helse og avhengighet, og tilby ulike aktiviteter til brukerne.

7.2.2 Medvirkning i eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud

Det er gjennomført en stikkprøvekontroll av et utvalg av pasient-/brukerjournaler for tidsintervallet 1.6.2022 – 22.8.2023. Det fantes totalt 264 aktive journaler i denne perioden. Av disse ble 16 pasientjournaler kontrollert etter et tilfeldig utvalg. 4 av de 16 ble ikke funnet i systemene, da brukerne har flyttet fra kommunen, tjenesten hadde opphørt, eller hadde et midlertidig opphør på kontrolltidspunktet. I samtlige av de 12 kontrollerte pasientjournalene fant vi at pasienten har medvirket ved planlegging i eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud. I 92 % av de kontrollerte sakene har brukerne også medvirket ved gjennomføring og evaluering.

Vi har sett dokumentasjon på at brukerne medvirker i oppstart og planlegging av tjenestetilbudet etter oppstarts samtalen, inkludert en situasjonsbeskrivelse av brukeren i Profil. Informasjon fra spesialisthelsetjenesten inngår også i Profil der brukeren har mottatt tjenester fra disse.

I de aller fleste sakene fant vi også medvirkning i gjennomføring og evaluering av habiliterings-/rehabiliteringstilbudet. Brukerne har medvirket i gjennomføringen ved at de i dialog med kommunen har uttrykt sine behov for tilpasninger i tjenestetilbudet. Brukerne har kunnet medvirke til om de har ønsket videreføring, opptrapping eller avslutting av tilbudet. Brukerne har medvirket i evaluering av tilbudet ved at den standardiserte malen i journalsystemet inneholder et punkt om kontinuerlig evaluering med bruker. Brukerens ønsker kommer klart til uttrykk i alle journalene og tjenesten har blitt justert etter brukerens behov. I ett tilfelle, som utgjør 8 %, var det ingen dokumentasjon på brukermedvirkning i gjennomføring og evaluering. Dette har sammenheng med at endringsmelding fra 9. juni 2023 ikke var behandlet enda. Brukeren hadde et behov for miljøarbeidertjenester i tillegg.

Kontrollpunkt:	Andel som oppfylte kontrollpunktet:	Prosentandel:
Brukermedvirkning i planlegging.	12/12	100%
Brukermedvirkning i gjennomføring.	11/12	92%
Brukermedvirkning i evaluering.	11/12	92%

Tabell 2: Brukermedvirkning i planlegging, gjennomføring og evaluering.

⁵⁴ Datert 1.5.2023.

Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester karakteriserer pasientens medvirkning i eget rehabiliteringstilbud for psykisk helse og avhengighet som godt. Brukeren skal være hovedfokus i tjenesten. Dokumentasjonen i Profil er ifølge enhetsleder for Tilrettelagte tjenester god nok. Mengden informasjon knyttet til hver bruker varierer ut fra tjenestebehovene og hvor omfattende tjenestene er i kommunen.

Lederne av enhetene og avdelingene vi har intervjuet har alle uttalt at brukermedvirkning er viktig for tjenestetilbudet. Psykisk helse og avhengighet og brukeren er begge avhengige av at tjenestene ytes i dialog med bruker. Tjenesten er ifølge avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet relasjons- og tillitsbasert. Avdelingsleder meddelte imidlertid at ikke alle er like gode på å dokumentere brukerdokumentasjon i pasientjournalene fortløpende. Avdelingsleder sier at dokumentasjon er vanskelig, da ulike utdanninger gir ulike perspektiver på hva som er tilstrekkelig dokumentasjon for å få et riktig bilde av brukernes helsesituasjon.

Avdelingen skal etter hvert bruke Rusforum i spørsmål knyttet til dokumentasjon i Profil. «Rusforum» er Statsforvalteren i Innlandets årlige møteplass for rus- og psykisk helsetjeneste.⁵⁵ Målet er å skape en felles forståelse for ansatte i kommunene når det kommer til brukerdokumentering. Grue kommune skal iverksette dette arbeidet våren 2024.

7.2.3 Evalueringer ved overgang til annen behandler

Ansvarsforholdene mellom Ahus, avdeling Kongsvinger, og Grue kommune er regulert i «Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom Ahus og kommunene». Her heter det at kommunen har følgende ansvar: «[Å] motta pasienten og gi nødvendige helse- og omsorgstjenester som oppfølging etter sykehusopphold. Dersom inneliggende pasient ikke har fastlege, må mottak i kommunen sørge for at videre oppfølgingsansvar for pasienten ivaretas av legetjeneste i kommunen».⁵⁶

Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester har i e-post med oppfølgingsspørsmål formidlet at det ofte blir avholdt ansvarsgruppemøter for pasientene som får oppfølging fra kommunen, og der det er flere samarbeidspartnere som også følger opp pasienten. Her møtes alle involverte parter, planlegger og avklarer videre oppfølging og ansvarsområder. Her blir også tidligere delmål og hovedmål evaluert. Pasienten har anledning til å formidle bedring, forverring, eller ingen endring i egen helsesituasjon, slik at målsettingene og fremgangsmetoder kan evalueres og eventuelt justeres.

Evalueringen av tjenesten gjøres sammen med bruker og tjenesteyter i kommunen og eventuelt andre aktuelle aktører. I kontakten med brukeren gjennomgås målsettingene, og videre tiltak justeres i henhold til fremgang, eller tilbakegang hos pasienten. Veien videre blir også evaluert, og tjenestene kan vurderes å øke, avslutte, eller fortsette på samme nivå. Ved endringer i tjenestene må det gis info til Tildelingskontoret, som justerer vedtak i henhold til behovet. Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester har opplyst at tjenesteytere kan benytte forskjellige kartleggingsverktøy for å vurdere behovet og eventuelle endringer i behovet. Dersom det er forhold som tilsier at mindreårige søsken bør følges opp, så blir dette varslet til andre deler av tjenesten. Her får Helsestasjonen melding om tilfellet.

I intervju med enhetsleder for Tilrettelagte tjenester, fortalte hun at hun er representant i «Leder samarbeidsforum» (LSF). Dette samarbeidsforumet ble etablert i 2022 og består av ledere i forskjellige kommuner som er ansvarlige for tjenestene, samt representanter fra DPS og BUP. Samarbeidsavtalen mellom kommunene og Ahus og LSF har vært et tema på grunn av avvik i overgangene mellom tjenestene mellom 2021 og 2023.

⁵⁵ Statsforvalteren i Innlandet, «Digitalt Rusforum» (Kilde: <https://www.statsforvalteren.no/innlandet/helse-omsorg-og-sosialtjenester/psykisk-helse-og-rus/digitalt-rusforum/>) Hentet 1.12.2023)

⁵⁶ Side 14.

Avdelingsleder for Psykisk helse og avhengighet sa at kommunen melder avvik dersom overgangene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke går som de skal. Ved slike situasjoner gjennomføres det et møte med avdelingsleder og enhetsleder for DPS, hvor de får avklart hvorfor overgangen ble gjennomført som den gjorde.

Koordinatorerne i Psykisk helse og avhengighet fortalte at overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og Grue kommune koordineres via fastlegene. Både fastlegene og kommunens ruskonsulent har henvisningsmulighet til spesialisthelsetjenesten. Koordinatorerne fortalte at fastlegen var deres viktigste samarbeidspartner med tanke på evalueringer og arbeid med overganger mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. På intervju tidspunktet var det to fastleger i Grue, og koordinatorene mente at dette tilbudet var lite.

7.2.4 Evalueringer ved overganger – innbyggere over 18

Enhetsleder for Tilrettelagte tjenester har i e-post formidlet at avdeling for Psykisk helse og avhengighet er ansvarlig for pasienter som er over 18 år. Pasientene må derfor selv ønske og samtykke til at foreldre eller andre nærstående blir involvert dersom dette er hensiktsmessig.

Enhetsleder har i e-post oppgitt at det høsten 2023 og våren 2024 skal gjennomføres brukerundersøkelser på avdeling Psykisk helse og avhengighet. Disse undersøkelsene vil kunne gi noen svar på hvordan tjenestene skal justeres for at brukerne blir mer fornøyde med tjenestetilbudene.

Enhetsleder har i e-post opplyst om at somatisk helse ofte blir ivaretatt av fastlegen og fastlegens deltakelse i ansvarsgruppen. Kommunale tjenesteytere samarbeider også ved behov, og etter samtykke.

Avdeling for Psykisk helse og avhengighet samarbeider med pårørende, dersom dette er aktuelt, og man får samtykke av brukeren. Dersom skole eller jobb er tema, bidrar for eksempel NAV, videregående skoler, eller «Ny vekst og kompetanse»⁵⁷ til å nå målsettingene som helsepersonellet setter sammen med brukeren. Eksempler kan være mm. Avdelingen samarbeider jevnlig med Akershus universitetssykehus avdeling Kongsvinger, og NAV Solør, ut fra formålene med IPS⁵⁸ og fokuset på arbeid.

Enhetsleder oppgir i e-post at pasienter i utgangspunktet har ansvar for oppfølging av egne legemidler. Dersom det blir vurdert at pasienten trenger bistand til dette, vil dette innvilges i vedtaket. Tjenestene bidrar da med oppfølging etter prosedyrer som er utarbeidet.

Evaluering og videre planlegging uavhengig av resultat av behandling skjer i samråd med bruker. Det tilbys behandler/koordinator/IP for å ivareta videre hjelpetiltak og fordeling av ansvar. Pasientens opplevelser deles med behandler, og i stikkprøvekontrollen av pasientjournalene så vi at tilbudet tilpasses brukerens behov.

Rutiner knyttet til brukermedvirkning og deltakelse/innflytelse i egen behandling ligger med ansvar hos den enkeltes primærkontakt.

Psykisk helse og avhengighet melder til Helsestasjonen dersom de får brukere med mindreårige barn. Pårørendeperspektivet til voksne som får behandling i Psykisk helse og avhengighet skjer med utgangspunkt i ønske fra bruker og brukers samtykke. Dette gjøres med bruker etter avtale. Dersom bruker mottar tjenester i spesialisthelsetjenesten deltar representanter fra Psykisk helse og avhengighet på overgangsmøter der bruker ønsker dette, for å få en kontinuitet i behandlingen. Psykisk helse og avhengighet kan da få veiledning og bistand fra DPS angående videre behandling.

⁵⁷ «Ny Vekst og Kompetanse» er en non-profit kompetansebedrift med avdelinger på Kongsvinger, i Nord-Odal og på Kirkenær i Grue kommune. Bedriften ble stiftet i januar 2020. <https://www.ny-as.no/> (Hentet 16.11.23).

⁵⁸ «Individual Placement and Support», nevnt i [kapittel 7.2.1](#).

7.2.5 Andre funn


Avdelingsleder Psykisk helse og avhengighet fortalte at Grue kommune på intervjutidspunktet ⁵⁹ ikke hadde egne psykologer eller spesialister i psykiatri i kommunen. Det var planlagt at det skulle ansettes en psykolog i løpet av høsten 2023, etter lang tids utlysning. I e-post den 17. november 2023, meddelte avdelingsleder at kommunen hadde lyktes i rekrutteringen av psykolog, som i september 2023 startet i en 20 %-stilling, og som er planlagt økt til 100 % fra og med juni 2024

7.3 Revisors vurdering

7.3.1 Vurdering av revisjonskriterium 3.1 – pasient og brukerrepresentanternes bidrag

Når det kommer til om kommunen legger til rette for at pasient- og brukerrepresentanter/organisasjoner deltar i planlegging av rehabiliteringsvirksomheten i det psykiske helsetilbudet, har vi gjennom denne forvaltningsrevisjonen sett at Grue kommune har et brukerstyrt senter. Det er imidlertid ikke andre aktive organisasjoner som representerer brukere. Vi har i rapporten vist til at det er lite brukermedvirkning på systemnivå. Det er planlagt at «Midtpunktet brukerstyrt senter» skal styrke brukermedvirkningen i Grue kommune i fremtiden.

På grunnlag av dette, mener vi at revisjonskriterie 3.1 ikke er etterlevd.


 Kommunen må legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter/organisasjoner deltar i planlegging, utvikling og evaluering av rehabiliteringsvirksomheten i det psykiske helsetilbudet.

7.3.2 Vurdering av revisjonskriterium 3.2 – pasientens medvirkning

Pasient- og brukermedvirkning kan være avgjørende for om hvorvidt kommunen lykkes med habiliterings- og rehabiliteringstilbud overfor personer med rusutfordringer og dårlig psykisk helse.

I forvaltningsrevisjonsprosjektet har vi fått flere beskrivelser fra tjenestene hvor det understrekes at pasienter og brukere av tjenester medvirker i eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud. I stikkprøvekontroll av pasientjournaler og individuelle planer har vi funnet at brukermedvirkning sikres i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenestene.

Vi mener revisjonskriterie 3.2 er etterlevd.

 Kommunen må sørge for at den enkelte pasient og bruker medvirker ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud mtp. rus og psykiske lidelser

7.3.3 Vurdering av revisjonskriterium 3.3 – evalueringer ved overganger


Hva angår kommunens arbeid med å ha systemer for evalueringer med involvering av pasienten/brukeren, foreldre/foresatte, og spesialist i psykiatri/psykologi ved overgang mellom kommunen og annen behandler, er det formelle rundt evalueringssystemet regulert i samarbeidsavtalen mellom Ahus og Grue kommune. Praksis er at kommunen gjennom ansvarsgruppemøter kontinuerlig evaluerer målsetninger med pasienten.

I tillegg fungerer «Leder samarbeidsforum», som en arena for kontakt mellom de kommunale helse-tjenestene, og BUP/ DPS. Uklarheter i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen kan diskuteres i dette forumet.

⁵⁹ 21. august 2024.

Tildelingskontoret har en praksis om å evaluere vedtak innen rus og psykiatri med halvt års-frekvens. Representanter fra Psykisk helse og avhengighet deltar også i overgangsmøter dersom bruker ønsker dette.

Samlet sett mener vi at revisjonskriteriet er etterlevd.

 De involverte tjenestene i Grue kommune bør ha systemer for evalueringer med involvering av pasienten/ brukeren, foreldre/ foresatte, og spesialist i psykiatri/ psykologi ved overgang mellom kommunen og annen behandler

7.3.4 Konklusjon på problemstilling 3 – Brukermedvirkning

Problemstillingen handler om Grue kommune etterlever de krav som stilles til brukermedvirkning.

Grue kommune har ikke aktive brukerorganisasjoner som deltar i det systematiske arbeidet for tjenestetutvikling og kommunen har ikke gjort noe for å sikre at man får brukerperspektivet inn i den systematiske utviklingen av tjenestene. Kommunen har selv opplyst om at man kunne ha utpekt brukerrepresentanter, men har valgt å ikke gjøre dette.

Stikkprøvekontrollen av journaler viser at kommunen sikrer brukermedvirkning på individnivå i den enkelte mottakerens tilbud.

Det er for øvrig planlagt å styrke brukermedvirkning gjennom «Midtpunktet brukerstyrt senter».

Vår konklusjon er at Grue kommune ikke etterlever alle krav til brukermedvirkning innen rus og psykiatri.

8 Konklusjon

8.1 Hvordan sikrer Grue kommune at tjenestetilbudet innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverk og statlige føringer

Problemstillingen handler om hvordan Grue kommunes arbeid med planlegging og internkontroll sikrer etterlevelse av lov- og regelverk, og øvrige føringer for arbeidet innen rusomsorg og psykisk helse.

Våre undersøkelser viser at kommunen har en del på plass i forhold til et system for å tilgjengeliggjøre kommunens oppgaver, organisering og planer, samt iverksette kompetansehevende tiltak og tiltak for å lukke avvik.

Kommunen har imidlertid et forbedringspotensial i forhold til bruk av overordnet avviksoversikt som oversikt over risikoområder og utarbeidelse av risiko- og sårbarhetsanalyser på tjenestenivå. Kommunen kan også med fordel skriftliggjøre evalueringer av oppnådde mål, som er nedfelt i kommunens utviklings- og lederavtaler.

Undersøkelsen viser også at kommunen gjennomfører en systemrevisjon med sjekklister for punkter som skal vurderes, og at kommunen i 2023 identifiserte flere forbedringsområder i forbindelse med gjennomgangen.

Vi er i etterkant av datainnsamlingen blitt informert om at det er startet et arbeid med risiko- og sårbarhetsanalyse i Miljøarbeidertjenesten.

Vår konklusjon er at kommunen i det alt vesentligste sikrer at tjenestetilbudet innen rusomsorg og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverk og statlige føringer, gjennom kontinuerlig planlegging og et etablert styringssystem for rusomsorg og psykiske helsetjenester.

8.2 I hvilken grad sikrer Grue kommune at pasienter/ brukere innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud?

Problemstillingen handler om i hvilken grad Grue kommune sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud.

Basert på våre undersøkelser, oppsummerer vi følgende vurderinger i forhold til de forventninger som er stilt til kommunen:

- Samarbeidet med flere fastleger kunne ha vært tettere.
- Tildelingskontoret har et potensial for raskere oppdatering av individuelle planer.
- Kommunen har ikke hatt barnekoordinator i perioden for forvaltningsrevisjonsprosjektet.
- Sikre at helsesamtaler på 8. trinn blir gjennomført.
- Kommunen har ikke fullstendig oversikt over den psykiske folkehelsen i elevpopulasjonen
- Planer og tiltak for å fremme den psykiske helsen hos elevene er ikke tilstrekkelige
- Kommunen når ikke ut til de foreldrene med størst informasjonsbehov rundt psykisk helse og avhengighetstematikk.

Vår konklusjon er at pasienter og brukere i noen grad får et helhetlig og koordinert tilbud i Grue kommune. Grue kommune har et forbedringspotensial i koordineringen av tilbudet for tjenester innen psykisk helse og avhengighet, særlig overfor barn og unge. Dette har sammenheng med manglende oversikt over helsesituasjonen og mangelfullt planverk ved Grue barne- og ungdomsskole.

8.3 Etterlever Grue kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?

Problemstillingen handler om Grue kommune etterlever de krav som stilles til brukermedvirkning.

Grue kommune har ikke aktive brukerorganisasjoner som deltar i det systematiske arbeidet for tjenestetutvikling og kommunen har ikke gjort noe for å sikre at man får brukerperspektivet inn i den systematiske utviklingen av tjenestene. Kommunen har selv opplyst om at man kunne ha utpekt brukerrepresentanter, men har valgt å ikke gjøre dette.

Stikkprøvekontrollen av journaler viser at kommunen sikrer brukermedvirkning på individnivå i den enkelte mottakerens tilbud.

Det er for øvrig planlagt å styrke brukermedvirkning gjennom «Midtpunktet brukerstyrt senter».

Vår konklusjon er at Grue kommune ikke etterlever alle krav til brukermedvirkning innen rus og psykiatri.

9 anbefalinger

Med bakgrunn i våre vurderinger og konklusjoner anbefaler vi at:

1. Kommunen bør sørge for at det utarbeides risiko- og sårbarhetsanalyser for kommunens virksomhet, inkludert enhet for Tilrettelagte tjenester.
2. Kommunen bør vurdere tiltak som sørger for et bedre samarbeid med fastlegene i kommunen i sine ansvarsgruppemøter.
3. Kommunen bør sørge for at vurderte avvik og svakheter som avdekkes ved gjennomgang av styringssystem innen helsetjenester lukkes gjennom iverksettelse av egnede tiltak.
4. Enhetsleder bør vurdere å skriftliggjøre evalueringssamtalene med avdelingsledere i enhet for Tilrettelagte tjenester med hensyn til måloppnåelse i forhold til mål som er nedfelt i avtale med den enkelte leder.
5. Kommunen bør iverksette tiltak som sikrer at det gjennomføres helseundersøkelser på 8. trinn.
6. Kommunen må sikre at kravet til barnekoordinator, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, etterleves.
7. Kommunen bør vurdere å iverksette tiltak som sikrer bedre oversikt over den psykiske helse-situasjonen i elevmassen, og forbedre informasjonsarbeidet rettet mot foreldregruppen.
8. Kommunen må sørge for brukermedvirkning på systemnivå for utvikling av tjenestene.

10 Kommunedirektørens uttalelse

Gjennomføringen av en forvaltningsrevisjon med formål å vurdere om Grue kommunes arbeid med rus og psykisk helse er tilfredsstillende har vært både viktig og nødvendig, ut fra det utfordringsbildet vi er kjent med fra før av og nå også ut fra de funn som framkommer i rapporten.

Kommunedirektøren er tilfreds med at revisjonen stadfester at det foregår kontinuerlig planlegging og at det er etablert et styringssystem som følges opp. Kommunedirektøren er også tilfreds med at rapporten konkluderer med at kommunen i det vesentligste sikrer at tjenestetilbudet er forsvarlig og i samsvar med gjeldende krav.

Rapporten avdekker allikevel også mangler og svakheter i kommunens arbeid og systemer, som blir synliggjort på en god måte i rapporten. Dette er et viktig bidrag for at kommunen skal kunne prioritere innsatsen videre, for å forbedre både egne systemer og tjenestekvaliteten.

Kommunedirektøren tar anbefalingene til etterretning, og vil sørge for oppfølging av disse innenfor gjeldende rammer, styringssystemer og delegert myndighet.

Dette inkluderer:

1. Gjennomgang av og ved behov utarbeidelse av enhetsvise risiko- og sårbarhetsanalyser. Dette er allerede planlagt, og vil etter planen utføres i forlengelsen av revidering av helhetlig ROS-analyse for kommunen, som planlegges fullført i 2024.
2. Dialog med fastlegene om samarbeid rundt ansvarsgruppemøter.
3. Fortsatt oppfølging av avvikssystemet og behandling av avvik på systemnivå gjennom behandling i kvalitetsutvalg og AMU/HAMU.
4. Ledersamtaler og oppfølging av disse tas opp som tema på møte i kommunedirektørens leder-team. Vurdering av skriftliggjøring av oppfølgingssamtaler blir tatt opp her.
5. Gjennomføring av helseundersøkelser på 8. trinn vil følges opp så snart nødvendig bemanning er på plass.
6. Etablering av barnekoordinatorfunksjon i kommunen. Dette arbeidet pågår. Status per i dag er at organisering er planlagt og en stillingsbeskrivelse er utarbeidet, men det må fortsatt gjøres økonomiske ressursallokeringer som muliggjør realisering av barnekoordinatorfunksjon. Det forventes allikevel at barnekoordinatorfunksjon med avsatte stillingsressurser til formålet kommer på plass forholdsvis snart.
7. Grunnskolen har etablerte undersøkelser blant elever, og også retningslinjer og praksis for oppfølging av elevenes skolemiljø gjennom PALS. Rapporten bør allikevel avstedkomme en diskusjon og vurdering av hvordan grunnskolen kan styrke innsatsen, særlig med tanke på informasjon mot foreldre. Dette vil forventelig bli fulgt opp i løpet av vårhalvåret.
8. Det arbeides med innføring av brukerundersøkelser i alle enheter, i tråd med systemet for virksomhetsstyring. Dette er nødvendig for å få brukermedvirkning på systemnivå for utvikling av tjenestene. Framdriften på dette varierer noe mellom enhetene, men det er en prioritert oppgave å få på plass for alle enheter i løpet av året. Brukerundersøkelsene skal gjennomføres jevnlig, og benyttes til systemforbedringer, så dette må følges opp over tid.

Oppfølgingen av rapportens anbefalinger i tråd med det ovenstående vil legges inn i kommunens system for oppdragshåndtering, og følges opp der til de er gjennomført.

Kommunedirektøren ønsker avslutningsvis å takke Revisjon ØST IKS for godt samarbeid og en god rapport som grunnlag for videre utviklingsarbeid i kommunen.

Kirkenær, 5. mars 2024

Ole Frode Mikkelsgård
kommunedirektør
Grue kommune

11 Referanser

Engen, Siri Bækkelund; Glasø, Morten. «Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger, andre kommunale leger og Akershus universitetssykehus». (2019) https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2019/01/Anbefalinger_om_samarbeid_mellom_fastleger_og_sykehus_revidert_etter_ahusforum_30.04_.pdf

Folkehelseinstituttet. «Narkotikabruk blant ungdom» (2018-2021) <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-blant-ungdom/>

Folkehelseinstituttet. «Psykiske plager og lidelser blant barn og unge.» (2018-2022) <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>

Fylkesmannen i Hedmark. «Rapport fra tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse i Grue kommune i 2018». (2018)

Grue kommune.

«Administrativ ledelse».

«Arbeidsgiverstrategi for Grue kommune».

«Avviksbehandling – prosedyre».

«Familieteamet i GRUE» (brosjyre).

«Fornyelse av rutinebeskrivelse i lys av barnekonvensjonen, fagfornyelsen, St.m. 6 og § 9A».

«Individuell plan» (mal for mappegjennomgang).

«Innvilget tilskudd til Barneansvarlig over statsbudsjettet 2023 kap. 761, post 79» (m. internkommunikasjon).

«Kartleggingsskjema for vurdering av behov for helse- og omsorgstjenester».

«Kommuneplanens handlingsdel 2023 – 2026».

«Lederavtale» (lederavtaler mellom enhetsleder Tilrettelagte tjenester og avdelingsledere).

«Medarbeidersamtale – en utviklingssamtale med utgangspunkt i 10-faktor».

«Midtpunktet brukerstyrt senter – Fremdriftsplan». (2023)

«Opplæringsplan avd. psykisk helse og avhengighet for perioden 1.11.21 – 31.12.23».

«Opplærings skjema for nyansatte» (mal).

«Oppmelding til skolehelseteam» (skjema).

«Oppmelding til tverrfaglig team» (skjema).

«Organisasjonskart – Tilrettelagte tjenester og oppvekst» (med beskrivelser av organiseringen).

«Oversiktsdokument: Folkehelsen i Grue 2020».

«Rutine for tildeling av tjenester innen psykisk helse og avhengighet».

«Samarbeid med helsestasjon» (Rutine m. skjema)

- «Samarbeidsavtale IPS i Kongsvinger-regionen».
- «Samarbeidsavtale RVTS Øst og Avdeling psykisk helse og avhengighet i Grue kommune for perioden januar til juni 2023». (2023)
- «Samarbeidsavtale RVTS Øst og psykisk helsetjenestene i Grue, Åsnes og Våler kommune for perioden august 2023 til juni 2024». (2023)
- «Samordning av tiltak og tjenester for barn og unge i Grue kommune. Forebygging og tidlig innsats 2022 – 2025».
- «Stillingsbeskrivelse» (For Team- og Fagkoordinator, Autorisert sykepleier, Miljøterapeut, Sosionom og Helsefagarbeider).
- «Systemrevisjon – sjekklister (mal)».
- «Temaer i helsesamtalen på 1. trinn (Helsedirektoratet) m. ytterligere punkter om samspill og psykologisk vold, tematisering av vold, overgrep, omsorgssvikt, mistriksel og mobbing i helsesamtalen» (rutine).
- «Tilbakemelding etter oppstart av Rusforum i Grue kommune».
- «Tiltak 2020-2022» (skjema). (2020).
- «Utviklingsplan 2022 – 2023 for Tilrettelagte tjenester».
- «Årsberetning 2022».
- «8.trinn, anbefalinger fra Helsedirektoratet» (rutine).
- «10. Avgjørende faktorer: KS' medarbeiderundersøkelse – Psykisk helse og rus». (2022).
- Helsedirektoratet. «Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge». (2019)
- Helsefelleskapet – Ahus og kommunene. «Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom Ahus og kommunene». Versjon 4.1. (2023-2025)
- Sykehuset Innlandet. «Evaluering av FACT-team i Norge, Sluttrapport – kortversjon». (2020).
- Velferdsforskningsinstituttet NOVA: Ungdata. «Resultater fra Ungdata-undersøkelsen i Grue kommune 2021. Ungdomstrinnet» (2021) https://www.ungdata.no/wp-content/uploads/reports/Innlandet_Grue_2021_Ungdomsskole_Kommune.pdf

Vedlegg A: Revisjonskriterier

Om utledningen av revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er utledet fra lover, forskrifter, forarbeider og lovkommentarer. I tillegg har vi benyttet oss av veiledere fra Helsedirektoratet. Endelig referanseliste står i kapittel 4, «Referanser». Vi har utledet kriterier i underkapitler organisert etter den enkelte problemstilling.

Bakgrunn for bestillingen

Kontrollutvalget i Grue kommune vedtok i møte den 24.5.2022, sak 19/22, en forvaltningsrevisjon rettet mot rus og psykisk helse i kommunen. Bestillingen ble gjennomført på bakgrunn av fremlagt prosjektplan.

Utleddning av revisjonskriterier

Utleddning av revisjonskriterier for problemstilling 1

Hvordan sikrer Grue kommune at tjenestetilbudet innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverk og statlige føringer?

For å belyse hvorvidt kommunen sikrer et tjenestetilbud i tråd med lov og forskrift legger vi i undersøkelsen til grunn at kommunen har etablert et internkontrollsystem, jamfør internkontrollbestemmelsen i helse og omsorgstjenesteloven (hol.) § 3-1, 3. ledd:

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.

Nærmere bestemmelser om plikten til internkontroll gis i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Forskriftens formål er:

å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Internkontroll er med andre ord nært knyttet til det å oppnå kvalitet i tjenestene. Ifølge forskriften § 3 er det den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften.⁶⁰ Medarbeiderne i virksomheten skal også medvirke til dette. I undersøkelsen legger vi til grunn at den som har overordnet ansvar for virksomhetens internkontroll har etablert et styringssystem.⁶¹ Styringssystemet

⁶⁰ Oppgavene i styringssystemet vil ofte være delegert. Hvem som skal gjøre hva vil med andre ord variere etter hvilke oppgaver som er innenfor virksomhetens ansvarsområde, hvordan virksomheten er organisert og hvordan oppgaver er delegert (Ledelse og kvalitetsforbedring - Veileder til lov og forskrift)

⁶¹ Styringssystem for helse- og omsorgstjenesten er den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller medhold av helse- og omsorgslovgivningen (ibid.).

skal bidra til at det til enhver tid arbeides systematisk for å sikre kvaliteten på tjenestene. Styringssystemet skal også sikre at kommunens egne målsettinger på området følges opp. I det følgende omtaler vi nærmere de ulike internkontrollpliktene i forskriften; plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Eventuelle utdypninger tar utgangspunkt i Helsedirektoratets veileder fra 2017: «Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten – Veileder til lov og forskrift», heretter kalt veilederen.

§ 6 a. til g. forskriftsfester plikten til å **planlegge**. Plikten innebærer blant annet å ha et system for å holde oversikt, samt sikre kunnskap og informasjon, i tråd med relevant regelverk, retningslinjer, veiledere, samt kommunens egne målsettinger. Virksomheten må videre ha rutiner for å følge med på, fange opp og implementere endringer i regelverket. Virksomhetens mål, oppgaver og organisering, relevant regelverk, kompetansebehov blant ansatte, samt områder hvor det er risiko for svikt og avvik bør være elementer i denne oversikten. Veilederen utdyper at god oversikt er en forutsetning for å kunne styre og lede en virksomhet på en god og forsvarlig måte, og at oversikten bør brukes for å planlegge for fremtiden.

§ 6 d. og e. omhandler plikten til å ha et system for å gjøre risikovurderinger som en kontinuerlig prosess, samt å planlegge hvordan risiko innenfor aktuelle områder kan minimaliseres. Veilederen utdyper at risikofaktorer forbundet med samhandling og overgangen mellom ulike tjenestetilbud internt og eksternt særlig bør vektlegges. Pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere vil kunne bidra med verdifull innsikt om risiko, og deres erfaringer og innspill bør derfor systematisk etterspørres og brukes, samt resultater fra avviks- og meldesystemet.

For å kunne gi helsepersonell rammebetingelser som gjør det mulig å opptre i samsvar med helsepersonellovens krav, må øverste leder videre ha oversikt over helsepersonellens kompetanse og behov for opplæring (§ 6 f).

Veilederen presiserer at en godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder ifra om uønskede hendelser (jf. § 6 g.), er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik. Øverste leder må sikre at det finnes en slik oversikt over avvik, og sørge for at ulike tilbakemeldinger, også fra pasienter og pårørende, er tilgjengelige og trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver. Dette kan gjøres både gjennom årlige undersøkelser og løpende gjennom faste møtearenaer.

I § 7 a. til e. forskriftsfestes plikten til å **gjennomføre** virksomhetens aktiviteter. Gjennomføringsplikten innebærer blant annet at øverste leder må legge til rette for at virksomhetens ledere og ansatte enkelt kan finne frem til oppgaver, organisering og planer som gjelder for dem. Implementering av planer for videreutvikling og forbedring, bør ifølge veilederen vies særlig oppmerksomhet fra ledere på alle nivåer. Relevante interne dokumenter som kan bidra til å sikre gjennomføringsplikten er blant annet delegasjonsreglement og ulike funksjonsbeskrivelser.

§ 7 b. omhandler plikten til å gjennomføre tiltak som sikrer nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeiderne. I kravet ligger det en forutsetning om at kompetansebehovet kartlegges, samt å sørge for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning innen sitt fagfelt.

På bakgrunn av oversikten over risikoområder bør virksomheten iverksette tiltak som er nødvendige for å lukke avvik og forebygge svikt (§ 7 c.).

Aktiv involvering og medvirkning både fra medarbeidere og fra pasienter, brukere og pårørende er en viktig forutsetning for å lykkes i å forbedre virksomheten (§ 7 d. og e). Det er medarbeiderne som vet hvor problemer og utfordringer oppstår i den daglige driften, og brukere, pasienter og pårørende som

vet hvordan tjenestetilbudet oppleves. Eksempler veilederen beskriver som kan tilrettelegge for medvirkning er etablering av forbedringsgrupper, medarbeidersamtaler, og gjennom etablering av brukerråd eller brukerutvalg.

Plikten til å **evaluere** virksomhetens aktiviteter beskrives i forskriftens § 8. Plikten innebærer både aktiviteter for å kontrollere at oppgaver og planer gjennomføres i henhold til ulike mål og frister, samt å vurdere effekten av gjennomføringen. En aktiv bruk av lokal statistikk og informasjon om egen virksomhet er noe av det veilederen fremhever som en forutsetning for å kunne vurdere effekt av gjennomføringen. Dersom evalueringene avdekker at iverksatte tiltak ikke fungerer etter hensikten, må det igangsettes forbedringstiltak.

Øverste leder har ifølge § 8 d. ansvaret for å sikre at pasienter, brukere og pårørende blir involvert i evalueringen av virksomheten. Det innebærer blant annet at ledelsen systematisk gjennomgår klager og andre tilbakemeldinger.

Ledelsen skal videre ifølge forskriftens § 8 e. minst én gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet. Gjennomgangen skal besvare om ønskede mål og resultater oppnås, om gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger overholdes, og om styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Plikten til å **korrigere** virksomhetens aktiviteter er forskriftsfestet i § 9 a. til c. Plikten innebærer å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold, samt å sørge for korrigerende tiltak og å forbedre rutiner og prosedyrer. Oppfølgingstiltak beskrevet i helsedirektoratets veileder⁶² vil både kunne innebære enkelte strakstiltak, men også større systematiske prosesser for å endre eksisterende arbeidsprosesser og rutiner.

Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 1

Revisjonskriterie 1.1: Kommunen må beskrive mål, oppgaver og organisering, samt ha en oversikt over regelverk, kompetansebehov, risikoområder og avvik som et grunnlag for å kunne planlegge aktiviteter.

Revisjonskriterie 1.2: Kommunen bør ha et system for å avdekke risiko, særlig i forbindelse med samarbeid og overganger i helsetilbudene, samt sette inn tiltak ved behov.

Revisjonskriterie 1.3: Kommunen må tilgjengeliggjøre kommunens oppgaver, organisering og planer for de ansatte, iverksette kompetansetiltak og tiltak for å lukke avvik og forebygge svikt.

Revisjonskriterie 1.4: Kommunen må evaluere aktiviteter gjennom kontroll og vurdering av de gjennomførte aktivitetenes effekt, ved blant annet bruk av informasjon om egen virksomhet.

Revisjonskriterie 1.5: Kommunen må minst én gang årlig gjennomgå hele styringssystemet for helse for å vurdere om ønskede mål og resultater oppnås.

Revisjonskriterie 1.6: Kommunen må rette opp uforsvarlige forhold med korrigerende kort- og/eller langsiktige tiltak.

⁶² Helsedirektoratet «Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – Veileder til lov og forskrift». <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten> Veilederen er sist faglig oppdatert 29. oktober 2018.

Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 2

I hvilken grad sikrer Grue kommune at pasienter/brukere innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud?

Samordning og koordinering

For å belyse i hvilken grad kommunen sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud legger vi til grunn at kommunen tilrettelegger for samhandling slik loven forutsetter (hol. § 3-4):

Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.

Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Loven legger med andre ord til grunn at kommunen skal samhandle både med tjenester internt og med fylkeskommunale og statlige tjenester og helseforetak. Når det gjelder sistnevnte samarbeid, har kommunen og det regionale helseforetaket en lovfestet plikt til å inngå en samarbeidsavtale hvor målsetningen er å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (hol. § 6-1). Loven definerer ulike krav til avtalens innhold (hol. § 6-2), blant annet at den skal beskrive:

- retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
- retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
- samarbeid om forebygging.

Loven beskriver videre at avtalen må klargjøre ansvarsforholdene når det avtales samarbeidstiltak mellom kommunen og helseforetaket.⁶³ Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) beskriver at samhandlingen kan innebære alt fra enkeltstående henvisninger til samhandling i team hvor man har mer felles eierskap og ansvar for hjelpen, for eksempel i form av ansvarsgrupper. Den mest forpliktende formen for samhandling skjer i samorganiserte team på tvers av tjenestenivå (for eksempel oppsøkende behandlingsteam som ACT/FACT-team).⁶⁴ Utover dette vil spesielt Distriktspsykiatrisk senter (DPS), og Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), som begge gir poliklinisk spesialisthelsetilbud innenfor psykisk helsevern, være sentrale samarbeidsparter for kommunen. Samarbeidet skal skape kontinuitet og felles mål i tilbudet til brukerne, og kan skje i flere ulike former, for eksempel i ulike samarbeidsfora, kontaktmøter og samhandlingsteam der både kommune og DPS/BUP deltar.

⁶³ Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 utdyper ansvarsforholdene mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Her beskrives det at spesialisthelsetjenesten skal innrette sitt tilbud mot de som har størst hjelpebehov, og skal støtte og veilede de kommunale tjenestene. Kommunene skal gi et tilbud til de som har lettere til moderate psykiske helseutfordringer. Tverrfaglige team på tvers av nivåene skal ivareta behovene til pasienter med store og sammensatte behov, der det er hensiktsmessig. Spesialisthelsetjenesten skal møte pasientene i større grad der folk bor sammen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kompetanse skal deles på tvers.

⁶⁴ <https://napha.no/content/13893/samhandling> ACT- og FACT-team er tverrfaglige team som retter seg mot personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk.

Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring» fra 2014, beskriver bredden av kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenester og aktører som kan inngå i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.⁶⁵ I det forebyggende arbeidet nevner veilederen også brukerorganisasjoner og ideelle frivillige organisasjoner som sentrale aktører.

Revisjonen vurderer at de mest sentrale tjenestene i undersøkelsen av kommunens helhetlige og koordinerte tjenestetilbud framkommer av kommunens organisasjonskart over kommunalområdene Tilrettelagte tjenester, oppvekst og NAV. Under kommunalområdet Tilrettelagte tjenester finner man blant annet psykisk helse, og helsestasjon (m. barselgrupper), barnehage, skole og Familieteam er aktuelle aktører innen kommunalområdet oppvekst.

I et helhetlig tilbud skal det også samhandles om forebygging. Forebyggende arbeid er viktig blant annet fordi symptomer på begynnende helseproblemer i mange tilfeller først oppdages av aktører utenfor helsetjenestene. Et eksempel er barn og ungdom som står i fare for å falle ut av utdanningsløp. Her bør kommunale instanser som helsetjenestene, barnevernet, NAV og utdanningssektoren inngå et forpliktende samarbeid for å fange opp de det gjelder. Behovet for et forpliktende samarbeid beskrives i den nasjonale veilederen fra Helsedirektoratet: «Oppfølging av personer med store og sammensatte behov» (2017).⁶⁶

Fastlegen er for mange brukere den mest stabile kontakten i tjenestene, og det er fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste. Dette innebærer at fastlegen har ansvar for å ivareta et helhetlig perspektiv, og skal henvise sine pasienter til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester ved behov. For å ivareta den medisinskfaglige koordineringen for pasienten må fastlegen motta informasjon fra andre behandlere. Fastlegens arbeid er dermed en viktig del av det samlede psykiske helsearbeidet og rusarbeidet i kommunen (Helsedirektoratet 2014). Forskrift om fastlegeordningen § 8 definerer kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom fastlegen og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegen i det øvrige helse- og omsorgstilbudet.

NAV-kontoret skal ivareta kommunens oppgaver etter Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette omfatter opplysning, råd og veiledning, herunder økonomisk rådgiving, økonomisk stønad, midlertidig botilbud, individuell plan og kvalifiseringsprogram. I en avtale mellom NAV og kommunen skal det blant annet defineres hvordan kontoret skal samhandle med representanter for kontorets brukere og kommunens øvrige tjenestetilbud.⁶⁷ Ett av målene er å gi personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer som ønsker det, anledning til å gjennomføre utdanning eller delta i arbeidslivet (Helsedirektoratet 2014).

Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

⁶⁵ Tjenester veilederen nevner er: Helse og omsorgstjenesten i kommunen, enhet for psykisk helsearbeid og/eller rusarbeid, fastlegen, lavterskel helsetilbud til personer med alvorlige og langvarige rusmiddelproblemer, psykologer i kommunens helse- og omsorgstjenester, rask psykisk helsehjelp, ergo- og fysioterapitjenesten, rehabilitering, frisklivssentralen, koordinerende enhet, møteplasser og aktivitetstiltak, lærings- og mestringstilbud, kommunale psykososiale kriseteam, kriesenter, overgrepsmottak, barneverntjeneste, helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), svangerskap- og barselomsorg, asylmottak, NAV-kontorene, fylkeskommunal tannhelsetjeneste, lærings- og mestringstilbud i helseforetakene, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern, øyeblikkelig hjelp, familievernkantoret og kriminalomsorgen (Helsedirektoratet 2014).

⁶⁶ Veilederen er ett av flere tiltak for å følge opp primærhelsemeldingen, Meld. St. nr. 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste».

⁶⁷ Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen av 16.6.2006 nr. 20 (NAV-loven) § 14

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-4 om kommunens plikt til samarbeid og samordning trådte i kraft 1. august 2022. I første ledd heter det at de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeidet er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 skal kommunen utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Ved behov for tjenester fra både spesialisthelsetjenesteloven og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det kommunen som har hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan.⁶⁸

Helse- og omsorgstjenesteloven setter individuell plan i sammenheng med koordinator, koordinerende enhet og barnekoordinator. I § 7-2 heter det at 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 etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, oppnevning opplæring og veiledning av koordinator.

I forbindelse med utviklingen av ulike nasjonale pasientforløp⁶⁹ er det etablert en ordning med forløpskoordinatorene. Forløpene inkluderer også rehabilitering og oppfølging ut over den medisinske utrednings- og akuttfasen. Pasientene vil dermed også oppfylle vilkårene for individuell plan og koordinator. I den perioden hvor personen følges opp gjennom pasientforløpet vil det være naturlig at det er forløpskoordinatoren som ivaretar den lovpålagte koordinatorrollen.

Helsetasjions- og skolehelsetjenesten

Helsedirektoratets veileder for helsetasjions- og skolehelsetjenesten, inneholder en sterk anbefaling om at foreldres psykiske helse og trivsel bør tematiseres i konsultasjonene i helsetasjionsprogrammet.⁷⁰ Foreldrenes trivsel og psykiske helse bør tas opp på hjemmebesøk 7-10 dager etter fødsel og være et gjennomgående tema i alle konsultasjoner for å sikre en god og trygg oppvekst for barnet. I anbefalingen står det at helsesykepleier bør ta opp følgende temaer med foreldrene:

- Foreldrenes opplevelse av å bli foreldre, trivsel og tilpasning til foreldrerollen, herunder informasjon om normale følelser, utfordringer, opplevelser og tenker ved å bli foreldre.
- Mors/fars/partners psykiske helse, herunder tidligere vansker eller lidelser.
- Fødselsdepresjon.
- Samspill med barnet, herunder hvordan foreldre takler sinne og frustrasjon når barnet byr på utfordringer.
- Foreldres samliv og forhold.
- Erfaringer fra foreldrenes egen barndom, hva ønsker de å videreføre og hva ønsker de å gjøre annerledes?

⁶⁸ Norsk lovkommentar note 97, ved Kjersti Sandem. 10.11.2021.

⁶⁹ <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/>

⁷⁰ Helsedirektoratet «Nasjonale faglig retningslinje for helsetasjions- og skolehelsetjenesten: Helsetasjon 0-5 år». <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsetasjions-og-skolehelsetjenesten/helsetasjon-05-ar-#foreldres-psykiske-helse-foreldre-bor-fa-sporsmal-om-egen-psykiske-helse-og-trivsel> Anbefalingen er sist faglig oppdatert 11. november 2019.

- Sosialt nettverk og familienettverk.
- Alkohol og rusvaner.
- Fysisk helse eller sykdom hos foreldrene som kan ha betydning for barnets oppvekst.

Disse samtalepunktene skal ideelt sett gi helsestasjonen oversikt over familiesituasjonen i kommunen. I anbefalingen står det at helsesykepleier bør gi tilbud om individuelt tilpassede støttesamtaler og ekstra konsultasjoner og veiledning til foreldre som av ulike grunner har behov for ekstra oppfølging.

For barn som begynner i skolen, har Helsedirektoratet også en sterk anbefaling om at skolehelsetjenesten bør ha fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser.⁷¹ I anbefalingen heter det at tjenesten har særlig mulighet til å oppdage psykiske plager eller lidelser og begynnende skjevutvikling hos barn og ungdom i følgende sammenhenger:

- I skolestartundersøkelsen
- I helsesamtalen på 8. trinn
- Ved andre målrettede undersøkelser
- Ved veiing og måling
- Ved vaksinerings
- Når barnet og ungdommen selv tar kontakt ved drop-in
- Gjennom samarbeid med skolen

Psykiske utfordringer lar seg ikke nødvendigvis oppdage i enkeltkonsultasjoner, og personalet trenger i noen tilfeller noe tid for å identifisere slike utfordringer. Derfor har Helsedirektoratet skrevet en punktliste for identifisering av potensielle psykiske lidelser. Ifølge Helsedirektoratet bør skolehelsetjenesten være særlig oppmerksom på barn og ungdom som:

- Viser tegn på ensomhet, er utenfor i skolesammenheng eller har lite sosialt nettverk
- Har en vanskelig familiesituasjon
- Har vansker relatert til mat og kropp
- Har dårlig tannhelse
- Har søvnvansker
- Opplever eller har opplevd mobbing, vold omsorgssvikt og seksuelle overgrep
- Bruker medikamenter/ rusmidler
- Har opplevd belastende livshendelser (f.eks. ulykker, vold, sykdom/død i familie)
- Lever under belastende betingelser (f.eks. usikkerhet, trusler om vold, mobbing, rus eller sykdom i hjemmet)
- Har opplevd hyppig flytting eller endring i boforhold
- Har utfordringer i samspill med andre
- Vider dramatiske endringer i atferd
- Har lese- og lærevansker, nonverbale lærevansker, nedsatt konsentrasjon og medisinske diagnoser
- Bor på hybel
- Er enslige mindreårige asylsøkere
- Har bekymringsfullt skolefravær.

⁷¹ Helsedirektoratet: «Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje». (s. 2) <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/helseundersokelse-og-helsesamtale/oppdage-psykiske-plager-og-lidelser-skolehelsetjenesten-bor-ha-fokus-pa-a-oppdage-psykiske-plager-og-lidelser?tidligere-versjoner> (Sist faglig oppdatert 18. september 2020)

Barn og ungdom med slike utfordringer kan ha psykiske plager eller lidelser, som for eksempel angst, depresjon eller atferdsproblemer. Dette krever at skolehelsetjenesten har oversikt over elevenes helsetilstand, og dette gjøres, ifølge Helsedirektoratet, gjennom utførelse av tjenestens oppgaver, kontakt med elevene, foreldre og skolen, og bruk av tilgjengelige kilder og verktøy til informasjon. Denne oversikten over elevpopulasjonens helsetilstand bør brukes i arbeidet med systemrettede planer og tiltak for å fremme elevenes trivsel, læring og helse i samarbeid med skolen, samt tiltak på gruppe og individnivå.⁷²

Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 2

Revisjonskriterie 2.1: Kommunen bør sikre godt samarbeid på tvers av tjenester ved å etablere samhandlingsarenaer og formalisere samarbeidet gjennom avtaler og rutiner, blant annet med NAV-kontoret, fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Revisjonskriterie 2.2: Grue kommune må ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, som har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Revisjonskriterie 2.3: Dersom bruker har et behov for det, og ønsker individuell plan, må koordinator bidra til å sikre samordning av tjenestetilbudet og sørge for nødvendig oppfølging av brukeren.

Revisjonskriterie 2.4: Helsepsykepleier bør gjennomføre hjemmebesøk 7-10 dager etter fødsel, og tematisere psykisk helse i tråd med helsedirektoratets anbefalinger om hjemmebesøk etter fødsel. Informasjonen fra disse samtaler bør brukes som grunnlag for støttesamtaler og ekstra konsultasjoner til foreldre som har behov for ekstra oppfølging.

Revisjonskriterie 2.5: Skolehelsetjenesten bør gjennomføre skolestartundersøkelser og helsesamtaler på 8. trinn.

Revisjonskriterie 2.6: Skolehelsetjenesten bør benytte kilder og ha verktøy for å kunne skaffe oversikt over elevenes psykiske helsesituasjon.

Revisjonskriterie 2.7: Skolehelsetjenesten og skolen bør samarbeide for å bidra til at det utvikles systemrettede planer og tiltak for å fremme elevenes trivsel, læring og helse.

⁷² «Oversikt: skolehelsetjenesten bør ha oversikt over elevenes helsetilstand». <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/samhandling-med-skole/oversikt-skolehelsetjenesten-bor-ha-oversikt-over-elevenes-helsetilstand> (Sist faglig oppdatert 11. august 2021.)

Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 3

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

Krav til medvirkning

I vurderingen av hvorvidt krav til brukermedvirkning etterleves, legger revisjonen til grunn at kommunen følger bestemmelser om dette i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 beskriver retten til brukermedvirkning på individnivå:

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Helsedirektoratet skriver på sin informasjonsside om brukermedvirkning at «brukererfaring og fagkunnskap må være likeverdige grunnpilarer både i kommunene og i spesialisthelsetjenestene». ⁷³ Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10, første ledd, skal kommunen sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjenester. Etter forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator § 4, andre ledd, heter det at kommunen og det regionale helseforetaket bør legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av rehabiliteringsvirksomheten.

I helse og omsorgstjenesteloven § 9-3, første ledd, heter det at tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med brukeren eller pasienten. I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 4, første ledd heter det at kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering.

I tråd med samhandlingsreformens prioriteringer av LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå), ⁷⁴ er en henvisning til spesialisthelsetjenesten et naturlig neste steg om ikke tjenestetilbudet er tilstrekkelig på kommunalt nivå. I Helsedirektoratets veileder om psykiske lidelser - barn og unge, skriver Helsedirektoratet videre at nasjonale pasientforløp innebærer regelmessige evalueringspunkter hvor status for utredning og behandling gjennomgås. Helsedirektoratet skriver at en evaluering og gjennomgang av status for utredning og behandling alltid bør gjøres ved overganger mellom forskjellige enheter. ⁷⁵ Dersom pasienten/brukeren og/eller pårørende ser at oppfølgingen i kommunen ikke har ønsket effekt, og ønsker å bytte behandlingssenheter, eller behandler ser at pasienten/brukeren har behov for bedre behandling i spesialisthelsetjenesten eller i det private, må det gjennomføres en evaluering. Ved evalueringen må behandler sikre involvering av spesialist i psykiatri/psykologi. Behandler bør i fellesskap med pasienten og/eller foreldre, og involverte tjenester, i fellesskap vurdere:

⁷³ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning> (Sist faglig oppdatert 11. april. 2022).

⁷⁴ Regjeringen.no, «Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

⁷⁵ Helsedirektoratet «Psykiske lidelser – barn og unge». (S. 31) <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge?tidligere-versjoner#46159010> (Versjon fra 8. desember 2021).

- Pasientens opplevelse av behandlingen og om den oppleves nyttig/oppnår mål eller delmål i behandlingsplan
- Status – endring i tilstand/symptomer, pasientens opplevelse av bedring
- Behandlingseffekt ved bruk av strukturerte verktøy
- Om mindreårige søsken følges opp
- Behovet for å involvere foreldre, flere i familien eller andre tjenester
- Pasienten og/eller foreldre og eventuelt pårørendes tilfredshet med behandlingen
- Om somatisk helse er ivaretatt
- Plan for å forbli i skole/arbeid eller plan for tilbakevending til skole/arbeid
- Legemiddelgjennomgang, inkludert indikasjon, effekt og bivirkninger
- Evaluere behandlingsplanen og gjøre nødvendige endringer

Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 3

Revisjonskriterie 3.1: Kommunen må legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter/ organisasjoner deltar i planlegging, utvikling og evaluering av rehabiliteringsvirksomheten i det psykiske helsetilbudet.

Revisjonskriterie 3.2: Kommunen må sørge for at den enkelte pasient og bruker medvirker ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud mtp. rus og psykiske lidelser.

Revisjonskriterie 3.3: De involverte tjenestene i Grue kommune bør ha systemer for evalueringer med involvering av pasienten/ brukeren, foreldre/foresatte, og spesialist i psykiatri/psykologi ved overgang mellom kommunen og annen behandler.

Referanser

Lover og forskrifter

Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator (F16.12.2011 Nr 1256). Rettsdata. <https://min.rettsdata.no/Dokument/gF20111216NR1256?dq=forskrift%20om%20habilitering&searchmode=docs>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. (med kommentarer)* (L24.06.2022). Rettsdata. <https://min.rettsdata.no/Dokument/gL20110624z2D30>

Kommuneloven. (2018-2021). *Lov om kommuner og fylkeskommuner.* (L22.06.2018). Rettsdata. <https://min.rettsdata.no/Dokument/gL20180622z2D83?directHit=1&dq=kommuneloven>

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. (LOV-2009-12-18-131). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>

Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Forarbeider, veiledere, artikler og kommunalt planverk

Grue kommune (2022) *Samordning av tiltak og tjenester for barn og unge i Grue kommune.* Forebygging og tidlig innsats 2022 – 2025.

Helsedirektoratet. (2017-2022). *Brukermedvirkning.* [Veileder] <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet (2017-2020). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje.* [Veileder] <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge?tidligere-versjoner#46159010>

Helsedirektoratet (2017-2019). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov.* [Veileder] <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

Helsedirektoratet. (2018-2022). *Psykiske lidelser – barn og unge, pakkeforløp.* [Veileder] <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring.* [Veileder] https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet. (2017-2018). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.* [Veileder] <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. [Brosjyre/veiledning] <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Innst. 369 L (2017-2018). *Innstilling fra kommunal og forvaltningskomiteen om Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*. Stortinget. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2017-2018/inns-201718-369l.pdf>

Prop. 46. L (2017-2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*. Kommunal og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f0964c05be1d4fefb54267e9255bb921/no/pdfs/prp201720180046000dddpdfs.pdf>

Andre tilsyn

Fylkesmannen i Hedmark. (2018). *Rapport fra tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse i Grue kommune 2018*.