

Veileder for landsomfattende tilsyn 2007

Veileder landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser 2007

Godkjent av Lars E. Hanssen 8. januar 2007

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
1. Innledning	3
2. Målsetting og avgrensing	6
3. Sentrale momenter om innretningen av tilsynet	8
4. Oppstartfasen	14
4.1 Sikrer kommunen at den har tilgjengelige sosial- og helsetjenester som på en forsvarlig måte fanger opp behov og om nødvendig henviser til rett instans	14
4.2 Sikrer kommunen forsvarlig utredning og samordnet planlegging av tjenestebehovet i samarbeid med tjenestemottaker	16
4.3 Fatter kommunen beslutninger og vedtak som tilrettelegger for forsvarlige tjenester	19
5. Iverksettingsfasen	20
5.1 Sikrer kommunen at tiltak og tjenester blir iverksatt innen forsvarlig tid?	20
5.2 Sikrer kommunen at tjenester og tiltak som iverksettes er i tråd med planer, vedtak og beslutninger?	21
5.3 Sikrer kommunen krisehåndtering på en forsvarlig måte?	22
6. Oppfølgingsfasen	23
6.1 Sikrer kommunen kontinuitet og stabilitet i tjenestene?	23
6.2 Sikrer kommunen at nye /endrede tjenestebehov fanges opp og at nødvendige endringer iverksettes på en samordnet måte?	24
7. Planlegging og gjennomføring	25
7.1 Ansvar for tilsynet	25
7.3 Antall og omfang	26
7.4 Forberedelse	26
7.5 Gjennomføring	27
7.7 Rapport og oppfølging etter tilsyn	27
Vedlegg	28
Vedlegg 1	28
Litteraturliste	28
Vedlegg 2	30
Aktuelle lover og forskrifter	30

FORORD

Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene skal i 2007 gjennomføre landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser.

Arbeidsgruppen som har utarbeidet veilederen for dette tilsynet, har vært ledet av Bjørg Botne, internrevisor i Helse Nord (permisjon fra stilling hos Fylkesmannen i Rogaland). Gruppen ellers har bestått av Torill Vebenstad, Fylkesmannen i Hordaland, Heidi Talsethagen, Fylkesmannen i Troms, Paul Grude, Fylkesmannen i Rogaland. Fra Statens helsetilsyn har Anders Haugland, Marianne Noodt og Charlotte Stokstad deltatt. Som ledd i Helsetilsynets følgeevalueringsprosjekt "Tilsyn med kjønn", har Arnhild Taksdal bistått arbeidsgruppen i forsøkene på fokusere hvordan kjønnsperspektiv kunne integreres i veilederen.

I arbeidsgruppens mandat heter det blant annet:

"Tilsynet skal rette oppmerksomhet mot kommunale helse- og sosiale tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser. Ved avgrensningen av tilsynet bør arbeidsgruppen særlig vurdere tema som samhandling knyttet til oppfølging etter utskrivning, boligsituasjonen og tjenestetilbudet til brukerne. Arbeidsgruppen skal vurdere om tilsynet også skal rettes mot tjenester til personer med sammensatte problemer, som samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk eller utviklingshemning.

Arbeidsgruppen bør bygge videre på erfaringer fra det landsomfattende tilsynet i 2005 med helse- og sosialtjenester til brukere med sammensatte og langvarige behov, og konsultere de som gjennomfører felles tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til personer med psykiske lidelser i 2006."

Arbeidsgruppen har innhentet synspunkter og innspill fra relevante brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, Sosial- og helsedirektoratet og fra psykiatrirådgiverne hos Fylkesmannen. Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hordaland gjennomførte i 2006 tre tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til personer med psykiske lidelser hvor veilederen for landsomfattende tilsyn i 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester ble lagt til grunn. Erfaringer fra disse tilsynene har gitt oss et utgangspunkt for å utforme foreliggende veileder".

1. Innledning

Psykisk helsearbeid for voksne i kommune

Sentralt for utbygging av psykisk helsearbeid i kommunene er Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. Forut for Opptrappingsplanen ble det i St.meld 25 (1996-97) slått fast at det i tilbudet til personer med psykisk lidelser var "brister i alle ledd". Bristene gjaldt

både manglende kapasitet og mangler i samhandling og koordinering av tjenester internt i kommunene og på tvers av tjenestenivåene.

Psykisk helsearbeid i kommunene er de tiltak som rettes inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Det er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og omfatter også arbeid på systemnivå. Oppgaver og tjenestetilbud overfor mennesker med psykiske lidelser følger av sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.

Ressurser til stillinger og kompetansehevende tiltak er viktige virkemidler for å nå opptrappingsplanens målsettinger. Satsingen for å bygge ut psykisk helsearbeid må antas å gi en viss føring på at kommunene må forventes å ha ansatt personell som er særlig kvalifisert til å arbeide med personer med psykiske lidelser. Det kan for eksempel bety at ansatte har basiskunnskap om psykiske lidelser, om følger av lidelser og om metoder i arbeidet.

Organisering

Kommunene har betydelige utfordringer mht. hvordan det psykiske helsearbeidet best kan organiseres. Ulike varianter av organisering som etter hvert har utviklet seg er godt beskrevet av Almvik og Borge i ”Tusenkunstnere, muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid”.

- Integreringsmodellen innebærer at de etablerte tjenestene i kommunen styrkes kvantitativt og kvalitativt, og både med kompetansehevende tiltak og nye stillinger. Ingen stillinger øremerkes fagområdet psykisk helsearbeid. En slik organisering er i tråd med statlige føringer om normalisering og integrering. Tjenestemottakernes behov får en fast adresse og kontinuitet i kontakten med hjelperne kan ivaretas med å etablere ordninger med koordinator, ansvarsgrupper og individuell plan. utfordringen vil være å sikre kontinuitet og nødvendig kompetanse.
- Spesialistmodellen innebærer en organisatorisk enhet for psykisk helsearbeid, som representerer et linjetilbud på lik linje med pleie- og omsorgstilbud, sosialtjeneste og legetjeneste. Enheten har egen leder, budsjett og egen personalgruppe som kun yter tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Enheten vil representere en fast adresse for kommunens psykiske helsearbeid og ivareta personellens behov for faglig fellesskap. På den andre siden vil den kunne gjøre det vanskelig å sikre engasjement og tjenestetilbud på tvers av ulike tjenester og etater. I kommuner som har valgt denne modellen, er det også observert at tjenesten organiseres som en ”hverdagstjeneste” med åpningstid fra 0800 – 1600, og begrenset tilgjengelighet på andre tider av døgnet, i helger og høytider.
- Blandingsmodellen består av en ”psykiatritjeneste” med personell som arbeider kun innen psykisk helsearbeid, i tillegg til at etablerte tjenester styrkes kvantitativt og kvalitativt. Fordelen er at man både ivaretar myndighetenes føringer om integrering, og behovet for å bygge opp særskilte tilbud. Tilbudet vil ha en fast adresse, og den særskilte enheten kan ha en koordinerende og pådrivende rolle.

En del kommuner sliter med å få tak i og holde på fagfolk. Det er de minste kommunene som har de mest presserende problemene med personell- og ressursmangel og med ustabilitet i personalet. Den faglige kvaliteten varierer også mye, og det er kultur for mange ulike faglige tilnærminger.

Selv om legetjenesten kan se ut til å være sterkere involvert i psykisk helsearbeid i 2005 enn i 2002, og tilgjengeligheten til ordinær time og øyeblikkelig hjelp er relativt bra, synes

fastlegens oppfølging primært å være knyttet til somatiske problemstillinger og medisinbruk. Fastlegen er stadig lite involvert i arbeid med individuelle planer, fungerer svært sjelden som koordinator, og er i mange tilfeller helt fraværende i forhold til tjenestemottakere med alvorlige psykiske lidelser. (Ådnanes M: Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse, SINTEF Helse 2005 og Myrvold 2005).

For dårlig samhandling med spesialisthelsetjenesten og knapphet på både kapasitet og kompetanse både i DPS-er og i akuttavdelinger, øker presset på de kommunale tjenestene. På grunn av overbelegg, blir mange pasienter skrevet raskt ut, og vil da ha behov for svært tett oppfølging og mye støtte når de kommer hjem. En del pasienter har mange og hyppige opphold i psykisk helsevern, en svært ustabil livssituasjon og behovet for tjenester fra kommunen vil variere sterkt.

Hva vet vi om tjenestemottakernes behov og tjenestetilbudet

Det foretas ingen systematisk registrering av psykiske lidelser i Norge, og finnes følgelig få tilgjengelige og presise data om forekomst, men det er anslått at noe over 120 000 mennesker i Norge har alvorlige psykiske lidelser. Av disse har rundt 16 000 mennesker schizofreni, 30 000 alvorlige affektive lidelser (manisk depressive), 40 000 alvorlige personlighetsforstyrrelser og 40 000 aldersdemens og andre organiske tilstander (Rådet for psykisk helse). I tillegg er det en høy forekomst av angst- og depresjonstilstander. Mens lidelser som schizofreni og manisk depressiv lidelse forekommer like hyppig hos kvinner og menn, er det flere kvinner enn menn med plager som angst og depresjon.

Også for de alvorligste lidelsene, er det store forskjeller med hensyn til varighet, alvorlighet og intensitet, og dermed hva som til enhver tid er tjenestebehovet. Vi kan gå ut fra at rundt 20 000 mennesker har varige og kontinuerlige behov for behandling og bistand, og at et langt større antall tidvis trenger tjenester. Institusjonsopphold representerer for de aller fleste pasienter – også dem med alvorlige psykiske lidelser - kortvarige innslag. Livet skal leves hjemme, og de grunnleggende helse- og sosialtjenestene skal kommunene yte.

Tjenestemottakere med alvorlige psykiske lidelser er en svært sammensatt og ulikeartet gruppe, og med ulike behov. Til de alvorligst psykisk syke, hører personer med lidelser som ofte har langvarige forløp og psykotiske perioder, som schizofreni og bipolare lidelser. Men også personer med alvorlige nevroser eller personlighetsforstyrrelser kan ha så omfattende tjenestebehov at det er naturlig å regne dem til gruppen alvorlig psykisk syke.

En ikke ubetydelig del av de pasientene som skrives ut til kommunene har vært i institusjon i spesialisthelsetjenesten i lang tid, og har fortsatt store behov for tjenester. Dette kan være tjenestemottakere som trenger omfattende støtte og oppfølging hele døgnet og på alle livsområder. Disse tjenestemottakerne kan ha behov for å lære helt elementære ferdigheter for å kunne mestre et hverdagsliv; aktivitets- og dagtilbud, hjelp og støtte i boligen og sysselsettings- eller arbeidstilbud. En del pasienter blir også værende i spesialisthelsetjenesten fordi kommunene mangler både kapasitet og nødvendig kompetanse til å ta dem imot.

Noen grupper representerer særlige utfordringer, blant andre:

Pasienter med dobbeldiagnoser: Svært mange pasienter har betydelige rusproblemer. 1/3 av nysyke schizofrene har rusproblemer av stor betydning for behandlingen, og en stor andel av dem som

mottar hjelp for alvorlig rusmiddelmissbruk har betydelige psykiske problemer. Kompetansen om dobbeldiagnoser er mangelfull i mange kommuner.

Innvandrere og flyktninger: Mange mennesker med fremmedkulturell bakgrunn og alvorlige psykiske lidelser får mangelfulle tjenester, eller dårlig tilpassede tjenester. Det kan være fordi tjenestene ikke er tilrettelagt på en slik måte at de er reelt tilgjengelige for disse gruppene, det kan være kommunikasjonsproblemer pga manglende bruk av / kompetanse om hvordan man bruker tolk, manglende kulturforståelse eller for dårlig kompetanse om de spesielle problemene som blir presentert (traumer, vold osv).

Det er arbeidsgruppens mandat å ha særlig fokus på kjønn. Det finnes en del kunnskap om problem- og diagnosefordeling mellom kvinner og menn, og også om forskjeller mellom kjønn med hensyn til bruk av ulike tjenestetilbud. Flere faktorer enn sykdomsbelastning virker inn på i hvilken utstrekning og på hvilken måte kvinner og menn søker hjelp. Det er for eksempel ulike kulturelle forventninger til deltakelse og synlighet til de to kjønn. Kvinner med psykiske lidelser har i større grad enn menn kunnet "gjemme seg" hjemme. Tilknytning til og omsorgsansvar for egne barn, gjerne kombinert med redsel for barnevernets engasjement, kan virke hemmende på hjelpsøking. Dette er en problemstilling som er mer aktuell for kvinner enn for menn. Ulikheter i måten psykiske helseproblemer ytrer seg hos kvinner og menn kan også ha betydning for hvordan tjenester og tiltak bør tilrettelegges for å virke best mulig. Disse hensynene er avgjørende for om kvinner og menn får likeverdige tjenester, og bør spille inn i utformingen av kommunale tjenestetilbud.

2. Målsetting og avgrensning

Målet med tilsynet er å undersøke om og hvordan kommunen etterlever myndighetskrav til tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser som bor utenfor institusjon.

Tilsynet betegnes som felles. Med felles menes at temaområdene omfatter både helsetjenesten og sosialtjenesten og at myndighetskravene er regulert i helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Tilsynet omfatter kommunale tjenester, ikke spesialisthelsetjenester. De kommunale helsetjenestene er lovfestet i kommunehelsetjenesteloven § 1-3. De sosiale tjenestene som er tatt med i dette tilsynet følger av sosialtjenesteloven §§ 4-1 og 4-2.

Det vises til kapittel 1 om hva vi i denne veilederen betegner som alvorlig psykisk lidelse. Betegnelsen er ikke ment som en samlebetegnelse på brukergrupper som det er særlig utfordrende for kommunene å gi et forsvarlig tjenestetilbud og der konsekvensene av svikt vil være store. I den praktiske gjennomføringen av tilsynet må det i noen grad utvises skjønn vedrørende denne avgrensingen, se for eksempel 7.4. Avgrensingen "utenfor institusjon" medfører at personer som har bosted der vederlagsforskriften kan gjøres gjeldende, ikke er omfattet av dette tilsynet.

Tilsynet skal også omfatte de med sammensatte problemer som samtidig alvorlig psykiske lidelse og rusmiddelmissbruk eller utviklingshemming. Tjenestemottakere med dobbeldiagnoser vil ofte motta ulike tjenester begrunnet i rusmisbruk eller utviklingshemming. Utfordringen for dette tilsynet vil være å etterse om tiltak og tilbud som utløses på grunn av den (samtidige) psykiske lidelsen er forsvarlig ivaretatt, og om det

samlede tjenestetilbudet er koordinert slik at tilbudet totalt sett er forsvarlig. Bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede er ikke et tema for tilsynet.

Med voksne menes personer over 18 år. Tilsynet skal ha fokus på tjenester til voksne med alvorlig psykisk lidelse som har behov for langvarige og/eller koordinerte helse- og sosialtjenester. Det er ikke satt noen øvre aldersgrense i forhold til de tjenestemottakere tilsynet skal omfatte, men tilsynet avgrenses mot det som upresist kan betegnes som eldreomsorg.

Følgeevalueringsprosjektet i Statens helsetilsyn har fulgt arbeidsgruppen i utarbeidningen av veilederen. Formålet var å bidra til at arbeidsgruppen ved utarbeidelsen hadde et særlig fokus på kjønn. Arnhild Taksdal har representert prosjektet, og har gitt innspill både i og utenfor møtene. Arbeidsgruppen er i mandatet bedt om å vurdere om forhold som brukers kjønn/etnisitet eller andre forhold bør vurderes i valg av tema og problemstillinger i tilsynet. Arbeidsgruppen har vurdert ulike modeller for ivaretagelse av kjønnsperspektivet. Alternative tilnærminger har vært å velge noen temaer a) som er særlig viktige for kvinner eller menn rent tallmessig, b) hvor betydninger / virkninger av kjønn bidrar til fare for svikt eller c) hvor vi kan forvente at kommuner har innarbeidet en kjønnset selvrefleksjon. Arbeidsgruppen har forsøkt å kople kjønnsperspektivet til de gjennomgående perspektivene individualisering og brukermedvirkning i denne veilederen. Problemstillingen ville da være om tjenester/tiltak er tilpasset tjenestemottakers kjønn. Gruppen har imidlertid ikke greid å løse denne utfordringen.

Fastlegene og privatpraktiserende fysioterapeuter

Innføringen av fastlegeordningen hadde som intensjon at befolkningen skulle få større trygghet og tilgjengelighet til allmennlegetjenesten og bidra til kontinuitet i lege-pasientforholdet. Dette har ført til at den enkelte fastlege har fått et større ansvar for å følge opp de pasienter hun/han har på sin liste. Dette gjelder i særlig grad pasienter med kroniske plager og omfattende helsesvikt hvor det ofte også vil være behov for å ha samhandling med andre tjenesteytere i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Fastlegen har i denne sammenhengen plikt til å bidra til at pasienten får nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Deltagelse og/eller innspill til ansvarsgrupper, arbeid med individuell plan, systematisk arbeid med re-/habilitering osv. er en måte å håndtere denne plikten på. I dette tilsynet skal det settes fokus på hvordan kommunen organiserer seg for at voksne med psykiske lidelser får nødvendige sosial- og helsetjenester. Kommunen må derfor kunne gjøre rede for hvordan den sørger for at fastlegene bringes inn og er bidragsyttere i dette arbeidet. Det vises til Sosial- og helsedirektoratets rapport IS-1420 Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon.

Tilsvarende vil det være i kommuner der fysioterapitjenesten har tilknyttet privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd. Kommunen må kunne redegjøre for hvordan den sikrer at fysioterapeutene bringes inn og er bidragsyttere i tjenesten til denne målgruppen.

Avgrensninger mot tilbud om bolig

Det var et viktig funn i rapporten "Bruk av tvang i psykisk helsevern" at hele 40 % av de tvangsinnlagte pasientene i psykisk helsevern, og dessuten en stor del av de frivillig innlagte, ikke har egen bolig. I tillegg var det mange som ikke hadde egnet bolig eller tilfredsstillende boligsituasjon.

Tilbud om forskjellige former for tilrettelagte boligløsninger er en viktig del av kommunens arbeid overfor voksne med psykiske lidelser. Psykisk syke kan ha vanskeligheter for å få innpass på det ordinære boligmarkedet. Videre kan redusert boevne være en vesentlig del av sykdomsbildet og gjøre det nødvendig med tilrettelagte boligløsninger. Problemstillingen er også viet mye plass i Sosial- og helsedirektoratets veileder om *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Tematisk sett er det derfor utvilsomt at kommunens arbeid med å skaffe egnede boliger burde inngå som en del av tilsynet.

Kommunes plikt til å skaffe boliger er rettslig sett svakt regulert i sosialtjenesteloven. Kommunen har plikt til å ”medvirke”, jf sosialtjenesteloven § 3-4. Det som er et større problem for planleggingen av dette tilsynet er at plasseringen i sosialtjenesteloven kapittel 3 medfører at denne bestemmelsen faller utenfor de områder Fylkesmannen har hjemmel til å føre tilsyn. Fylkesmannen skal etter sosialtjenesteloven § 2-6 første ledd, føre tilsyn med kommunens virksomhet etter kapitlene 4, 4A, 6 og 7. Konklusjonen må derfor bli at kommunens arbeid med å skaffe boliger ikke kan inngå i tilsynet.

Det som ligger innenfor Fylkesmannens tilsynshjemmel er kommunens plikt til å skaffe *midlertidig husvære*. Dette er regulert i sosialtjenesteloven § 4-5. Arbeidsgruppa har drøftet om dette bør inngå i tilsynet. Nødløsninger i form av midlertidig husvære må regnes som svært lite egnet for personer med psykiske lidelser. Arbeidsgruppa har kommet til at det vil gi en uheldig signaleffekt å ta med plikten til midlertidig husvære, mens kommunenes hovedutfordring med å skaffe mer varige boligtilbud ut fra hjemmelssituasjonen må utelates. Det kan skape inntrykk av at tilsynsmyndighetene ser på midlertidig husvære som et viktig bidrag i det psykiske helsearbeidet i kommunen. Tilsynet avgrenses ut fra dette mot midlertidig husvære, sotjl. § 4-5.

3. Sentrale momenter om innrettingen av tilsynet

Tilsynet omfatter store deler av kommunens helse- og sosialtjeneste. Fokus skal rettes mot de enkelte deltjenester og hvordan kommunen får dem til å fungere sammen.

Problemstillingene som skal undersøkes er delt opp i tre faser. Hver av fasene representerer litt forskjellige utfordringer for kommunen. I veilederen er disse omtalt som:

- *Oppstartfasen* – tilgjengelighet, håndtering av nye henvendelser; planlegging, utredning og beslutning
- *Iverksettingsfasen* – fra planer, beslutninger og vedtak til konkrete tjenester og tiltak
- *Oppfølgingsfasen* – oppfølging av tjenestemottakere, revurdering av behov og eventuell justering av tjenester.

Inndelingen i faser er først og fremst ment som en hjelp til å sortere problemstillingene i tilsynet, men er ikke avgrensede temaer. Kommunens oppgaver innenfor de forskjellige fasene henger sammen, svikt som avdekkes kan få konsekvenser både ved oppstart, iverksetting og senere oppfølging. For den enkelte bruker kan det variere hvordan sakene starter opp, og om for eksempel deler av tjenestetilbudet utredes mens andre deler iverksettes.

For mange av de aktuelle tjenestemottakere kan det også være at tjenestebehovet både i bredde og omfang utvikles over lang tid uten noe egentlig ”startpunkt”.

Myndighetskrav som skal legges til grunn for tilsynet tar utgangspunkt i fire perspektiver:

- Brukermedvirkning
- Koordinering
- Individualisering
- Faglig forsvarlig tjenesteyting.

Tilsynet skal altså avgrenses og relateres til tre faser hvor vi skal se nærmere på fire gjennomgående perspektiver. At perspektivene er gjennomgående innebærer at de ikke vil være knyttet til bestemte faser, men inngår med ulik styrke som kontinuerlige elementer i hele tilsynet. De fire perspektivene går over i hverandre. Utgangspunktet for perspektivene er krav til forsvarlige tjenester. God individuell tilpasning av tjenestetilbudet vil for eksempel måtte baseres på brukermedvirkning, og brukermedvirkning, individualisering og koordinering vil ofte være nødvendige (om ikke tilstrekkelige) forutsetninger for at tjenestetilbudet er faglig forsvarlig.

For hver fase er det i veilederen punktvis presisert hva tilsynet skal avklare. Under hvert punkt drøftes de relevante myndighetskravene med utgangspunkt i de fire perspektivene. Veilederen åpner for at myndighetskrav knyttet til flere faser sees i sammenheng ved formulering av avvik. Det er derfor ikke gitt eksempler på konkrete avviksformuleringer under hvert enkelt punkt. Som eksempel kan nevnes at en kommune unnlater å utrede og iverksette en deltjeneste.

Prossesser for å gi et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud - individuell plan og informasjonsutveksling

God informasjonsutveksling er en forutsetning for å få til koordinerte tjenester. Det forutsettes at reglene om taushetsplikt og samtykke blir fulgt. Dette gjelder også i forhold til arbeid med individuell plan, jf. forskrift om individuell plan § 9. Se nærmere om dette under.

Individuell plan står sentralt i tilsynet. Hensikten med forskriften om individuell plan er å etablere en måte å arbeide på som ivaretar at tjenestemottakerens behov sees i sammenheng og at det legges vekt på å gi et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Tjenestemottakeren og evt. pårørende og / eller hjelpeverge skal være sentrale deltakere i denne prosessen. Tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. forskriftens § 4. Forskriften vektlegger perspektivene dette tilsynet skal ha oppmerksomheten rettet mot.

Tilsynet skal undersøke om plandokumentene eksisterer, men fokus skal også rettes mot de prosesser som bidrar til å gi et helhetlig, samordnet og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Dokumentet er et hjelpemiddel for å sikre at prosessene blir etablert og fulgt opp. Selv om arbeidet med selve dokumentet har kommet kort eller kommunen ikke har satt merkelappen ”individuell plan” på sine arbeidsmåter, kan noen kommuner ha kommet langt i å arbeide helhetlig og koordinert i samarbeid med tjenestemottakeren og ha forskjellige former for dokumentasjon som understøtter prosessene. Det kan være etablert godt fungerende

ansvarsgrupper/samarbeidsgrupper der prosessene dokumenteres i ansvarsgruppereferater, pasientjournaler osv.

I helsetjenesten er det generelle utgangspunktet for informasjonsutveksling at opplysninger kan gis til samarbeidende helsepersonell med mindre pasienten motsetter seg det, jf. helsepersonell. § 25. Informasjon kan også gis på tvers av deltjenester på samme nivå og på tvers av nivåer. Begrunnelsen for bestemmelsen er å ivareta pasientens behov for oppfølging og å bidra til forsvarlige, rasjonelle og hensiktsmessige forhold i helsetjenesten. Se også helsepersonell. § 45 som omhandler videreformidling av journalopplysninger. Det er bare de opplysninger annet helsepersonell trenger for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp som skal kunne utleveres. Det må med andre ord foretas en konkret vurdering av nødvendigheten av å utveksle taushetsbelagte opplysninger.

Det overnevnte gjelder i utgangspunktet utveksling av taushetsbelagte opplysninger mellom helsepersonell (og deres hjelpere), men det vises også til helsepersonell. § 32. som lyder: ”Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, og skal av eget tiltak gi sosialtjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21. Rammene for informasjonsflyt innen sosialtjenesten er mer begrenset dersom tjenestemottaker ikke samtykker, jf. sotjl. § 8-8, jf. fvl. §§ 13 til 13e, jf. dog § 13 b nr. 3 som gir anledning til at opplysninger er tilgjengelig for andre innen organet eller etatene i den utstrekningen det trengs for en hensiktsmessig arbeidsordning.

Eventuelle avvik med hjemmel i forskriften om individuell plan bør understøttes av bevis om mangler ved måten kommunen sikrer et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud i samarbeid med tjenestemottaker, jf forskriften §§ 4, 5 og 7.

Habilitering og rehabilitering

Med re-/ habilitering siktes det til prosesser med mål om å heve tjenestemottakerens funksjonsnivå og gjelder i forhold til både somatiske og psykiske lidelser, jf merknad til re-/habiliteringsforskriften § 3 annet ledd. Tjenestene skal bidra til at mennesker med psykiske lidelser mestrer eget liv; i egen bolig og i arbeid/utdanning og/eller annen meningsfull aktivitet.

Medisinsk rehabilitering og habilitering er eksplisitt nevnt blant de oppgaver kommunens helsetjeneste har ansvar for, jf. khl. 1-3, første ledd nr. 3. Videre er forhold ved re-/habilitering regulert i forskrift om habilitering og rehabilitering. Re-/habiliteringsforskriften gjelder bare helsetjenesten. Departementet har likevel valgt i forskriften å benytte begrepsparet habilitering og rehabilitering for å tydeliggjøre det tverretatlige aspektet, jf merknad til forskriften § 3 første ledd. Det er videre klart presisert at kommunehelsetjenesten ved behov skal samarbeide med sosialtjenesten, jf. § 8 siste ledd. Brukermedvirkning, individualisering, koordinering og faglig forsvarlighet er sentrale perspektiver for re-/habiliteringsprosessene.

Kommunen har ansvar for å ha en generell oversikt over behov for re-/habilitering, og skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og

oppfølging ved behov for re-/habilitering. Tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.

Kravet til faglig forsvarlighet

Av khl. § 1-1 framgår at kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste, og etter § 2-1 er den enkelte gitt rett til nødvendig helsehjelp. Sammenholdt med § 1-3a og § 6-3 tredje ledd er retten til nødvendig helsehjelp krav til både forsvarlig omfang og innhold. Selv om sotjl. ikke har en lignende bestemmelse om ”nødvendig sosialtjeneste”, er det også etter denne loven en grunnleggende forutsetning at tjenestene skal ligge på et forsvarlig nivå. Det vises i den forbindelse til sotjl. § 4-3 som regulerer når det foreligger krav på hjelp. Type tjeneste og omfang skal vurderes ut fra konkrete behov og kommunens ressurser, og hjelpen må ligge på et forsvarlig nivå og ha et forsvarlig innhold.

Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene m.m.

Sosial- og helsedirektoratet har utgitt en veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (SHdir 15-1332). Formålet med veilederen er å stimulere kommunene i det videre arbeidet med å utvikle tjenestetilbud, og å støtte opp under de målene som er formulert for Opptrappingsplanens siste fase. Veilederen formidler fremfor alt forventninger og råd til kommunene som følger av opptrappingsplanen og dens økonomiske incitament, mens det er lagt mindre vekt på å tydeliggjøre plikter og rettigheter slik de er formulert i lovgivningen. I arbeidet med tilsynsveilederen, har vi derfor i liten grad kunnet støtte oss på dette dokumentet ved fortolkningen av myndighetskravene.

I St.prp. nr 1 (2004-2005) forutsettes det at alle kommuner og respektive helseforetak innen utløpet av 2005 skulle ha etablert et fast strukturert samarbeid om psykiske tjenester både til barn, unge og voksne:

”Alle kommuner og respektive helseforetak/DPS-områder forutsettes innen utløpet av 2005 å ha etablert et fast strukturert samarbeid. Det bør inngås forpliktende samarbeidsavtaler som omfatter rutiner for utskrivning, faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere, rutiner for individuell plan, kompetansehevede tiltak mv. Brukerorganisasjonene forutsettes trukket inn i samarbeidet. Kommunene forutsettes innen samme tidsfrist å ha etablert fast samarbeid med brukere/pårørende og/eller deres organisasjoner. Kommuner og foretak vil bli bedt om å utarbeide felles skriftlige rutiner for utarbeidelse av individuell plan. I 2005 vil etablerte skriftlige rutiner bli satt som vilkår for øremerkede tilskudd til kommunene.”

Vilkår for fordeling av øremerkede midler i proposisjoner kan ikke uten videre legges til grunn som uttrykk for fortolkning av lovgivningen, og kan ikke benyttes direkte som revisjonskriterier. Avvik kan følgelig ikke gis dersom tilsynslagene finner at vilkårene som stilles i St.prp. nr. 1 (2004-2005) ikke er oppfylt. Siden de har vært lagt inn som vilkår for tildeling av tilskudd er det imidlertid grunn til å forvente at det finnes slike rutiner og samarbeidsavtaler mellom de fleste kommuner og spesialisthelsetjenesten. Disse kan gi viktig informasjon om hvordan kommunene vil håndtere sin del av oppgavene i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Internkontroll i det psykiske helsearbeidet i kommunen

Tilsynet skal undersøke om kommunen har etablert systematiske styringstiltak som sikrer etterlevelse av myndighetskrav. Som omtalt i gjeldende prosedyre for systemrevisjon kapittel 5.5.3, skal internkontroll ikke være selvstendig tema i tilsynene

Oppgaven med å sørge for faglig forsvarlige helse- og sosialtjenester til personer med alvorlig psykisk sykdom medfører store ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer for kommunene. Nedenfor er det drøftet eksempler på gjennomgående krav som stilles til internkontrollen i kommunen. Den konkrete koblingen til temaene i tilsynet er eksemplifisert i drøftelsene i kapittel 4-6, men er ikke ment å være uttømmende. Denne måten å framstille det på er valgt for å kunne gi en overordnet beskrivelse av en del internkontrollutfordringer og for å unngå for mye gjentakelser i teksten.

Organisering

Kommunene har valgt forskjellige måter å organisere det psykiske helsearbeidet på, jf kap 1. Kommunen står innenfor lovgivningens rammer fritt til å velge organisasjonsmodell. Som *tilsynsmyndighet* har vi ingen oppfatning om hvilken modell kommunen bør velge. Alle løsninger har sine fordeler og ulemper. Det er likevel viktig at tilsynet er særlig oppmerksom på de forskjellige løsningenes ”svake sider”, slik at vi får undersøkt at disse ikke får uakseptable konsekvenser for tjenestemottakerne. Det samme gjelder i forhold til generelle organisatoriske løsninger dersom oppgavene er spredt på flere resultatenheter innenfor en ”to-nivå-modell” eller delvis innenfor og delvis utenfor en bestillerenhets ansvarsområde i kommuner som har organisert seg med ”bestiller-utfører-inndeling” i deler av de kommunale oppgavene.

Som følge av vilkårene for tildeling av tilskudd i Opptrappingsplanen vil de fleste kommuner ha oppdaterte planer for det psykiske helsearbeidet i kommunen. Det vil kunne danne grunnlag for dialog med de overordnede ledernivå i kommunen om hvilke særlige utfordringer de har (som er relevant i forbindelse med dette tilsynet), hvilke løsninger de har iverksatt eller skal iverksette, og hvordan dette skal følges opp på de forskjellige ledelsesnivåene.

Gjennomgangen i kap 4-6 viser at det på dette feltet er mange oppgaver som skal løses. Kommunen må sørge for å avklare hvem som har ansvaret for de forskjellige oppgavene og at den interne organiseringen er kjent blant de involverte, jf internkontrollforskriften § 4 andre ledd a og c.

Personell- og kompetansestyring

Kravet til kompetanse må knyttes direkte til det ansvar og de oppgaver den enkelte ansatte skal ivareta. Kommunen må kartlegge kompetansebehovet og iverksette tilstrekkelige kompetansehevende tiltak. Gjennom organisering og turnusplanlegging må kommunen sørge for at det til enhver tid er tilstrekkelig faglig kompetent bemanning. Det er viktig at tilsynet her ikke begrenses til å fastslå om deler av personellet har mangelfull kompetanse i forhold til sine oppgaver, men også undersøker hvilke tiltak som er satt i verk for å sikre tilstrekkelig og kompetent personell og hvordan dette følges opp på ledelsesnivå.

Det skal være etablert tiltak for opplæring og veiledning av nyansatte og vikarer.

Det er gode faglige grunner for at kommunen bør legge vekt på kontinuitet blant personalet som forholder seg til den enkelte tjenestemottaker. Det medfører ekstra ufordringer for kommunens personellstyring.

Kommunens egne tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse må sees i sammenheng med samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Godt faglig arbeid inneholder også evnen til å se egne begrensninger og følgelig når det er påkrevet å innhente veiledning fra personell med annen kompetanse.

Denne veilederen beskriver relativt komplekse samhandlingsmønstre, både internt i kommunen og i forhold til eksterne aktører. Kommunen må arbeide systematisk med å sikre de ansatte tilstrekkelig kunnskap om kommunens organisasjon og styring.

Vurdering av risiko for svikt

Det må forventes at kommunen har gjort vurderinger av på hvilke områder det er særlig sårbart, og behov for å iverksette tiltak for å redusere risikoen for svikt i tjenestene. De tema som er drøftet i kap 4-6 er i det alt vesentlige valgt fordi de utgjør særlige utfordringer, som mange kommuner strever med å få helt til. Det er derfor viktig å ta opp disse spørsmålene i tilknytning til hvert tema. Risikovurderingene skal følges opp med tiltak.

Gjøre bruk av erfaringer fra tjenestemottaker og pårørende

Samarbeidet med tjenestemottaker er viet mye plass i denne veilederen, både i forbindelse med utredning, tjenesteyting og oppfølging av tjenestene. I alle deler av prosessen skal det gis mulighet til medvirkning og samarbeid. Kommunens plikt til å innhente erfaringer fra brukere og pårørende om hvordan denne samhandlingen faktisk fungerer er derfor vesentlig for kommunens oppfølging av om disse pliktene ivaretas.

Styring må bygge på innsikt og kunnskap om egen virksomhet

Kommunen må vurdere hvilke rapporteringsordninger som er nødvendige for å få tilstrekkelig oversikt over driften. Det må forventes at kommunen har oversikt over omfanget av de tjenester som ytes. I kap 5 er utfordringene med variasjon i tjenestebehov på grunn av svingninger i sykdomstilstand tatt opp. Selv om det på individnivå er store forskjeller vil det på et mer overordnet nivå være mulig å anslå hvilke følger dette får for behovet for fleksibilitet i tjenesten.

Kommunen må ha ordninger som sikrer at problemer/avvik/uønskede hendelser som oppstår blir rapportert videre og fulgt opp. Kommunen må sikre at alle blir informert om de endringer som foretas

Kommunen skal planlegge og iverksette tiltak for å rette opp og forbygge overtredelser av lovgivningen:

- Eksempler på tiltak kan være utredningsrutiner, informasjonsutveksling mellom tjenesteytere (møter, rapport mv), plan for gjennomføring av ansvarsgruppemøter, rutiner for samhandling med spesialisthelsetjenesten.

- I hvilken grad tiltakene skal beskrives skriftlig må vurderes ut fra forskriftens § 5. Som nevnt over vil det være relativt krevende å sørge for at alle involverte får tilstrekkelig informasjon. Det må derfor forventes en betydelig grad av skriftlighet.

Tiltak som besluttet må følges opp av kommunen:

- For å avklare om de faktisk blir gjennomført.
- For å vurdere om de er tilstrekkelige.

Dette er et særlig sårbart punkt i mange kommuners internkontroll og bør ettergås. Vi blir i tilsyn ofte forelagt prosedyrer mv uten at kommunen kan gjøre rede for om tiltakene faktisk benyttes og/eller bidrar til å redusere risiko for svikt. Det er viktig at vi er tydelige på at tilsynsmyndighetene ikke er kommunens internrevisjon, men skal vurdere om kommunen selv i tilstrekkelig grad følger opp.

Kommunens ledelse skal systematisk overvåke og gjennomgå internkontrollen

Dette innebærer et ansvar for oppfølging fra kommunens forskjellige ledelsesnivå. Det må være etablert rapporteringsrutiner og møtestrukturer som gjør det mulig for ledelsen på et overordnet nivå å påse at internkontrollen er tilstrekkelig til å oppfylle kravene i lovgivningen.

4. Oppstartfasen

Tilsynet skal undersøke om kommunen sikrer:

- tilgjengelige sosial- og helsetjeneste som fanger opp behov for tjenester, og evt. henviser til rett instans
- forsvarlig utredning og planlegging av tjenestebehovet i samarbeid med tjenestemottaker
- at det fattes beslutninger/vedtak som tilrettelegger for tjenester og tiltak.

4.1 Sikrer kommunen at den har tilgjengelige sosial- og helsetjenester som på en forsvarlig måte fanger opp behov og om nødvendig henviser til rett instans

Kommunale tjenester kan være så komplekst organisert at det er vanskelig å vite hvor man skal henvende seg. Videre er det en risiko for at de enkelte tjenesteområder bare ser sitt eget ansvar og ikke ser på kommunens plikt til å yte tjenester som helhet. Det kan føre til at henvendelser blir avvist fordi de er til "feil" instans eller at behov ikke blir sett i sammenheng og tjenestetilbudet blir fragmentert og mangelfullt. Personer med alvorlig psykisk sykdom vil ha særlige problemer med å hevde sine rettigheter overfor kommunale instanser, manglende tilgjengelighet øker risikoen for at søkeren ikke får et forsvarlig tjenestetilbud. Samtidig vil konsekvensene av et utilstrekkelig tjenestetilbud kunne være alvorlige.

Tilgjengelighet er også en vesentlig faktor for å legge til rette for samhandling med spesialisthelsetjenesten og den kommunale legetjenesten (fastlegene og legevakten).

Nedenfor drøftes hvilke krav som stilles til kommunen om å gjøre sine tjenester til personer med alvorlig psykisk sykdom tilgjengelige for søkere, fastleger og spesialisthelsetjenesten.

Kommunen står i all hovedsak fritt i måten å organisere sine tjenester på. Det medfører at det kan variere hvilke deler av kommunens organisasjon som skal involveres for å utrede og beslutte tildeling av tjenester. Etter internkontrollforskriften § 4 a skal ansvar og oppgaver være tydelig plassert i virksomheten. Der ansvar og oppgaver er tydelig plassert og godt kommunisert, vil det øke sannsynligheten for at tjenestene vil fremstå som tilgjengelige og bidra til at henvendelsen raskt kommer til rett instans. Ofte skal henvendelsen rettes til flere steder i kommunen, og kommunen vil i slike tilfeller måtte starte prosessen med å sikre at evt. tjenestetilbud blir koordinert og samordnet.

Henvendelser fra psykisk syke og/eller deres pårørende/hjelpeverge kan rette seg til flere ulike enheter/deltjenester i kommunen, som for eksempel pleie- og omsorgstjenesten, re-/habiliteringstjenesten, enhet for psykisk helsearbeid eller psykiatrisk sykepleier, fastlegen eller sosialkontoret. Kommunen skal sikre forsvarlig håndtering av henvendelsen uavhengig av hvilken enhet/deltjeneste i den kommunale sosial- og helsetjenesten henvendelsen rettes til. Dette kravet følger av kommunens plikt til å gi opplysning, informasjon, råd og veiledning slik at henvendelser når rett (e) instans(er) i tide, jf. sotjl. § 4-1, og khl. § 2-1, andre ledd. Jf. også fvl. § 11. Kommunens helsetjeneste og helsepersonell skal også samarbeide og vite om sosialtjenestens tiltak, jf. khl. § 6-6a. Kommunen må ha rutiner som sikrer at henvendelser, i samråd med den henvendelsen gjelder, og evt. pårørende/hjelpeverge, kanaliseres videre til aktuelle instanser. For å håndtere henvendelser forsvarlig stilles det krav til personalets kompetanse og ferdigheter, jf. internkontrollforskriften § 4 b) og c). Det gjelder både kompetanse og ferdigheter i forhold til å kommunisere med alvorlig psykisk syke, å kunne forstå hva henvendelsen gjelder, kunnskap om kommunens interne organisering og evt. kompetanse til å vurdere hvem som er rett instans.

Fastlegen skal, som del av kommunens helsetjeneste, være i stand til å informere sine pasienter om tjenestetilbudene, og i samråd med pasienten rette en henvendelse til andre deltjenester mht utredning og tildeling av kommunale helse- og sosialtjenester. Kommunen må ha ordninger som sikrer at fastlegene er informert om de kommunale tjenestene og hvor henvendelser skal rettes, jf khl § 1-3a, og vice versa.

For personer med alvorlig psykisk sykdom vil det ved utskrivning fra behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten ofte være påkrevet at arbeidet med å planlegge tjenestetilbudet skjer i god tid før utskrivning. Kommunen skal også i slike situasjoner sikre at tjenestene er tilgjengelige og at henvendelsen håndteres på en forsvarlig måte.

Ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten er det flere mulige scenarier kommunen må kunne forholde seg til:

- Utskriving etter langtidsopphold i psykisk helsevern
- Utskriving etter korte opphold, for eksempel ved svingende sykdomsforløp, der det kanskje er behov for umiddelbar og tett oppfølging fra kommunehelsetjenesten
- Situasjoner der tjenestemottakeren skal være under tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon

Ved vurderingen av om kommunen i tilstrekkelig grad legger til rette for samhandling med spesialisthelsetjenesten ved utskriving kan det være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i disse eksemplene.

I statsbudsjettet (St prp 1 2004-05) ble det satt som vilkår for utbetaling av tilskudd etter opptrappingsplanen i 2005, at det ble etablert samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene om bl.a. rutiner for utskriving. Det er nærliggende å anse disse avtalene som den praktiske løsningen på kravet til tilgjengelighet overfor spesialisthelsetjenesten. Tilsynets oppgave på dette området vil dermed være å undersøke om disse avtalene fungerer som forutsatt og følges opp av kommunen. I motsatt fall må kommunen godtgjøre at den på annen måte ivaretar kravet om tilgjengelighet og samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med utskriving. Det samme utgangspunktet følger av Rundskriv IS- 17/ 2004 Vedrørende utskriving av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern. Her beskrives hvordan spesialisthelsetjenesten skal håndtere utskrivingssituasjoner. Det står blant annet at tjenestemottakeren skal informeres om hvem som har videre oppfølgingsansvar. For at oppfølgingen fra kommunens side skal bli forsvarlig forutsettes det at det er etablert et samarbeid mellom institusjonen og kommunen hvor det evt. er klarlagt hvem tjenestemottaker kan kontakte i kommunen. Henvendelse fra spesialisthelsetjenesten er ofte første ledd i et samarbeid for å tilrettelegge for koordinerte og individuelt tilpassede tjenester.

4.2 Sikrer kommunen forsvarlig utredning og samordnet planlegging av tjenestebehovet i samarbeid med tjenestemottaker

De med mest omfattende tjenestebehov står i størst fare for at tjenestetilbudet ikke er basert på faglig forsvarlige individuelle behovsvurderinger. Mange kommuner sliter med utilstrekkelig fagkompetanse om psykisk sykdom. Mangelfull faglig kompetanse kan også få negative følger for samhandlingen med fastleger og spesialisthelsetjenesten. Manglende tverrfaglig samarbeid kan føre til sprikende målsettinger for de ulike deltjenestene og manglende helhetstenkning. Det er en utfordring å få til reell brukermedvirkning med utgangspunkt i den enkeltes forutsetninger for å delta.

Utredning

Når kommunen får henvendelser som kan utløse rett til sosial- og helsetjenester, må det foretas tilstrekkelig utredning/kartlegging av personens behov for bistand og hjelp. Det gjelder kartlegging for å se om vilkårene for hjelp er oppfylt, og for å finne ut hvilke tjenester som skal ytes og i hvilket omfang. Kravet til forsvarlig utredning gjelder uavhengig av om tjenesten skal tildeles etter forvaltningslovens regler om enkeltvedtak eller ikke, men er en nødvendig forutsetning for at retten til nødvendig helsehjelp, khl. § 2-1, og retten etter sotjl. § 4-3 kan oppfylles. Forskrift om individuell plan § 2 sier at et av formålene med individuell plan er å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder. Forskrift om habilitering og rehabilitering § 10, jf. § 8, tredje ledd stiller som krav at kommunen skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning. Bestemmelsen viser videre til forskrift om individuell plan.

Saken skal være så god opplyst at det kan fattes forsvarlige beslutninger og vedtak. Det må innhentes opplysninger om personens helsetilstand og sosiale problemer, behov og

funksjonsnivå - som psykisk helsetilstand og diagnose, helsetilstand forøvrig, arbeidslivstilknytning, boligforhold, familie, nettverk, fritid med mer. Det vil normalt variere ut fra hvilke tjenester som vurderes, hvilke forhold som må kartlegges for at utredningen skal være i tråd med krav i lovgivningen. Ved for eksempel utredning av om vilkårene for praktisk bistand og opplæring med hjemmel i sotjl. § 4-3, jf. § 4-2 a er oppfylt, må kommunen kartlegge søkerens/tjenestemottakerens funksjonsevne, funksjonsvikt, ressurser, eventuelt pårørendes bistand, bosituasjon mv. jf. fvl. § 17. Forsvarlig kartlegging innebærer også at det i mange tilfelle må innhentes informasjon og vurderinger fra andre involverte tjenesteytere. Informasjonen skal danne grunnlag for å se ulike tiltak i sammenheng. Særlige utfordringer reiser dette i forhold til tjenestemottakere med dobbeldiagnoser og tjenestemottakere som er under tvangsbehandling utenfor institusjon. Mange av de sistnevnte vil trenge samtidige tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og fra kommunen. Kommunen må sørge for god oversikt over hva tilbudet fra spesialisthelsetjenesten består i, og kunnskap om rammer og eventuelle avtaler for dette, for at kommunen skal kunne utforme tiltak som supplerer dette på en forsvarlig og god måte.

Det forventes ikke at det i tilsynet gjøres noen detaljert gjennomgang på individnivå om kommunens utredning av tjenestebehov. Tjenestene vil for mange være en kombinasjon av praktisk bistand og hjelp og tiltak mer innrettet på opplæring og rehabilitering. Tilsynet bør vurdere om utredningene vektlegger formålet med å øke tjenestemottakers mestringsevne og mulighet til å styre sitt eget liv. Mange av punktene i kvalitetsforskriften § 3 beskriver tjenestebehov som er svært relevante for personer med alvorlig psykisk sykdom. Tjenestebehov som kan være aktuelle å utrede kan være:

- ta ansvar i forhold til egen bosituasjon og daglige gjøremål tilpasset den enkeltes tilstand
- ivareta egenomsorg
- mulighet til å gjennomføre utdanning, arbeid og andre dagaktiviteter
- kunne nyttiggjøre seg behandlingstilbud utenfor hjemmet
- medikamenthåndtering
- nødvendig medisinsk oppfølging
- sosiale aktiviteter

For at kartleggingen/utredningen og utformingen av tjenestetilbudet skal være forsvarlig må kommunen legge til rette for at tjenestemottaker medvirker. Medvirkning fra tjenestemottaker er avgjørende for at tjenestetilbudet skal kunne tilpasses individuelt. Det må avklares med tjenestemottaker og eventuelt pårørende/hjelpeverge hvilke behov tjenestemottaker har og hva som er ønskede og relevante tjenester. Retten til medvirkning gjelder både hvilke tjenester og tiltak som kan være aktuelle, på hvilken måte tjenestene skal utformes og omfanget av tjenestene. Retten til å medvirke følger av sotjl. § 8-4, pasientrettighetsloven § 3-1, forskrift om individuell plan §§ 4 og 7, re-/habiliteringsforskriften § 5, samt kvalitetsforskriften § 3, første ledd. Det sentrale er at tjenesteyteren på grunnlag av definerte mål og angitte behov skal komme fram til tiltak som er egnet til faktisk å dekke den enkeltes behov, og nå de mål som er satt for tjenesteytingen. Et viktig moment i kartleggingen i forhold til utforming av tjenestetilbud kan bl a.være tjenestemottakers kjønn og etniske bakgrunn.

Når tjenestebehov skal kartlegges og tjenester utformes til personer med alvorlige psykiske lidelser må kommunen sørge for at enheten som foretar utredningen har nødvendige kunnskaper og ferdigheter, jf. kravet til faglig forsvarlighet generelt, jf. sotjl. § 2-3, khl. §§6-1 og 6-2, sykepleieforskriften § 3, internkontrollforskriften 4 § b) og c). Dette innebærer blant annet kompetanse til å kommunisere med tjenestemottaker, kompetanse til å vurdere kartlegginger som er foretatt av andre instanser tjenestemottaker har mottatt eller mottar hjelp fra, kompetanse til å vurdere hvilke kommunale helse- og sosialtjenester som er relevante, samt saksbehandlingskompetanse.

Planlegging

Planlegging er viktig for å få til gode re-/habiliteringsprosesser og for å forhindre svingdørsproblematikk. Utredningen vil ofte avdekke behov for å koordinere tjenester og tiltak. Det kan gjelde øvrige kommunale deltjenester, fastlege, spesialisthelsetjenester m.fl. Det er viktig i denne fasen å undersøke om kommunen sikrer at fastlegens og fysioterapeutens arbeid sees i sammenheng med øvrige helsetjenester og sosialtjenester, utfra for eksempel fastlegens funksjon som portåpner til og bindeledd med spesialisthelsetjenesten og trygdeordningene og ansvar i forbindelse med utredning og diagnostikk, oppfølging av legemiddelbruk, og ivaretagelse av det medisinske helhetsansvaret. Kommunen må sørge for at samarbeidet med fastlegene fungerer hensiktsmessig, og følge opp at dette skjer, jf. internkontrollforskriften § 4 h. En aktuell arena for å diskutere dette, er kommunenes samarbeidsutvalg for fastlegene (Rammeavtale mellom KS og legeföreningen, ASA 4310). Kommunen må videre bidra til gode samarbeidsavtaler med DPS for å øke sikkerheten for forsvarlig planlegging og god koordinering av tjenestene/tiltakene, både på individ- og systemnivå.

Tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. forskrift om individuell plan § 4, første ledd. Bestemmelsen gir kommunen plikt til å iverksette og gjennomføre arbeidet med individuell plan dersom tjenestemottakeren ønsker det og samtykker til det. Kommunen skal gjøre rede for retten til individuell plan på en slik måte at tjenestemottaker forstår sin rett, hvilke fordeler planarbeidet vil gi, og konsekvenser for flyt av ellers taushetsbelagte opplysninger, jf. sotjl. § 4-3 a, jf. § 4-1, og pasientrettighetsloven § 2-5, jf. khl. § 2-1, andre ledd. Kravet om samtykke gjelder ikke for pasienter under tvunget psykisk helsevern. Enkelte av kommunens tjenestemottakere kommer fra tvunget psykisk helsevern, og det vil da der være igangsatt arbeid med individuell plan, med eller uten samtykke. Dersom tjenestemottaker fremdeles er under tvunget helsevern, men nå bor i kommunen og også mottar kommunale sosial- og helsetjenester vil det være en virksom planprosess i gang som må fortsette. Alminnelige regler om taushetsplikt gjelder, jf. forskrift om individuell plan § 9, men ofte vil en viktig del av planarbeidet forutsette at det gis samtykke til at relevante taushetsbelagte opplysninger kan tilflyte relevante samarbeidspartnere. Det kan være ulike grunner til at tjenestemottaker ikke ønsker individuell plan. Mange er redd for at taushetsbelagte opplysninger spres til tjenesteutøvere og pårørende/hjelpeverge, og mange forstår ikke formålet. Kommunen må bestrebe seg på å koordinere tjenestetilbudet også der tjenestemottaker ikke ønsker individuell plan. Arbeidsgrupper og samarbeidsmøter er alternative ”verktøy” som kan brukes. Også her må det tas hensyn til reglene om taushetsplikt..

Kommunen må ha rutiner for hvordan arbeidet med individuell plan skal iverksettes, enten det skjer på initiativ fra kommunen eller arbeidet er startet opp i spesialisthelsetjenesten, jf forskrift om individuell plan § 6. En person skal gis ansvar for å sikre samordning og framdrift, jf samme forskrift § 7c. Forskriften bestemmer ikke om denne personen skal komme fra spesialisthelsetjenesten eller kommunen. I tilfeller der begge nivåer er involvert må partene ta felles ansvar for at en slik person blir oppnevnt.

Individuell plan skal sikre koordinert utredning av tjenestebehov, og supplerer krav til forsvarlig saksutredning som følger av sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og helsepersonelloven. Kravet om at kommunen må sikre en koordinert utredning og legge til rette for et samordnet, tverrfaglig og planmessig tjenestetilbud er videre hjemlet i forskrift om re- /habilitering § 10, jf. § 1. Denne viser i siste ledd til forskrift om individuell.

4.3 Fatter kommunen beslutninger og vedtak som tilrettelegger for forsvarlige tjenester

Kommunen må med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven fatte nødvendige beslutninger og vedtak (evt. enkeltvedtak) på bakgrunn av utredningene som er foretatt.

Beslutninger og vedtak må utformes på en slik måte at de legger til rette for forsvarlige tjenester. Det er en risiko for at vedtakene blir så rigid utformet at de vanskeliggjør fleksible løsninger, eller er så diffuse at de ikke ivaretar rettssikkerheten til tjenestemottakerne. Tjenestene kan i praksis være knyttet til ulike avdelinger/enheter, der ansvar, myndighet og oppgaver er spredd. Det er ikke noe krav om ett samlet vedtak. Det er heller ikke krav om at alle vedtak og beslutninger skal fremkomme av ett dokument eller fremstå samlet på annen måte. Der det foreligger individuell plan skal imidlertid planen inneholde en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem og hvem som skal ha ansvaret for disse, jf. forskrift om individuell plan § 7e).

Formålet med denne delen av tilsynet er ikke å foreta en *detaljert* gjennomgang av saksbehandlingsregler til enkeltvedtak og de regler om saksbehandling som må følges der avgjørelsene ikke regnes som enkeltvedtak men beslutninger. Kommunen må likevel vise at vedtak og beslutninger bygger på forsvarlig utredning av tjenestebehovet, og dette skal kunne dokumenteres i begrunnelsen for enkeltvedtak, gjennom plandokumenter eller andre dokumenter, gjennom pasientjournaler eller andre journaler.

Kravet om tildeling av tjenester i form av enkeltvedtak er stilt for å sikre en grundig og formalisert saksbehandling, og rettssikkerheten blir med dette bedre ivaretatt. Med dette som utgangspunkt har det gjennom Fylkesmennenes oppfølging av kommunenes arbeid med Opptappingsplanen kommet opp spørsmål om hvorvidt avgjørelser om tildeling av psykiatrisk hjemmesykepleier skal regnes som enkeltvedtak. Hovedregelen er at forvaltningslovens regler ikke gjelder for vedtak om nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Dette følger av § 2-1, 3. ledd. Unntak fra dette følger av § 2-1 4. ledd hvor det blant annet framgår at forvaltningslovens regler likevel gjelder for vedtak om hjemmesykepleie. Vi tolker formuleringene i khl slik at all sykepleie som skal ytes i tjenestemottakerens bolig må regnes som hjemmesykepleie og innbefattes av

saksbehandlingskravene i § 2-1, tredje ledd. Psykiatrisk sykepleietjeneste som ikke ytes i tjenestemottakers hjem er det følgelig ikke grunnlag for å si er tildelt som enkeltvedtak. Det er klageadgang også der tildeling ikke krever enkeltvedtaksbehandling, jf. khl. § 2-4 og pasientrettighetsloven § 7-2.

Kommunen må også redegjøre for den samhandlingen mellom de ulike tjenesteyterne som har funnet sted under utredningen, i de beslutninger som tas. Det skal også redegjøres for tjenestemottakers egne mål og preferanser. Ved å sammenholde ulike beslutninger og vedtak, skal tilsynsmyndigheten kunne vurdere hvorvidt kommunen yter et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Individuell plan gir ikke større rett til tjenester enn det som følger av lovgivningen for øvrig. Individuell plan vil imidlertid ha liten verdi dersom kommunen ikke følger opp med å fatte nødvendige vedtak og beslutninger, jf forskriften om individuell plan § 7 e. Kommunen må derfor påse at de tiltak som beskrives i planen, jf forskriften § 7 e, er realistiske i forhold til hva kommunen vil vedta/beslutte med hjemmel i sosial- og helselovgivningen. Forskriften om individuell plan §§ 7 og 8 må tolkes slik at kommunen må sørge for at det er samsvar mellom planen og de vedtak/beslutninger som fattes. Dersom kommunen ikke ser seg i stand til å fatte de vedtak/beslutninger som er forutsatt i planen må de involverte instanser, i samarbeid med tjenestemottakeren, avklare hvilke konsekvenser dette kan få for det samlede tjenestetilbudet og behov for endringer i planen.

5. Iverksettingsfasen

Overgangen fra å treffe beslutninger/vedtak til å iverksette de tiltak som er besluttet/fattet er kritisk i mange kommuner. Det kan skyldes manglende kapasitet, fagkompetanse og dårlige rutiner. Videre kan det være dårlig sammenheng mellom de kartlegginger/utredninger som ligger de grunn for tildelingen og den konkrete utformingen av tjenestetilbudet.

Under dette området har vi også foretatt en samlet drøftelse av kommunens utfordringer med å håndtere kriser og svingede sykdomsforløp.

Tilsynet skal avklare om kommunen sikrer at:

- tjenester/tiltak iverksettes innen forsvarlig tid
- tjenester/tiltak iverksettes i tråd med planer, vedtak og beslutninger
- kriser og svingende sykdomsforløp håndteres på en forsvarlig måte

5.1 Sikrer kommunen at tiltak og tjenester blir iverksatt innen forsvarlig tid?

Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven har ikke egne bestemmelser om når vedtatte/besluttede tjenester skal iverksettes. Hvor lang tid kommunen kan bruke på å utrede, beslutte og iverksette må sees i sammenheng med det konkrete tjenestebehovet. Det avgjørende er om tidspunktet for iverksettelse ivaretar tjenestemottakers rett til tjenester på en forsvarlig måte, jf sotjl § 4-3 og khl § 2-1, jf. også kvalitetsforskriften § 3.

Praktiske grunner kan gjøre at det kan ta noe tid å få etablert tjenesten, for eksempel at det ikke er tilgang på kvalifisert personell. Kommunen kan likevel ikke benytte mangel på kompetente tjenesteutøvere som begrunnelse for at tjenester ikke kan bli iverksatt, men må sikre tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter gjennom tilsetting av kvalifisert personell, opplæring og veiledning, jf. sotjl. §2-3, khl. §§ 6-1 og 6-2, og internkontrollforskriften § 4 c). Manglende iverksetting av en deltjeneste kan også få konsekvenser i forhold den samlede tjenesteytingen. For å avhjelpe dette må kommunen, der tjenester/tiltak ikke kan iverksettes i henhold til planer, vedtak/beslutninger innen forsvarlig tid, ha et system som legger til rette for at tjenestebehovet midlertidig avhjelpes. Kravet kan utledes av det generelle kravet til faglig forsvarlighet. Faglig forsvarlighetskravet underbygges videre av at Fylkesmannen i forhold til sosiale tjenester har hjemmel til å pålegge kommunen å straks sette i verk midlertidige tiltak som kan dekke det øyeblikkelige behovet, jf sotjl. § 8-7. Jf. også internkontrollforskriften § 4 f) og g).

5.2 Sikrer kommunen at tjenester og tiltak som iverksettes er i tråd med planer, vedtak og beslutninger?

Det må være samsvar mellom planene/ målene for tjenesteytingen, vedtakene og beslutningene og de tjenestene og tiltakene som faktisk igangsettes. Dette kravet kan utledes av det generelle kravet til faglig forsvarlighet jf. sotjl. § 4-3 og khl. § 2-1. Forskriften om individuell plan §§ 7 og 8 underbygger dette utgangspunktet da bestemmelsene må tolkes slik at kommunen må sørge for at det er samsvar mellom planen og de tjenester som faktisk iverksettes.

Når det skal iverksettes flere tiltak og tjenester, skal tjenestene samlet utgjøre et forsvarlig tilbud og kommunen må ha systemer som sikrer at tjenesteytingen kan planlegges slik at den blir koordinert. Jf. punkt 4. Jf. også forskrift om individuell plan § 7 f) som sier at individuell plan skal inneholde en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres. Individuell plan og evt. andre plandokumenter kan ofte være sektorovergripende plandokumenter som ikke opphever behovet for mer avgrensede planer for bestemte deltjenester. De ulike tjenesteområdene vil kunne ha behov for planer som er mer detaljerte enn det en overordnet plan kan være. Det kan f. eks. være behov for å lage dags og ukeplaner for å koordinere praktisk bistand og opplæring og behandlingstilbud. For eksempel der tjenestemottaker er avhengig av praktisk bistand og opplæring å kunne følge behandlingstilbudet på DPS-et.

I denne delen av tilsynet skal det blant annet undersøkes om kommunen faktisk iverksetter tjenester, og videre om den sikrer at de tjenester og tiltak som iverksettes er i tråd med planer, vedtak og beslutninger. Kommunen må ha et system som sikrer at tjenesteytingen blir dokumentert, jf. krav til dokumentasjon i kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten. Se kapittel 6.1 (ukeplaner mv. som nevnt ovenfor kan være slik dokumentasjon). For tjenester tildelt etter reglene i forvaltningsloven om enkeltvedtak vil det foreligge skriftlige vedtak som skal si noe om hvilke tjeneste som er innvilget, omfang osv. Resultater av utredning kan gi veiledning om hva tjenesten skal inneholde for å være faglig forsvarlig. Disse dokumentene må holdes opp mot beskrivelsen av hvilke tjenester som faktisk ytes. Beslutninger om helsetjenester som ikke treffes som enkeltvedtak, skal være dokumentert i pasientjournal, eller ved annen dokumentasjon, og iverksettes som beskrevet.

Tilsynet skal undersøke hvordan de konkrete tjenestene tilpasses tjenestemottakerne. Kommunen skal ha systemer som sikrer at kravene til brukermedvirkning og individuelt tilpassede tjenester/tiltak blir overholdt ved iverksettingen av tjenester/tiltak, jf. det som er sagt/skrevet over og internkontrollforskriften § 4b), c) og g). For at målene for tjenestene skal nås, er det viktig at tjenestemottaker er gitt mulighet til å medvirke i den praktiske utformingen av tilbudet noe som både skjer når tjenester og tiltak planlegges se under kap. 4, men som også er nødvendig når tjenester og tiltak faktisk ytes/iverksettes.

For at målene for tjenesteytingen skal nås må tjenesteyterne ha tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter. Tilsynet skal undersøke om kommunen har systemer som ivaretar kravet til faglig forsvarlig tjenesteyting i forhold til kompetanse og ferdigheter, jf. sotjl. § 2-3, khl. §§ 6-1 og 6-2, samt internkontrollforskriften § 4 b), c).

5.3 Sikrer kommunen krisehåndtering på en forsvarlig måte?

Med krise siktes det her til situasjoner enkeltmennesker opplever som kritisk for seg, og der vanlige mestringsstrategier og tildelte tjenester ikke strekker til. Kriser kan oppstå som en del av den psykiske lidelsen uten at det nødvendigvis har noe med ytre forhold å gjøre. Høytider, helger og natt er ofte "høyrisikoperioder", og kommunen må ha systemer som sikre kontinuitet og stabilitet i tjenesteytingen slik at kriser i minst mulig grad oppstår på grunn slike forhold. Se kap.6

Det må være mulig å få tak i hjelp når man trenger det, uansett tidspunkt. Se oppstartfasen under kravet til tilgjengelige tjenester. I håndtering av akutte psykiske kriser overfor tjenestemottakere av kommunale sosial- og helsetjenester er det avgjørende at kommunen har gode og klare avtaler med spesialisthelsetjenesten slik at tjenestemottakeren kan få den bistand og hjelp som er nødvendig, vanligvis fra DPS. Kommunen må sikre arbeidet med å utarbeide slike avtaler på systemnivå.

I forhold til den enkelte tjenestemottaker må det allerede i oppstartfasen kartlegges om tjenestemottakers psykiske lidelse og forhold forøvrig tilsier at det vil oppstå akutte og kritiske situasjoner. Dersom det på bakgrunn av kartleggingen, og i samarbeid med tjenestemottaker og evt. pårørende, er klart at kriser og akutte situasjoner kan oppstå, må kommunen, samarbeidspartnere og tjenestemottaker planlegge i forhold til dette. Det bør dokumenteres skriftlig hvordan kriser skal håndteres, ved at ansvar og oppgaver plasseres og klargjøres.

Kommunen må sikre at tjenesteyterne har kompetanse til å fange opp svingninger og kriser, og kunne vurdere hvordan krisen skal håndteres. Dersom krisen skal håndteres av det kommunale tjenesteapparatet må tjenesteyter ha tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter, jf. sotjl. § 8-4, khl. §§ 6-1 og 6-2 samt internkontrollforskriften § 4 c), evt. med veiledning fra spesialisthelsetjenesten, jf. samarbeidsavtalene og ambulante team.

6. Oppfølgingsfasen

Tilsynet skal undersøke om kommunen sikrer forsvarlig tjenestetilbud over tid og evt. korrigerer tjenestene/tiltakene når det er nødvendig. Etter at tjenestene er iverksatt må kommunen sikre systematisk tilrettelegging, observasjon og evaluering av tjenestene og kontinuerlig vurdere behov for ny utredning, beslutning og iverksetting av nye tjenester.

Tilsynet skal avklare om kommunen sikrer:

- tilstrekkelig kontinuitet og stabilitet i tjenesteytingen slik at tjenestemottakeren opplever forutsigbarhet og trygghet i sin hverdag
- at nye/endrede tjenestebehov fanges opp, og at nødvendige endringer iverksettes på en samordnet måte.

Dette kapitlet inneholder ikke så mange nye juridiske drøftelser. På mange måter utgjør de langvarige og sammensatte tjenestebehovene, som mange alvorlig psykisk syke har, en kontinuerlig vekselvirkning mellom behovsutredning, beslutning av tjenester/tiltak og iverksetting. Utfordringen for revisjonsteamet i denne fasen er å bruke internkontrollforskriften aktivt for å avklare om kommunen har et tilstrekkelig robust og fleksibelt system for tjenesteyting.

Noen tjenestemottakere vil i oppfølgingsfasen ha en relativt uforandret situasjon slik at etablerte tjenester langt på vei kan videreføres uendret forutsatt at tjenestene som ytes fungerer god og bidrar til å nå de mål som er satt. Men for de fleste vil behovene endres, enten ved at funksjonsevnen (uforutsett) blir bedre eller verre, eller fordi viktige faktorer i livssituasjonen forandres. I tillegg kommer endringer som skyldes omorganisering og personellskifte, høytid og ferieavvikling, endring av regelverk, metoder og fag, og andre ytre grunner.

6.1 Sikrer kommunen kontinuitet og stabilitet i tjenestene?

Noen tjenestemottakere vil over lengre tidsperioder ha en relativt uforandret situasjon, og utfordringen for kommunen er i forhold til disse å sikre kontinuitet og stabilitet. Kravet kan utledes av sotjl § 4-3 og khl § 2-1. Som drøftet foran innebærer kravet en plikt for kommunen til å sørge for at tjenestene faktisk ytes, og ytes faglig forsvarlig til enhver tid. Etter kvalitetsforskriften § 3 første ledd skal kommunen ha system for å sikre at tjenestemottaker får tjenestene til rett tid og i henhold til individuell plan. Kommunene må ha systemer som sikrer kontinuitet og stabilitet i tjenestene selv om det er utskifting av personell, omorganiseringer, helger og kveld, høytid og ferieavvikling eller bortfall av sentrale tjenesteytere, jf. sotjl. § 2-3, khl. §§ 6-1 og 6-2, og interkontrollforskriften § 4 c), f) og g). Også der andre ytre forhold som endring i regelverk, metode eller fag gjør seg gjeldende, må kommunen ha systemer som sikrer kontinuitet og stabilitet, jf. sotjl. § 2-3 khl. §§ 6-1 og 6-2 og internkontrollforskriften § 4 b) og c). Tilsynet må undersøke hvordan kommunen følger opp dette ansvaret, hvilke tiltak som er iverksatt, hvordan tiltakene følges opp, håndterer avvik fra krav til tjenestene, bruk av erfaringer fra brukerne og eventuelt pårørende/hjelpeverge mv, jf. internkontrollforskriften § 4 e) og g).

Kravet til sikring av kontinuitet og stabilitet i tjenestene innebærer også at kommunen må ha et system for evaluering av tjenesteytingen. Kommunen må derfor blant annet sikre at krav til dokumentasjon overholdes. Det må fremgå av pasientjournal, eller annen dokumentasjon hvilke tiltak/tjenester som skal ytes og hvorvidt tjenester og tiltak er vurdert å være egnet til å

nå målene for tjenesteytingen. I forhold til kommunale helsetjenester har både de ansvarlige for virksomhetene og de som yter tjenester plikter i forhold til å dokumentere den løpende tjenesteytingen, jf. hlspl. § 39 og pasientjournalforskriften § 4. Sosialtjenesten kan også til en viss utstrekning sies å ha dokumentasjonsplikt for den løpende tjenesteytingen. Kravet kan utledes av det generelle kravet om faglig forsvarlige tjenester, jf. sotjl. § 4-3, videre har kommunen etter internkontrollforskriften § 4 g) plikt til å sørge for nødvendig kunnskap om de tiltak som er iverksatt fungerer og ha rapporteringsrutiner som kan avdekke eventuell svikt. For å ha noen mulighet for å samle og benytte denne informasjonen må den i praksis være skriftlig, jf. internkontrollforskriften § 5.

Under tilsynet skal det avklares om og hvordan kommunen sikrer at det skjer en prosess der tjenestemottaker selv, evt. pårørende og hjelpeverge medvirker slik at tjenestetilbudet tilpasses individuelt, jf. kvalitetsforskriften § 3 første ledd, sotjl. § 8-4 og pasientrettighetsloven § 3-1. Jf. også internkontrollforskriften § 4 e). Prosessen skal muliggjøre justering av tjenestenes innhold/endring av tjenester, herunder hvilken deltjeneste som skal yte tjenestene og når de skal gis. I en slik prosess er det også en forutsetning at kommunen tar initiativ og gir informasjon om alternative løsninger for å imøtekomme tjenestemottakers behov på en bedre måte enn det som først var igangsatt/forutsatt. I dette ligger også at kommunen på eget initiativ igangsetter prosessen mot en endring av tjenestetilbudet (omfang eller type) dersom de iverksatte tjenestene enkeltvis eller samlet sett ikke fungerer som forutsatt eller har den effekt som først ble antatt. Når tjenester har vart over tid, er det risiko for at oppmerksomheten, intensiteten og oppfølgingen avtar. Noen endringer er slik at det kan være naturlig at de bare fører til justeringer av fortløpende tjenester, dagplaner ukeplaner el. Andre kan innebære behov for justering gjennom planlegging, nye beslutninger og vedtak. Se punkt 6.2.

Tilsynet skal undersøke om eventuell individuell plan og de tiltak kommunen ellers har iverksatt for å sikre koordinering og helhet tjenestetilbudet fungerer over tid. Etter forskrift om individuell plan § 7 g skal det angis når planen skal justeres/revideres. Tilsynet skal undersøke kommunen har rutiner som sikrer at planene gjennomgås og revideres som forutsatt og dokumentasjon på at dette skjer i praksis. Den personen som er gitt ansvaret for samordning og framdrift i planarbeide, jf. forskrift for individuell plan § 7 c, vil også ha en nøkkelrolle i forhold til revisjonen. Kommunen må ha rutiner for å sikre at dette ansvaret ivaretas og eventuelt ny person utpekes ved behov. Tilsynet bør sjekke ut om de aktuelle personene som er oppgitt i de planene som gjennomgås fortsatt har dette ansvaret. Det bør også sjekkes ut om ansvarsgrupper el. har hatt møter eller på andre måter oppdatert seg i samarbeid med brukeren og evt. pårørende eller hjelpeverge.

6.2 Sikrer kommunen at nye /endrede tjenestebehov fanges opp og at nødvendige endringer iverksettes på en samordnet måte?

For de fleste med alvorlige psykiske lidelser vil behovene for tjenester endres, enten ved at funksjonsevnen blir verre eller bedre, eller fordi viktige faktorer i livssituasjonen forandres. Kommunen må ha et system som søker å sikre at tjenestemottakere mottar forsvarlige tjenester til enhver tid selv om tjenestebehovet endres. Kravet om at tjenestemottaker til enhver tid skal mota forsvarlige helse- og sosialtjenester følger, som tidligere nevnt, av khl. §2-1 og sotjl. § 4-3. Se også kap. 5.3 om krisehåndtering.

Etter kvalitetsforskriften § 3 første ledd skal kommunen ha et system som søker å sikre at tjenestemottaker kontinuerlig får de tjenestene vedkommende har behov for til rett tid. For at dette skal bli mulig må kommunen ha rutiner for å overvåke /observere behov og fange opp endringer som er av en slik karakter at det krever revurdering av tjenestene. Kommunen skal ifølge re-/habiliteringsforskriften legge til rette for at personell skal kunne melde behov som de blir kjent med i tjenesten, jf re-/habiliteringsforskriften § 9. Kommunen må sikre at personellet har tilstrekkelig kompetanse til å fange opp svingninger i tjenestemottakers funksjonsnivå, jf. sotjl. §2-3, khl. §§ 6-1, 6-2 og internkontrollforskriften § 4 c

Noen tjenester varer over tid, andre er mer sporadiske. Det kan derfor være ulike rutiner for å sikre en forsvarlig revurdering. Dersom det foreligger individuell plan eller andre tiltak for å sikre koordinerte tjenester vil dette være verktøy som kan bidra til å fange opp endringer når planen/tiltaket revideres. I forskrift om individuell plan § 7 g) heter det at den individuelle planen skal angi planperiode og tidspunkt for revisjon.

Kommunen må sikre at endringer av tjenester samordnes med andre tjenester tjenestemottaker får. Der det foreligger individuell plan må kommunen sikre at planen evalueres og evt. justeres, og at nye tjenester samordnes med eksisterende tjenester, jf forskrift om individuell plan § 7 e) og g), jf. også internkontrollforskriften § 4 g). Der det ikke foreligger individuell plan må kommunen så langt som mulig sikre et samordnet tjenestetilbud ved endringer av tjenester. Det gjelder både samordning internt i kommunen og med andre evt. eksterne samarbeidspartnere som for eksempel fastlegene og DPS-ene.

7. Planlegging og gjennomføring

7.1 Ansvar for tilsynet

Tilsynet skal gjennomføres etter Statens helsetilsyns prosedyre for systemrevisjon. I denne veilederen kommenteres og utdypes enkelte forhold knyttet til dette tilsynet, for øvrig vises det til prosedyren.

Tilsynet gjennomføres i samarbeid mellom Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket som likestilte tilsynsmyndigheter. Det skal være ett felles tilsynslag, ett varsel om tilsyn, koordinert kontakt med kommunen under forberedelsen av tilsynet, en rapport og koordinert oppfølging av eventuelle avvik. Ved de embeter der lederansvaret for tilsyn med henholdsvis sosial- og helsetjenesten er delt, er det derfor en forutsetning at nødvendige beslutninger treffes i fellesskap.

Ved noen embeter innebærer det aktivitet i to avdelinger. For å unngå uklarhet om hvem som skal starte arbeidet med å forberede dette landsomfattende tilsynet gis Fylkesmannen ansvaret for å starte opp prosessen. Utvelgelse av revisjonsleder, revisjonsgruppe, hvilke ressurser som skal avsettes til planlegging og gjennomføring av tilsynet, valg av kommuner mv må skje ved felles beslutninger. Når revisjonsleder er oppnevnt, er det denne som har ansvaret for planleggingen av revisjonen og framdriften i revisjonsarbeidet, herunder fordeling av arbeid innen revisjonsgruppen.

Hele revisjonsgruppen skal oppnevnes av både Fylkesmannen og fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket til å føre tilsyn både med helse- og sosialtjenesten, slik at taushetspliktreglene ikke skaper vansker under tilsynet.

Det anses ikke nødvendig å benytte spesielle fagrevisorer. Dersom et embete mangler vesentlig fag- eller revisjonskompetanse, kan slik kompetanse hentes fra et annet embete eller Helsetilsynet sentralt, for eventuelt å bistå i planleggings- og/eller gjennomføringsfasen.

7.3 Antall og omfang

Statens helsetilsyn har besluttet at det i alle fylker skal gjennomføres minst tre tilsyn.

Tilsynets omfang, sammenholdt med at både Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket blir involvert, tilsier at det bør avsettes to dager til besøk i kommunen for å gjennomføre åpningsmøte, intervjuer, verifikasjoner og sluttmøte. Men dette kan avhenge av kommunens størrelse og organisering, bruk av formøte og erfaringer fra tidligere gjennomførte tilsyn.

Helsetilsynet ber om at Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket legger risiko- og sårbarhetsvurderinger til grunn ved valg av kommuner, men legger ellers ingen føringer.

7.4 Forberedelse

Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket skal sende ett felles varsel om tilsynet. Varselet skal gå fra Fylkesmannen. I varselet skal det framgå at tilsynet omfatter tjenester etter både sosial- og helselovgivningen og utføres i samarbeid mellom Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket. Det skal framgå at tilsynslaget som helhet er oppnevnt av begge tilsynsmyndigheter og dermed har de nødvendige fullmakter til å håndtere eventuelt taushetsbelagt materiale etter henholdsvis sosialtjenesteloven og helselovgivningen.

Tilsynet er ikke rettet mot en bestemt enhet i kommunen eller tjenester til en homogen brukergruppe. Kommunene kan ha valgt mange måter å organisere de forskjellige tjenestene på og gir dermed store utfordringer i forhold til å gjennomføre et forsvarlig tilsyn. Det kan derfor vise seg nødvendig med utstrakt kontakt med kommunen i forkant for å avklare hvordan kommunen organiserer tjenestene for å gi en mer presis bestilling på skriftlig dokumentasjon og for å avklare hvilke personer som dermed blir viktige informanter for tilsynet. Det kan variere om kommunen oppnevner personer som innehar kombinasjonen av tilstrekkelig oversikt og konkret kunnskap om tjenesten til å kunne bidra med de nødvendige opplysninger. Revisjonsleder må derfor fortløpende vurdere om det er hensiktsmessig med et formøte med kommunen.

Gjennomgang av forskjellige former for dokumentasjon om virksomhetens praksis kan bekrefte hvordan utredninger og vurderinger foretas, beslutninger og vedtak fattes og tjenestene utøves i praksis, og om beslutninger og aktiviteter som helsepersonell utfører, er nedtegnet i journal. Det kan være hensiktsmessig å drøfte med kontaktpersonen hvordan man på best mulig måte skal finne dokumentasjon på tjenesteytingen som kan vise hvordan kommunen ivaretar sitt ansvar i praksis. Siden det kan være behov for å samle dokumentasjon fra ulike deltjenester i kommunen (og evt fastlege) bør bestillingen sendes på forhånd, slik at

det er praktisk mulig å framlegge de etterspurte dokumentene når revisjonslaget gjennomfører tilsynsbesøket. Ulike tjenesteytere kan ha forskjellige oppfatninger av hvilke personer som faller innenfor tilsynets målgruppe, antakelig ut fra hvilke de selv har mest befattning med. Det kan derfor være nødvendig å få forespurt flere instanser i kommunen om hvilke tjenestemottakere det bør innhentes dokumentasjon om.

Vi foreslår at revisjonsgruppen gjennomgår 12-15 tjenestemottakeres:

- Pasientjournaler, evt. andre journaler (også elektroniske), rapportbøker benyttet i den daglige tjenesteytingen
- saksdokumenter og vedtak vedrørende tildeling av sosial- og helsetjenester
- individuelle planer e.l.
- referater fra samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter o.l
- andre relevante dokumenter som kan belyse forskjellige sider ved tjenesteytingen

Antallet må tilpasses kommunens størrelse. Dersom tilsynet gjennomføres i små kommuner kan det også være behov for å lempe noe på de avgrensninger innenfor brukergruppen som er gjort i kap 2 for å få et tilstrekkelig bredt informasjonsgrunnlag om den praktiske gjennomføringen av det psykiske helsearbeidet i kommunen.

Under forberedelsen av tilsynet bør det tas kontakt med psykisk helsevern for å få deres vurdering av samarbeidet med kommunen og de utfordringer kommunen står oppe i. Det bør også legges til rette for å gjennomføre samtaler med 2-3 fastleger, om mulig til de tjenestemottakerne som nevnt over. Informasjon fra disse samtalene skal ikke brukes som bevis, men som grunnlag for utforming av spørsmål til kommunen.

7.5 Gjennomføring

I åpningsmøtet bør det, i likhet med i varselbrevet, presiseres at Fylkesmannen og fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket har oppnevnt et felles team og gitt disse nødvendige fullmakter til å føre tilsyn på deres vegne. Dette for å forebygge eventuelle diskusjoner om taushetsplikt underveis i tilsynet.

Materiale fra innledningskapittelet i denne veilederen kan være aktuelt å benytte under åpningsmøtet for å begrunne valg av tilsynsystema.

7.7 Rapport og oppfølging etter tilsyn

Revisjonsgruppen skal i samsvar med prosedyren for systemrevisjoner pkt. 5.7 utarbeide rapport fra tilsynet. Forsiden på rapporten og de faste tekstene i rapportmalen må tilpasses slik at det framgår at tilsynet er utført av to myndigheter.

Siden Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket skal følge opp eventuelle avvik i fellesskap vil det være hensiktsmessig å formulere "felles" avvik der myndighetskravene og revisjonsbevisene gir grunnlag for det.

Statens helsetilsyn ber om at også oppfølgingen av eventuelle avvik skjer koordinert mellom Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket, slik at kommunen får én tidsplan å forholde seg til og

får entydige tilbakemeldinger om hvordan tilsynsmyndighetene vurderer de tiltak som er iverksatt. Lovhjemlene for å gi pålegg er forskjellige i sosial- og helsetjenesten. Skulle en sak utvikle seg slik at pålegg vurderes som nødvendig, bør Statens helsetilsyn kontaktes slik at også eventuelle pålegg kan samordnes.

Rapporten danner også, sammen med rapporter fra de andre embetene, grunnlaget for den oppsummeringsrapporten som skal utarbeides på bakgrunn av dette landsomfattende tilsynet..

Rapportene skal være endelige og oversendt Statens helsetilsyn innen 15. november 2007 til: postmottak@helsetilsynet.no.

Vedlegg

Vedlegg 1

Litteraturliste

Vitenskapelige publikasjoner og kartlegginger

Bergsgaard NA m fl: Brukernes deltakelse i yrkesretta tiltak og fritidstiltak – samarbeid og organisering lokalt. Evaluering av det lokale arbeidet med OP for psykisk helse.. Delrapport fra fase 1, Arbeidsrapport nr 10/2003, Telemarksforskning-Bø 2003.

Dyb E, Nordlund K: Boligbehov i psykisk helsevern. Kartlegging av behov for tilrettelagte boliger for mennesker med psykiske lidelser 2005-2008., Byggforsknotat 77, NIBR 2005

Drøpping JA: Bo og tjenestetilbud for bostedsløse. Hvordan kommunene ivaretar sin plikt til å finne midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv. Fafo-notat 2005-19, Fafo 2005

Flermoen S: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – arbeids- og fritidstiltak. Situasjonsbeskrivelse høsten 2004. TF-notat nr 1/2005, Telemarksforskning-Bø 2005

Granerud A: Sosial integrering for mennesker med psykiske problemer: erfaringer, utfordringer og ønsket støtte (mangler ref)

Hansen ILS: Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Kartlegging av udekkede behov blant personer med psykiske lidelser. Fafo-rapport 494, Fafo 2005

Helgesen M: Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene. NIBR-notat 2003:117, NIBR 2003

Helgesen M: Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene. NIBR-notat 2004:136, NIBR 2004

Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder. Rapport fra Helsetilsynet 2/2005

Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. Rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten. Rapport fra Helsetilsynet 13/2004

Prosjektrapport om Prosjekt husløse 2001-2004. Husbanken 2005

Kalseth J / Martinussen PE: Holdninger til virkemiddelbruken i Opptappingsplanen for psykisk helse. Resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn / administrasjonssjefer i kommunene. Sintef Unimed Helsetjenesteforskning 2003

Kalseth J: Kommunal iverksetting av nasjonal plan - har øremerkede tilskudd den tilsiktede effekt? Sammendragsrapport fra første fase i prosjektet. SINTEF Helse 2005

Kalseth J: Psykisk helsearbeid i kommunene – variasjoner i tiltak og tjenester. SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning 2003

Myrvold T: Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering. NIBR-rapport 2004:12

Myrvold T, Helgesen M: Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner. NIBR-notat 2005:108

Myrvold T: Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005. NIBR-rapport 2006:11

Ose SO, Kalseth J: Opptappingsplan for psykisk helse: Hva forklarer variasjonene i kommunale brukerrater og dekningsgrader? SINTEF Helse 2004

Ose SO, Kalseth J: Opptappingsplanen for psykisk helse: analyser av rapporteringen på bruk av øremerkede midler til psykisk helsearbeid i kommunene. SINTEF Helse 2004

Sverdrup S m fl: Brukermedvirkning og psykisk helse. NIBR-rapport 2005:6

Steihaug S m.fl: Etterprøving av bruk av øremerkede midler til psykisk helsearbeid i kommunene. SINTEF Helse og NORAUDIT 2006

Taksdal A m.fl.: På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger. Rapport 1:2006 Rokkansenteret

Trefjord S, Hatling T: Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH). Sluttrapport fra samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003. SINTEF Helse 2004.

Ådnanes M, Sitter M: Utdanning og rekruttering til psykisk helsearbeid – status i spesialisthelsetjenesten og i kommunene i 2002. SINTEF Helse 2004

Ådnanes M m fl: Ftlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. SINTEF Helse 2005

Ådnanes M, Bjørngaard JH: Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser. SINTEF Helse 2006

Rundskriv

Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger – faglige råd og en påminning om gjeldende lov- og regelverk – med særlig vekt på psykisk helse. SHdir rundskriv IS-22/2004

Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. Rundskriv 8.6.06, SHdir 2006

Rundskriv IS-1/2006 s. 19-23 (pluss vedlegg der det framgår hvor mye midler hver kommune får i 2006), SHdir 2006

Veileder

På vei til egen bolig. Nasjonal strategi mot bostedsløshet. Statusrapport 2/2006. Husbanken 2006

Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser. IS-1349. SHdir 2/2006

Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptreppingsplan for psykisk helse. IS-1315. SHdir 04/2006

Rapport. Opptreppingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger (IS-1127), SHdir

Rapport. Opptreppingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006 (IS-1128), SHdir

Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Veileder IS-1332. SHdir desember 2006

Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester. Veileder IS-1040. SHdir februar 2006

Veileder for landsomfattende tilsyn 2005. Kommunale helse- og sosialtjenester. Helsetilsynet 23. februar 2005

Tilsynsfunn

Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004. Rapport fra Helsetilsynet 7/2005

Tilsynsmelding 2005 (ISSN 1501-8083), Helsetilsynet 2005

Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere i 2004. Rapport fra Helsetilsynet 4/2005

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med helsetjenester til nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Rapport fra Helsetilsynet 4/2005

Et stykkevis og delt tjenestetilbud. Rapport fra Helsetilsynet 3/2006 (Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2005 med tjenester til personer med sammensatte og langvarige behov for helse- og sosialtjenester)

Storting og regjering

Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. HOD St.meld. nr 25 (2005-2006)

Vedlegg 2

Aktuelle lover og forskrifter

LOV 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene (khl)

<http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html>

LOV 1991-12-13 nr 81: Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) (sotjl).

<http://www.lovdata.no/all/hl-19911213-081.html>

LOV 1984-03-30 nr 15: Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven)

<http://www.lovdata.no/all/hl-19840330-015.html>

LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (hlspl).

<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) (pasl).

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

LOV 1967-02-10 nr 00: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven).

<http://www.lovdata.no/all/hl-19670210-000.html>

FOR 2002-12-20 nr 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. (internkontrollforskriften)

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html>

FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (kvalitetsforskriften)

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>

FOR 2004-12-23 nr 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. (forskrift om individuell plan)

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20041223-1837.html>

FOR 2001-06-28 nr 765: Forskrift om habilitering og rehabilitering (re-/habiliteringsforskriften)

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20010628-0765.html>

FOR 1983-11-23 nr 1779: Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-19831123-1779.html>

FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20001221-1385.html>