

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007  
med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne  
med psykiske lidelser

**HELSETILSYNET**

tilsyn med sosial og helse



RAPPORT FRA  
HELSETILSYNET 3/2008

FEBRUAR  
2008

Rapport fra Helsetilsynet 3/2008  
Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale  
helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser.

Februar 2008

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Design: Gazette

Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn

Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway

Telefon: 21 52 99 00

Faks: 21 52 99 99

E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Sammendrag .....</b>	<b>4</b>
<b>2 Innledning .....</b>	<b>6</b>
2.1 Mål og omfang .....	6
2.2 Bakgrunn for tilsynet .....	6
2.3 Metode og gjennomføring.....	7
<b>3 Funn og vurderinger.....</b>	<b>10</b>
3.1 Tilgjengelighet til tjenester .....	10
3.2 Utredning og planlegging av tjenestetilbud .....	11
3.3 Beslutninger og vedtak om tjenester.....	12
3.4 Iverksetting av vedtak, og innen rimelig tid .....	13
3.5 Stabilitet i tjenestetilbudet, kontinuitet for tjenestemottakerne .....	14
3.6 Samordnet tjenesteyting .....	15
3.7 Brukermedvirkning og individualisering .....	16
3.8 Styring og ledelse av tjenestetilbudet .....	18
<b>4 Viktige utfordringer for kommunene og for statlige myndigheter.....</b>	<b>19</b>
<b>Vedlegg</b>	
Kommunene som har inngått i det landsomfattende tilsynet:.....	21
<b>Čoahkkáigeassu.....</b>	<b>22</b>
<b>English summary.....</b>	<b>23</b>

# 1 Sammendrag

Kommunenes tilbud til voksne med psykiske lidelser var temaet for et landsomfattende tilsyn i 2007. Tilsynet undersøkte kommunenes etterlevelse av lovgivningens krav til tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser som bor utenfor institusjon, og det omfattet helsetjenesten og sosialtjenesten i 68 kommuner (og bydeler). Viktige spørsmål i tilsynet var om kommunene yter et forsvarlig tjenestetilbud gjennom hele tjenesteforløpet, fra oppstart der behov fanges opp og utredes, via planlegging, iverksetting, oppfølging og eventuell justering av tilbud og tiltak. Det er undersøkt om tjenestetilbudet er stabilt, samordnet og individuelt tilpasset, og om tjenestemottakerne selv har fått medvirke i utformingen.

Fordi svært mange tjenestemottakere med alvorlige psykiske lidelser har behov for et sammensatt tjenestetilbud og over lang tid, er det helt vesentlig at ulike tiltak er samordnet, og at tilbudet er stabilt og forutsigbart også om behovene skulle endre seg. Jo flere ulike tilbud, organisert i ulike enheter, regulert av ulike lovverk og med flere faggrupper involvert, jo større er kravene til å sikre nødvendig kommunikasjon, koordinering og samarbeid. I rundt halvparten av kommunene ble det funnet at ulike deltjenester ikke koordinerte sitt arbeid i tilstrekkelig grad. Eksempler var manglende kjennskap til hverandres tilbud, lite tydelig arbeidsdeling eller manglende felles målsettinger. Resultatet er økt risiko for at tilbud glipper, for at ulike tilbud trekker i ulik retning – og for et

utilstrekkelig og uforsvarlig tjenestetilbud.

Mange kommuner syntes heller ikke å ha en tilstrekkelig robust organisering av sine tjenester, med nødvendig og kompetent beredskap for å kunne håndtere henvendelser og ivareta behov for hjelp om kvelden, natten, i helg, høytid, ferier eller ved fravær av nøkkelpersonell. Det kan ses som uttrykk for manglende styring med og planlegging av tjenestetilbudet. Et annet viktig funn i en del tilsyn, var mangelfull individuell tilpassning av tjenestetilbud. Utslag av manglende individuell tilpassning kan være alvorlige, ved at enkeltbrukere eller grupper ikke får tjenester, eller at de tjenestene som ytes ikke samsvarer med tjenestebehov i innhold og/eller i omfang.

Flest regelverksbrudd gjaldt manglende etterlevelse av kravene til behandling av søknad og beslutning og vedtak. Bruddene var knyttet til mange ulike forhold. Eksempler er utilstrekkelige eller feilaktige vedtak der det ikke var redegjort for hvilke vurderinger som var lagt til grunn for tilbudet, der vedtaket kunne være basert på en ufullstendig utredning, eller der innhold og omfang av tilbudet ikke var presisert. Dersom kommunene ikke sikrer forsvarlig saksutredning og tildeling av tjenester, og kan dokumentere og begrunne at tildelte tjenester er i samsvar med behovene i hvert enkelt tilfelle, er det ikke mulig å vurdere om tilbudet dekker tjenestebehovet, slik kravet er.

Mange kommuner har utfordringer på flere områder, både knyttet til behovsdekning og til ivaretagelse av tjenestemottakernes rettssikkerhet. Vi stiller spørsmål om regelverket på området gir for lite konkrete anvisninger, og etterlyser mer konkret veiledning til kommunene om hvilke tjenester de skal yte, og hva innholdet i tjenestene til mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal være.

## 2 Innledning

### 2.1 Mål og omfang

Det ble i 2007 gjennomført et landsomfattende tilsyn med helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser. Målet med tilsynet var å undersøke om og hvordan kommunene etterlevde lovgivningens krav til tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser som bor utenfor institusjon. Temaområdene omfattet både helsetjenesten og sosialtjenesten, og kravene er blant annet regulert i helselovgivningen (kommunehelsetjenesteloven § 1-3) og i sosiallovgivningen (sosialtjenesteloven §§ 4-1 og 4-2).

Tilsynet omfattet 68 kommuner og bydeler (omtales heretter som kommuner) i hele landet. Det ble konstatert regelverksbrudd i to tredeler av kommunene. I en del kommuner ble det også påpekt forhold som etter tilsynsmyndighetens vurdering burde bli bedre. I denne rapporten presenterer vi de funn vi anser som de viktigste å formidle i nasjonal sammenheng.

De fleste virksomheter i sosial- og helsetjenestene tar oppgaven å ”lukke” avvik etter tilsyn alvorlig, og bruker anledningen som tilsynene gir, til å bringe forholdene raskt i orden. De lovbrudd fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene finner i tilsyn, kan ha ulik alvorlighetsgrad, men ingen avvik er bagatellmessige. I det denne rapporten publiseres, har det gått ett år siden de aller første av disse tilsynene ble gjennomført. Per februar 2008 har rundt en fjerdedel av de kommunene som fikk

avvik, lukket dem. Det vil si at disse tilsynene er avsluttet.

Hensikten med denne oppsummeringsrapporten er å peke på ulike problemområder som ble avdekket gjennom tilsynet. I noen kommuner ble det ikke funnet svikt, i andre ble det funnet svikt eller påpekt behov for forbedringer av noen elementer i tjenesteytingen, og i atter andre ble det funnet alvorlig svikt, og på flere områder.

### 2.2 Bakgrunn for tilsynet

Vi kan gå ut fra at det i Norge er rundt 20 000 mennesker som har varige og kontinuerlige behov for behandling og bistand på grunn av psykiske lidelser, og at et langt større antall tidvis trenger tjenester<sup>1</sup>. Institusjonsopphold representerer for de aller fleste av disse – 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 for bistand. Til de alvorligst psykisk syke hører personer med lidelser som kan være langvarige og ha et svingende forløp. Mange lidelser er kjennetegnet ved 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

1) Rådet for psykisk helse: Velferdsstatens forsømte gruppe 1. Oslo: Rådet for psykisk helse, 1995.

alvorlig psykisk syke. En del tjenestemottakere har i tillegg betydelige rusmiddelproblemer. Mange trenger omfattende støtte og oppfølging hele eller deler av døgnet og på flere livsområder, for å kunne mestre et hverdagsliv. Noen kan ha behov for grunnleggende praktisk hjelp og bistand i boligen, for eksempel til innkjøp, renhold og matlaging, noen kan trenge følge til lege, apotek, aktiviteter og ærender. For mange kan det være aktuelt med aktivitets- og dagtilbud eller sysselsettings- eller arbeidstilbud. I de fleste tilfellene er det også behov for legemiddelbehandling og -oppfølging, og for eventuelle andre behandlingstiltak fra primærhelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten. Aktuelle tjenester vil dermed kunne være (fast)legetjenester, tjenester fra psykiatrisk sykepleier, hjemmesykepleie, hjemmehjelp, dagsenter, miljøarbeid, ergoterapi, støttekontakt, vaktmester, boligtilbud, økonomisk sosialhjelp etc. I tillegg mottar en del polikliniske tilbud fra DPS, eller er tidvis innlagt enten i DPS eller i akuttavdeling ved sykehus.

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. En del pasienter blir også værende i spesialisthelsetjenesten fordi kommunene mangler både kapasitet og nødvendig kompetanse til å ta dem imot.

Kommunene har – blant annet stimulert av Opptrappingsplanen for psykisk helse – de senere årene fått et gradvis større ansvar for å ta hånd om og yte de tjenestene som er nødvendig, for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal kunne leve og bo hjemme.

Kommunene står fritt med hensyn til hvordan de vil organisere tjenestene sine, og det er stor variasjon i organisering og utforming av tilbud. De aller fleste har imidlertid differensiert tjenestetilbudet så langt, at det finnes en deltjeneste eller funksjon med utpekt personell som har som sin spesielle oppgaver å utrede og yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Samtidig vil det ofte være flere deltje-

nester og funksjoner som er involvert i tjenesteytingen til hver enkelt tjenestemottaker.

Den kommunale deltjenesten eller enheten som har hovedansvar for å gi et tilbud til mennesker med psykiske lidelser omtales på mange forskjellige måter. I mange kommuner omtales den som enhet for psykisk helsearbeid, og det er også den betegnelsen som vil bli brukt her.

## 2.3 Metode og gjennomføring

Tilsynet ble utført på oppdrag fra Statens helsetilsyn, det omfattet både sosialtjenestene og helsetjenestene, og ble gjennomført av Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket som likestilte tilsynsmyndigheter. Det var utarbeidet en felles veileder som ble lagt til grunn<sup>2</sup>, og tilsynet ble utført som systemrevisjon. Formålet med en systemrevisjon er å undersøke om virksomhetene – i dette tilsynet kommunene – etterlever ulike myndighetskrav gjennom sin internkontroll. Alle som yter helsetjenester har etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 plikt til å etablere systematiske tiltak for å sikre at virksomhet og tjenester planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav i lov eller forskrift. Kommunene har på samme måte internkontrollplikt for sine sosialtjenester etter sosialtjenesteloven § 2-1. Internkontroll er altså et lovpålagt styringssystem, og er nærmere konkretisert i en felles forskrift for helse- og sosialtjenesten.

Tema og problemstillinger for tilsynet er valgt etter en vurdering av hvor det er størst fare for svikt i tjenesten, og etter innspill fra eksterne aktører. Som ledd i forberedelsene til tilsynet ble det innhentet synspunkter og innspill fra relevante brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, Sosial- og helsedirektoratet og fra psykiatrirådgiverne hos Fylkesmannen. Temaene er nøye valgt ut med det for øye at de skal belyse sider ved tjenesteområdet som er vesentlige for brukerne. Risiko- og sårbarhetstilnærmingen innebærer at tilsynet skal avdekke forhold der det er

2) Veileder landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser 2007. Statens helsetilsyn, 2007. 31 sider. [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

stor sannsynlighet for svikt og der slik svikt kan få alvorlige konsekvenser for brukerne.

I hvert fylke ble det gjennomført tilsyn med sosial- og helsetjenestene til voksne med psykiske lidelser i minst tre kommuner. Tilsynet har undersøkt om kommunenes sosial- og helsetjenester til voksne over 18 år med alvorlige psykiske lidelser er faglig forsvarlige. Det er undersøkt om tjenestene er tilstrekkelige og tilgjengelige for alle som trenger dem, om tilbud er tilpasset den enkeltes behov, ønsker og forutsetninger, og om ulike deltjenester har samordnet sine tilbud og samarbeider slik at tilbudet framstår helhetlig. I tilsynet er det tatt utgangspunkt i regelverkets krav om brukervedvirkning, individualisering, koordinering og faglig forsvarlig tjenesteyting. Det er videre undersøkt om disse perspektivene var ivare tatt gjennom alle fasene i tjenesteforløpet – fra oppstart der behov fanges opp og utredes, via planlegging, iverksetting, oppfølging og eventuell korrigering av tilbud og tiltak.

De ulike fasene glir over i hverandre og griper inn i hverandre. Svikt i en tidlig fase kan forplante seg videre inn i resten av tjenesteforløpet. Mangelfull behandling av søknader eller ufullstendige utredninger av tjenestebehov kan gi dårlig grunnlag for et forsvarlig tjenestetilbud. Brukervedvirkning, individualisering, koordinering og faglig forsvarlig tjenesteyting er også perspektiver som ikke er klart avgrensede, men som overlapper.

I forberedelsene til dette tilsynet ble det nødvendig å gjøre avgrensinger mot kommunenes arbeid med å skaffe egnede bolig til mennesker med psykiske lidelser. Det å bo er et grunnleggende behov, og en forutsetning for å kunne motta nødvendige helse- og sosialtjenester. Vi vet at psykisk syke kan ha vanskeligheter med å få innpass på det ordinære boligmarkedet. Redusert boevne kan være en vesentlig del av sykdomsbildet, slik at det også er nødvendig med boligløsninger som er særskilt tilrettelagt. Tematisk sett burde derfor disse problemstillingene ha inngått i det landsomfattende tilsynet.

Kommunenes plikt på dette området er imidlertid svakt regulert, og innbyggerne har ingen rettigheter, men avgjørende for vår avgrensing var at den aktuelle bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 3-4 som pålegger kommunene en plikt til å medvirke til å skaffe boliger, faller utenfor de områder som Fylkesmannen har hjemmel til å føre tilsyn med, jf. sosialtjenesteloven § 2-6.

Med et bredt anlagt tilsyn, og mange og omfattende problemstillinger på et komplekst tjenesteområde, kan tilsynslagene både ha fokusert noe forskjellig og valgt forskjellig tilnærming. Ut fra tidligere kjennskap til kommunene, kan de ha vurdert hvor det er størst fare for svikt og på hva slags svikt som kan få de mest alvorlige konsekvensene, og ut fra det lagt større vekt på noen forhold enn på andre.

For hvert tilsyn har Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket skrevet en felles tilsynsrapport basert på de funn som var gjort. Funnene er oppsummert i avvik og merknader. Avvik gis for manglende oppfyllelse av krav i lov eller forskrift. Merknad gis for forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der tilsynsmyndighetene mener virksomheten har et rom for forbedring. I hver enkelt tilsynsrapport er det redegjort for hvilke krav som er brutt, og de konkrete observasjonene som har ligget til grunn for vurderingen er beskrevet. Alle enkeltrapper finnes på nettstedet [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Denne oppsummeringsrapporten bygger på resultatene fra gjennomførte tilsyn i 68 kommuner. Når tilsynsmyndigheten i fylkene velger ut hvilke enheter de skal føre tilsyn med, skjer det dels ut fra lokal kjennskap og risikovurdering, dels etter en plan for tilsynsbesøk. Utvalget av enheter er dermed ikke tilfeldig. Oppsummeringen gir derfor ikke noe representativt bilde av situasjonen på nasjonalt nivå. Men selv om funnene ikke ubetinget kan generaliseres til landet som helhet, gir de etter vår vurdering nyttig informasjon om sentrale utfordringer i kommunenes tjenestetilbud på dette området.



I den samlede analysen, der vi har kategorisert og sammenfattet materialet til noen gjennomgående og sentrale funn og resultater, har vi sett hen til hvordan avvik og merknader er formulert, men også lagt stor vekt på hvordan de faktiske forhold er beskrevet i tilsynsrapportene.

Detaljerte henvisninger til regelverket er utelatt i denne rapporten. I stedet er det for hvert tema gitt en kortfattet framstilling av kravene. Likeledes er det ikke referert direkte til avvik og merknader, men i stedet gitt en sammenfatning av tilsynsfunnene og det som faktisk er observert. Enkelttilfeller av observert svikt er noen steder gjen-gitt i eksempelform, som sitater fra tilsynsrapportene. Sitatene er brukt for å illustrere hvordan situasjonen kan være, og for å tydeliggjøre noen poenger.

## 3 Funn og vurderinger

I 44 av 68 tilsyn ble det konstatert avvik, dvs. brudd på lov eller forskrift. I de resterende 24 kommunene ble det ikke konstatert avvik, men i 11 av disse ble det gitt merknader, dvs. at tilsynsmyndigheten påpekte forbedringspotensial. I 13 kommuner ble det ikke gitt verken avvik eller merknader.

### 3.1 Tilgjengelighet til tjenester

Personer med alvorlig psykisk sykdom kan ha større problemer enn andre med å hevde sine rettigheter overfor kommunale instanser. Dårlig tilgjengelighet til tjenester øker risikoen for at søkeren ikke får et forsvarlig tjenestetilbud. I følge § 4 a i forskriften om internkontroll skal ansvar og oppgaver være klart og tydelig plassert i virksomheten. En tydelig plassering vil øke sannsynligheten for at befolkningen finner fram i tjenesteapparatet, og til at henvendelser kommer fram til rett instans. Både sosialtjenesteloven og kommunehelse-tjenesteloven har bestemmelser om hvordan henvendelser håndteres. Den første henvendelsen fra psykisk syke eller deres pårørende vil kunne rettes til mange ulike deltjenester, avhengig av hvordan den enkelte kommune har organisert sine tilbud. Men kravet til ansvarlighet forutsetter at tjenesten må være styrt slik at henvendelser kanaliseres til rett instans.

Tjenestene skal være godt synlige og tilgjengelige både for brukere og tjenesteytere. Det innebærer at ulike deltjenester skal ha godt kjennskap til hver-

andres tilbud, og at befolkningen aktivt informeres om hvilke tjenestetilbud som finnes og om hvor og når det er mulig å henvende seg. I tillegg må kommunens personell ha kompetanse til å kommunisere med dem som henvender seg på en slik måte at de forstår hva henvendelsen gjelder, og de må ha kompetanse til å vurdere hva som er rett instans.

I et mindre antall kommuner er det funn som viser svikt eller mangler i tilgjengelighet til aktuelle helse- og sosialtjenester, eller i behandling og videreformidling av henvendelser om tjenester. Noen tilsyn finner at tjenestene til mennesker med psykiske lidelser er lite synlige og lite tilgjengelige for befolkningen, og at det bør informeres bedre via hjemmeside på internett, brosjyrer eller lignende. Fra ett tilsyn er det blant annet beskrevet at kommunen har en prosedyre som begrenser tilgjengeligheten ved at

*”henvendelser om behov for psykisk helsehjelp ikke blir behandlet uten at det foreligger søknad fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten, og hvor det fremgår at søkeren er diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse.”*

Noen finner også at det er for dårlig kjennskap blant samarbeidspartene og i andre deltjenester om hva enhet for psykisk helsearbeid, og for så vidt også hva andre enheter, har å tilby. Et eksempel på dette, er at det ikke framgår av søknadsskjemaet for tjenester at det finnes særskilte tilbud om

psykiatrisk sykepleie eller sosialtjenester til personer med psykiske lidelser. Et mer grunnleggende problem er utydighet med hensyn til hvem som har ansvar for ulike tjenester, og hvem som tar imot nye brukere fra starten. Dette innvirker ikke bare på tilgjengeligheten, men på hele tjenesteforløpet.

Det er også eksempler på manglende systematisk styring av at henvendelser behandles forsvarlig. Det kan skje som følge av svikt i ansvarsavklaring, manglende gjensidig kjennskap til tjenestetilbud i ulike deltjenester og/eller manglende prosedyrer for hvordan henvendelser skal håndteres. En situasjon i en kommune er beskrevet slik:

*”Det er ikke etablert et system som sikrer at aktuelle samarbeidspartnere (eks. spesialisthelsetjenesten, fastlegere o.a.) får informasjon om hvilke tjenestetilbud kommunen har til personer med psykiske lidelser, og at det er Bestillerenheten som skal motta henvendelsene og følge dem opp.”*

### **3.2 Utredning og planlegging av tjenestetilbud**

Jo mer sammensatte behovene er, jo større krav stilles det til utredning og planlegging. Imidlertid er også risikoen for at tjenestetilbudet ikke blir basert på faglig forsvarlige, individuelle behovsvurderinger større. De tjenestemottakerne som trenger det mest omfattende tilbudet, har samtidig mest å tape på en ufullstendig utredning og utilstrekkelige tjenester. Det er stilt tydelige krav i regelverket til at utredningen skal foretas i rimelig tid, og til at den skal dokumenteres slik at det er lett å spore hva som er besluttet. I utredning og planlegging er det videre avgjørende at all relevant informasjon blir innhentet, slik at det er grunnlag for å foreta en tilstrekkelig kartlegging. En dekkende kartlegging av tjenestemottakerens behov, ønsker og innspill er avgjørende for å kunne utforme et tilbud som hun eller han kan nyttiggjøre seg på en så god måte som mulig.

I ett av fire tilsyn påpekte tilsynsmyndigheten mangler ved utredningen

av tjenestebehov. Tilsynet fant flere eksempler på at søknader og henvendelser ikke var utredet raskt nok. I enkelttilfeller ble det påpekt at de ansatte var usikre på hvem som hadde ansvar for å utrede, hva som skulle utredes og hvordan. Utforming av tjenesten vil dermed kunne preges mer av den enkelte utreders kunnskap, enn av tjenestemottakers behov. Det går også igjen flere steder, at det ikke var innhentet informasjon og dokumentasjon fra andre enheter og deltjenester for å sikre at sakene var tilstrekkelig belyst. Følgende klipp fra beskrivelsene i en tilsynsrapport illustrerer dette:

*”Under utredning og planlegging av tjenestetilbudet for den enkelte innhentes ikke dokumentasjon fra samarbeidende instanser for å belyse sakene tilstrekkelig, eks. fastlege, hjemmetjeneste, sosialtjeneste, spesialisthelsetjeneste, NAV, tidligere bostedskommune mv.”*

I dette tilfellet hadde kommunen ikke god nok systematisk styring med hvordan arbeidet med utredning og planlegging skulle foregå, og det ble også konstatert at:

*”Prosedyrer for utredning, tildeling og evaluering av tjenester er utarbeidet, men er lite kjent blant ansatte.”*

En konsekvens kan være at flere instanser hver for seg foretar behovsutredning, uten at det foregår noe samarbeid og uten at de forskjellige utredningene ses i sammenheng. Uten et fullstendig bilde av behovet for tjenester, er det også vanskelig å formulere gode målsettinger for tilbudet, for å gi tjenestemottakeren mulighet til å påvirke, og for å sikre at tjenestemottakeren får et kvalitativt godt og virkningsfullt tjenestetilbud.

Det er også eksempler på at det kunne gå svært lang tid før utredning ble igangsatt og / eller gjennomført. Med en ventetid på flere uker, eller måneder som det også er eksempler på, før selve utredningen av tjenestebehovet starter, er det risiko for at kommunen ikke får ytt tjenester i rett tid. Lang ventetid er derfor uforsvarlig.

### 3.3 Beslutninger og vedtak om tjenester

Dette er det området av tilsynet der det ble funnet flest regelverksbrudd, i tillegg til at det også i mange kommuner ble påpekt behov for bedret praksis. Det kan se ut til at mange av tilsynslagene har gått særlig dyp inn i å granske vedtakspraksis, trolig fordi gode vedtak og beslutninger tilrettelegger for forsvarlige tjenester, og kan betraktes som uttrykk for god styring. Omvendt gir manglende og mangelfulle vedtak og beslutninger tjenestemottakeren dårlig rettssikkerhet, liten innflytelse på tjenestetilbudet og en lite forutsigbar situasjon, og kan tyde på manglende systematisk styring.

For flere av de kommunale tilbudene som er aktuelle for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, er det krav i regelverket om at det skal fattes vedtak i tråd med reglene i forvaltningsloven om enkeltvedtak. Det gjelder ytelsene etter sosialtjenesteloven som praktisk bistand og opplæring, støttekontakt, dag- og aktivitetstilbud, og det gjelder helsetjenester som ytes i hjemmet.

Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak skal blant annet sikre forsvarlige tjenester, gjennom å sikre forutsigbarhet. Det innebærer at vedtaket klart og tydelig kommuniserer hvilket tjenestetilbud som kan forventes, i hvilket omfang og i hvor lang tid. Vedtak skal ivareta rettssikkerheten blant annet ved å gi tjenestemottaker og pårørende adgang til å klage på hva som er tildelt, eller for den del å protestere hvis tilbudet blir skåret ned. I henhold til forvaltningsloven skal også vedtak begrunnes. Sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven krever i tillegg både at bruker er tatt med på råd, og at tilbudet tilpasses individuelt.

Formålet med å undersøke kommunenes beslutninger og vedtak, var å bringe på det rene om beslutninger og vedtak bygget på forsvarlig utredning av tjenestebehovet, om dette var dokumentert i begrunnelsen for beslutning eller vedtak, og om det var dokumentert at bruker var hørt. Beslutninger og vedtak gir tilsynsmyndigheten en inngang til å

vurdere om kommunen yter et faglig forsvarlig, helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

I halvparten av kommunene ble det funnet brudd på de kravene regelverket stiller til behandling av søknad og til beslutninger og vedtak, eller det var påpekt behov for å forbedre praksis. Avvik og merknader knyttet seg til mange ulike forhold, som manglende søknadsbehandling fordi kommunen ikke hadde sikret tilstrekkelig kapasitet, at det ikke var utformet skriftlige enkeltvedtak for de tjenestene som faktisk ble ytt, at vedtak og beslutninger innholdsmessig ikke var i tråd med kravene, mangelfull informasjon om klagerett eller for lang saksbehandlingstid.

I noen kommuner fant tilsynsmyndigheten at tjenestebehov ikke var meldt eller behandlet som søknad fordi det manglet egnet personell, eller at man ventet med å fatte vedtak inntil de hadde egnet person til stillingen. Uten et konkret og formalisert avslag, kan det være vanskelig for tjenestemottaker å vite hvilke tjenester som er besluttet eller avslått, og heller ikke mulig å benytte seg av retten til å klage på beslutningen. I en kommune framkom det at forespørsler om tjenester ble avvist uten formell saksbehandling, særlig hvis det var eldre mennesker med alvorlig psykisk lidelser som allerede hadde tjenester hjemme.

I mange kommuner ble det funnet svikt og påpekt behov for forbedring med hensyn til å fatte skriftlige vedtak om allerede tildelte tjenester. Svært mange tilfeller gjaldt tjenester i hjemmet, blant annet støttesamtaler fra psykiatrisk hjemmesykepleie eller øvrige helsehjelp i mottakers egen bolig, men også praktisk bistand og opplæring, miljøarbeidertjenester eller opplæring fra boveileder. Det var også eksempler på at det ikke var fattet vedtak om legemiddelhåndtering. Det er opplagt mer vesentlig for tjenestemottakerne at de faktisk får tjenester enn at det er fattet vedtak om de samme tjenestene. Men konsekvensen av manglende vedtak er dårlig forutsigbarhet med hensyn til både omfang og innhold, og at det er lite å

stille opp med hvis tilbudet skulle bli redusert, endret eller trukket helt tilbake.

De aller fleste brudd som ble avdekket, knyttet seg imidlertid til utilstrekkelige eller feilaktige vedtak. Det var ikke redegjort for hvilke vurderinger som var lagt til grunn for tilbudet, det framgikk ikke hva mottakeren ønsket og hadde behov for, det var ikke foretatt en forsvarlig utredning av mottakerens funksjonsevne, ressurser, bistand fra pårørende eller boligsituasjon, eller det framgikk ikke om utredningen var foretatt i samarbeid med samarbeidende instanser og enheter.

For eksempel kunne tilbud om støttesamtaler og støttekontakt eller psykiatrisk hjemmetjeneste være vedtatt uten presisering av innhold, omfang, formål og tid. Det er påpekt at slike ”åpne” vedtak både kan svekke forutsigbarhet og kontinuitet i tjenesteytingen og gi svak rettssikkerhet, ved at grunnlag for eventuell klage er lite konkret. Et tilsyn som konkluderer med at kommunen ikke sikrer forsvarlig saksbehandling når vedtak om psykisk helsearbeid blir fattet, underbygger dette slik:

*”Vedtaka blir fatta med generelt innhald ’psykisk bistand frå psykiatrisk teneste i (...) kommune. Det er uklart kva bistand/innhald det her er snakk om, og vedtaket blir soleis så diffust at rettstryggleiken til tenestemottakaren ikkje er ivareteken. Det er uklart kva utgreiing/kartlegging av tenestebhov vedtaket er basert på. Vedtak er ikkje grunnigitt. Ved dokumentgjennomgang er mål og måloppnåelse i liten grad nedfelt. Det finst enkelte vekeplanar med mål, men evaluering manglar.”*

En del vedtak var også mangelfulle eller misvisende med hensyn til hvordan tjenestemottakeren skal gå fram ved klage, hva som er rett klageinstans osv.

I en del av tilsynene fant tilsynsmyndigheten også svikt i hvordan kommunene sikret at vedtak og beslutninger ble fulgt opp, oppdatert og eventuelt revurdert. Det kunne framgå av journal at tjenestebehovet var endret, men uten at

det hadde medført justering av vedtak. I noen tilfeller var det heller ikke sørget for nye vedtak før vedtaksperioden løp ut, og det ble funnet vedtak som var gått ut på dato, og dermed ugyldige i juridisk forstand.

Endelig ble det funnet svikt knyttet til saksbehandlingstid. Enkelte steder var vurdert å ha svært lang saksbehandlingstid, eller at det var stor variasjon i saksbehandlingstiden. I noen kommuner var det eksempler på overskridelse på flere måneder, i ett tilfelle på hele to år.

Dersom kommunene ikke har et system som sikrer forsvarlig saksutredning og tildeling av helse- og sosialtjenester, og kan dokumentere og begrunne at tildelte tjenester samsvarer med hjelpebehov, er det heller ikke mulig å vurdere hvorvidt tilbudet er individuelt tilpasset og om det dekker tjenestebehovet, slik kravet er.

### **3.4 Iverksetting av vedtak, og innen rimelig tid**

Det hjelper lite for brukerne å få utredet tjenestebehovet og tildelt tjenester dersom vedtak og beslutninger helt eller delvis ikke blir iverksatt. Det ble i tilsynet undersøkt om kommunene faktisk iverksatte tjenester, og om de var i tråd med planer, vedtak og beslutninger.

Det ble videre undersøkt om tjenester ble iverksatt innen forsvarlig tid. Helse- og sosiallovgivningen har ikke egne bestemmelser om når vedtatte eller besluttede tjenester skal iverksettes. Det avgjørende er at tiltak iverksettes så raskt at tjenestemottakerens rett til tjenester ivaretas på en forsvarlig måte. Hva som er forsvarlig tid, må altså vurderes i forhold til brukerens behov. Dersom tiltaket på grunn av kapasitetsproblemer eller annet ikke lar seg iverksette i forsvarlig tid, må kommunen sørge for alternative midlertidige tilbud.

I mer enn ett av fire tilsyn ble det konstatert at kommunene ikke sørget for at tjenester faktisk ble iverksatt slik det var besluttet og truffet vedtak om, eller at vedtak ikke ble iverksatt innen forsvarlig tid.

I en del av tilsynsrapportene er det beskrevet manglende sikring av at tjenester var iverksatt i samsvar med vedtak, og gjerne uten at det var etablert alternative tiltak. Det er også eksempler på opphør av tjenester, uten at det skyldtes bedring hos tjenestemottaker eller at vedtaket var endret. Kapasitetsproblemer var den vanligst angitte årsaken. I de aller fleste tilfellene var det særlig støttekontakter det var vanskelig å rekruttere og beholde, men manglende iverksetting kunne også gjelde andre tjenester. I enkelte av de aktuelle kommunene, gjaldt dette et betydelig antall tjenestemottakere. Denne situasjonen kan eksemplifiseres med følgende sitat fra en av rapportene:

*”Kommunen sikrer ikke at tjenestemottakere i avdeling for psykisk helsetjeneste får forsvarlige tjenester mht kontinuitet, stabilitet og forutsigbarhet. Det er samlet sett så lav kapasitet at mange brukere ikke får forsvarlige tjenester. Et ukjent antall pasienter får ikke tjenester i det omfang de har rett på etter vedtaket.”*

Et noe vanligere problem som ble avdekket, var at vedtak ikke var iverksatt i forsvarlig tid, samtidig som det ikke alltid ble vurdert alternative tiltak som en midlertidig løsning. Det var i flere tilfeller beskrevet at det kunne ta opptil flere måneder å skaffe støttekontakt. Tilsynsmyndigheten i ett fylke konkluderte at det syntes å være ressurser snarere enn tjenestebehov som styrte iverksetting av tiltak.

### **3.5 Stabilitet i tjenestetilbudet, kontinuitet for tjenestemottakerne**

For at tjenestetilbudet skal være faglig forsvarlig, må nødvendig stabilitet være sikret både på kort og lang sikt. På kort sikt må kommunen sikre beredskap for å fange opp og møte endringer i behov, svingninger i sykdomsforløp og eventuelle akutte situasjoner og kriser. Med krise siktes det til situasjoner som enkeltmennesker selv opplever som kritiske, og der vanlige mestringsstrategier og tildelte tjenester ikke strekker til. Kommunen må sikre at tjenesteyterne har kompetanse til å fange opp

svingninger og kriser, og til å vurdere hvordan de skal håndteres, og det må være mulig for tjenestemottakeren å få tak i hjelp når man trenger det, selv om det for eksempel skulle være i helgen. Kommunen må også sikre et stabilt tjenestetilbud på noe lengre sikt, og sørge for tilstrekkelig kapasitet også ved utskifting av personell, ved sykdom og fravær av nøkkelpersonell. For tjenestemottakere med en relativt uforandret situasjon over lengre perioder, er utfordringen å sørge for at tjenestene ytes på en forsvarlig måte til en hver tid, men også at det blir fanget opp behov for endringer i behovet.

I noen av kommunene i dette tilsynet er det avdekket at de enten ikke har, eller ikke har god nok, beredskap for å håndtere kriser i forbindelse med symptomforverring hos tjenestemottakerne eller andre uforutsette situasjoner. Flere kommuner har organisert tjenestene slik at enhet for psykisk helsearbeid er tilgjengelig i vanlig kontortid, men gir ikke noe tilbud om kvelden, natten eller i helger og høytider. Når det oppstår kriser utenfor kontortid, men uten at det nødvendigvis er behov for innleggelse eller legevakt, må tjenestemottakeren ivaretas av tjenesteytere fra andre tjenesteområder, som oftest hjemmesykepleien. Det er imidlertid beskrevet i flere tilsyn at kommunen mangler rutiner som sikrer at de ansatte i hjemmetjenesten har tilstrekkelige kunnskaper og erfaring i forhold til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Også ved forutsette og påregnelige behov for oppfølging om kvelden, i helgen eller ved høytider, er det eksempler fra tilsynet på at det er begrenset hvilken oppfølging den ordinære hjemmesykepleien kan gi.

Et annet sviktområde er mangel på kontinuitet ved ferie og annet fravær. I en kommune opphører tilbudet om støttesamtaler i ferier, og det er ikke sikret at andre enn psykiatrisk helseteam kan fange opp endrete og nye behov for tjenester. Som det er beskrevet i en tilsynsrapport:

*”Tjenestene står i fare for å stanses når psykiatrisk sykepleier er fraværende, særlig over lang tid.”*

Det synes å være gjennomgående i disse kommunene at det i liten grad er gjort vurderinger av hvilke områder som er særlig sårbare, det vil si hva som kan gå galt, hva som kan bli konsekvensen for tjenestemottakerne, og hvor det derfor er behov for å iverksette tiltak for å hindre svikt. Men det er også eksempler på kommuner der det underliggende problemet (også) er svært lav kapasitet i tjenesteytingen. Det kan være et uttrykk for at tjenesten ikke er dimensjonert i forhold til samlet behov i kommunen.

Endelig kan det være kompetansemangel som anføres å ligge til grunn for sviktende kontinuitet og stabilitet. Vi sakser fra ett tilsyn:

*”Det fremkommer i flere intervju at det ikke er tilstrekkelig kompetanse innenfor tjenesten til psykiatriske pasienter. Det fremkommer i flere intervju at det har vært og er stor gjennomtrekk i personalgruppene. De minst kvalifiserte arbeider med de mest krevende brukerne, jf ansatte i serviceboligene. Det er generelt mange ufaglærte innenfor tjenestene. Det er ikke gjennomført en kartlegging av kompetansebehovet i kommunen og det er heller ikke utarbeidet en opplæringsplan for målgruppen. Nesten alle lederstillinger har hatt utskiftninger siste året.”*

### 3.6 Samordnet tjenesteyting

For at et sammensatt tjenestetilbud skal framstå som helhetlig, må de ulike tjenesteytere samtale, samordne og, når det er påkrevet, samarbeide. Jo flere ulike tilbud, organisert i ulike enheter, regulert av ulike lovverk og med flere faggrupper involvert (for eksempel miljøarbeider, boveileder, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, psykiatrisk sykepleier, fastlege), dess større krav til at det både praktisk blir tilrettelagt for og sikret nødvendig kommunikasjon, koordinering og samarbeid. Uten målrettet styring og klart definert og kjent fordeling av oppgaver, ansvar og myndighet, øker risikoen for svikt. Konsekvensene av svikt er størst nettopp for de tjenestemottakerne som har mest omfattende

behov og som trenger tjenester over lang tid. Risikoen er at de kan gå glipp av tilbud, eller at ulike tiltak trekker i forskjellig retning.

Kravet om en samordnet tjenesteyting inngår i forsvarlighetskravet, og er mer konkret formulert i forskrift om individuell plan, som er hjemlet i helse- og sosiallovgivningen. Individuell plan er en arbeidsmåte som skal sørge for at tjenestemottakernes behov ses i sammenheng, og bidra til et helhetlig tjenestetilbud.

I rundt halvparten av tilsynene ble det funnet mangler i kommunenes ordninger for å sikre forsvarlig samordning av tjenestetilbudet. Det er eksempler på at ulike deltjenester ikke hadde nok kunnskap om hverandres tilbud og tiltak, og på forskjellige syn på hvordan fordelingen av oppgaver mellom ulike enheter skulle være. Dermed mangler viktige forutsetninger for å etablere felles forståelse på tvers av enhetene både om hvilke behov brukeren har, hvem som gjør hva, og om målsettingen for arbeidet. Følgende beskrivelse fra en av rapportene kan illustrere at det også kan være usikkerhet med hensyn til hvor ansvaret for samordnede tjenester er forankret:

*”Det fremkommer ulike oppfatninger av hvor ansvar for koordinering og samhandling er plassert i kommunen; noen mente at koordinering av tjenester til voksne er lagt til fysio- og ergoterapitjenesten, andre mente at ansvaret for igangsetting av tverrfaglig samhandling, herunder individuell plan, ligger til den enkelte fagtjeneste, og andre mente at ansvaret ikke er avklart.”*

Mangel på systematisk samordning og samarbeid kan resultere i et mangelfullt – og uforsvarlig – tilbud til enkeltpersoner eller grupper, som framgår her:

*”Kommunen sikrer ikke at det fattes vedtak som tilrettelegger for forvarlige tjenester for brukere med både psykiske lidelser og rusproblemer. Kommunen mangler oversikt over antall brukere med denne problematikken. (...) Kommunen*

*mangler interne samarbeidsrutiner som ivaretar personer med rus- og psykiatriproblematikk.”*

I mange av kommunene i tilsynet var det svikt i håndtering og utveksling av informasjon (innenfor de rammene som regelverket setter) om tjenestemottakerne som er nødvendige for tjenesteytingen. I flere kommuner hadde de ulike deltjenestene ikke bare sine egne journaler, men også ulike systemer for dokumentasjon om brukeropplysninger eller ulik praksis for hva som anses vesentlig å dokumentere og arkivere. Det er beskrevet at personale ved bofellesskap hadde hatt begrenset tilgang til informasjon om den enkelte beboer ved utforming av tilbud. Det er også beskrevet at hjemmesykepleien ikke hadde nødvendig kunnskap om tjenestemottakere som de hadde delansvar for, når enheten for psykisk helsearbeid ikke var åpen, dessuten at fastleger heller ikke fikk nødvendig informasjon og dokumentasjon. For å sikre et løpende forsvarlig tilbud, er det nødvendig å sørge for at andre tjenesteytere som er involvert har nødvendig kunnskap og forståelse, og at de er i stand til å fange opp og handle når det er behov for endringer i tilbud og tiltak.

Intensjonen med individuell plan er å sikre arbeidsmåter som ivaretar at tjenestemottakernes ulike behov ses i sammenheng, at tilbudet er helhetlig og individuelt tilpasset, og at ansvar for oppfølging over tid er klart forankret – og nettopp å forebygge den type svikt som er beskrevet over. I tilsynet ble det undersøkt hvorvidt det var utarbeidet individuell plan til alle som hadde behov for det og som ønsket det. Men vel så viktig som at det finnes individuelle plandokumenter, er det at prosessene som bidrar til å gi et helhetlig, samordnet og individuelt tilpasset tjenestetilbud er satt i gang og fulgt opp. Det ble derfor også undersøkt om kommunene hadde en systematisk tilnærming til å etablere helhetlige tilbud, om tjenestemottakeren var involvert og om arbeidet var dokumentert.

I nær halvparten av kommunene fant tilsynsmyndigheten forbedringsråd, og i mange tilfeller også klare

brudd på regelverkskravene om individuell plan. Funn i dette tilsynet viser at det svært mange steder er et langt stykke vei å gå før individuell plan som rettighet er innfridd, og tiltaket virker etter intensjonen. Blant funnene er at ikke alle som hadde rett til individuell plan hadde fått et tilbud, eller at eksisterende planer var mangelfulle, ikke oppdatert eller ikke fulgt opp. I en av tilsynsrapporter var det observert at:

*”Av de omkring 150 brukere der det er fattet vedtak om tjenester, foreligger det kun ca 30 individuelle planer. (...) Det fremkom under intervjuene at langt flere enn 30 brukere har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen mangler oversikt over hvor mange brukere som har rett til individuell plan. Kommunen mangler en felles forståelse for hvordan kriteriene for retten til individuell plan skal forstås. Det var uklare forhold i forhold til hvem som hadde ansvaret for å vurdere og igangsette utarbeidelsen av individuell plan.”*

Det ble videre påvist i flere at kommunene at ledelsen ikke i tilstrekkelig grad la til rette for og styrte arbeidet, eller at det ikke var utpekt koordinator med tilstrekkelig ansvar og myndighet til å følge opp arbeidet. Det var også eksempel på at koordinatorfunksjonen var ansett som en frivillig oppgave.

### **3.7 Brukermedvirkning og individualisering**

Både sosial- og helselovgivningen stiller klare krav om at tjenestemottakeren skal medvirke i planlegging og utforming av tjenestetilbudet. I sosialtjenesteloven er det vektlagt at brukeren skal medvirke til å komme fram til en løsning som er individuelt tilpasset, og pasientrettighetsloven gir tjenestemottakeren en rett til innflytelse på valg av behandlingsform og tjenestetilbud. Også i øvrig regelverk som gjelder kommunenes tjenesteyting, framgår tjenestemottakerens rett til medvirkning. Ikke minst er dette et sentralt krav i forskrift om individuell plan.



Brukermedvirkning skal ut fra dette ivaretas i alle faser av tjenesteforløpet. Det skal legges til rette for at bruker og eventuelt pårørende i størst mulig grad medvirker helt fra starten i søknad, utredning og planlegging, og videre i utformingen og tilretteleggingen av tjenestetilbudet. Medvirkning er en forutsetning for at tjenestetilbudet skal kunne utformes i henhold til den enkeltes behov, og skal sørge for at brukerne får de tjenestene de trenger, når de trenger dem, med rett innhold, i tilstrekkelig omfang og med rett kvalitet. Tjenestemottakerens egen medvirkning er dessuten en forutsetning for at tiltak og tilbud skal bli så virkningsfulle som mulig.

I enkelte tilsyn var det påpekt manglende og mangelfull ivaretagelse av brukermedvirkning i tilknytning til granskingen av for eksempel vedtakspraksis, individuell plan osv. I andre tilsyn var det konstatert mangelfull sikring av brukermedvirkning i planlegging, iverksetting og oppfølging av tjenester. Det ble flere steder observert at tjenestemottakers egne vurderinger, ønsker og behov for tjenester eller hva de hadde søkt om, ikke var dokumentert verken i journal eller vedtak. Ett tilsyn fant en gjennomgående mangel på hensyntagen til brukerens ønsker:

*”Det er i flere tilfeller innvilget andre tjenester enn det brukeren har søkt om uten at det er begrunnet i dokument. Flere har hatt ønsker om endring i tjenesten, uten at det har ført til nye tiltak, eller at det fattes vedtak. Ingen faglig begrunnelse for hvorfor nye tiltak ikke kan eller bør gjennomføres.”*

Brukermedvirkning i utredning og i utforming av tjenestetilbudet er en viktig forutsetning for å utforme et tilbud som er behovsdekkende og individuelt tilrettelagt. Andre forutsetninger er at tjenestene og tilbudene finnes, det vil si at kommunen har sikret tilstrekkelig kapasitet, og i tillegg personell som har kunnskap og ferdigheter til å utforme tilbud som samsvarer med behovene, og som bidrar til økt mestring. I en del av tilsynene er det funnet svikt eller rom for forbedring i kommunens tilbud, som

direkte er grunnet manglende individuell tilpasning. Ett utslag kan være at det er personer eller grupper som ikke får tjenester, illustrert ved følgende:

*”Brukere som kommunen per i dag ikke har tilbud til, enten på grunn av pasientens atferd og/eller sykdommens karakter, sikres ikke et faglig forsvarlig tilbud. Unge voksne med store og sammensatte problemer (rus/psykiatri), men også ”etablerte” brukere ble nevnt som eksempler. Fylkesmannen har i forkant av tilsynet mottatt to klager på slike forhold, og er kjent med ytterligere ett.”*

Et annet utslag av manglende individuell tilpasning kan være at det for så vidt er tildelt tjenester, men at disse ikke er i samsvar med konkrete, individuelle hjelpebehov i innhold og/eller omfang. I en del kommuner finnes for eksempel ikke spor i journaler eller i annen dokumentasjon av at tjenestetilbudet er utformet i tråd med behovet som er avdekket. Som her:

*”Dokumenter og intervju viser at kommunen i liten grad systematisk kartlegger søker / mottakers funksjonsevne, ressurser, eventuelt pårørendes bistand, boligsituasjon med mer, det gjelder også tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester.”*

Det er også tankevekkende at det synes å være en relativt utbredt praksis å gi et fast tilbud, for eksempel om en times ukentlig støttesamtale, til alle eller til et flertall av tjenestemottakerne. Dette minner mer om et standardisert tilbud, og mindre om tilbud tilpasset hver enkelt tjenestemottaker etter grundig individuell vurdering, og utforming av innhold og formulering av formål i samarbeid med tjenestemottaker, jf. også avsnitt 3.2 og 3.3 om utredning og vedtak. I en av tilsynsrapportene er tilbakemeldingen til kommunen formulert slik:

*”Kommunen bør i større grad tilrettelegge for individuelt tilpassede tjenester. Tjenestetilbudet skjer i hovedsak på dagtid. Vedtak om*

*tenester gjelder i det vesentlige støttesamtaler og / eller støttekontakt uten nærmere presisering av innhold og formål med tenesten. Det etterlyses et større fokus på å tilrettelegge tjenestetilbudet slik at det bidrar til å øke tjenestemottakerens mestringsevne og mulighet til å styre sitt eget liv.”*

Manglende individuell tilpasning kan være uttrykk også for manglende brukermedvirkning, illustrert i følgende observasjon fra ett tilsyn:

*”Behovet for transport vurderes ikke ved tildeling av plass på dagsenter. Dette kan føre til utestenging av brukere som ikke var i stand til å komme seg dit på egen hånd. Det ble under intervju også vist til at dette hadde skjedd. Tilbudet er således ikke individuelt tilpasset og reell brukermedvirkning er ikke tilstede.”*

### **3.8 Styring og ledelse av tjenestetilbudet**

Kommunenes kanskje største utfordring synes å være å styre tjenestetilbudet på en slik måte at det til tross for fragmentert organisering, til tross for at det er ulike lovverk som styrer ulike tenester, til tross for at det er mange yrkesgrupper involvert – likevel sikrer at tenester ytes i samsvar med regelverkskravene til helse- og sosialtenestene. Hovedansvaret påhviler kommunens øverste administrative ledelse.

Kravene til styringssystemet slik de er formulert i forskrift om internkontroll, skal bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetenester, ved at kommunen legger forholdene til rette og gir rammer for tjenesteytingen. Det er krav til at intern organisering er kjent, og at ansvar for oppgavene er klart forankret. Det er videre krav om tilstrekkelig faglig kompetanse. For å etterleve dette kravet, må kommunen kjenne oppgavene og kvalifikasjonene som trengs for å løse dem, og iverksette de tiltak som er nødvendig for å sikre at bemanningen er tilstrekkelig kompetent. Kommunene må også vurdere om det er områder med risiko for svikt, og søke å

reduere eventuell risiko. En viktig kunnskapskilde her er erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende, som kommunene plikter å innhente og gjøre bruk av i tillegg til annen tjenesteinformasjon. Styring forutsetter at ledelsen til enhver tid har tilstrekkelig kunnskap om egen virksomhet. I praksis betyr det at de må vite hvorvidt kommunen yter forsvarlige tenester til alle som trenger det, og om tjenestemottakernes rettsikkerhet er ivaretatt. Det forutsetter blant annet tilbakemeldinger fra tenestene dersom noe svikter eller ikke fungerer som forutsatt.

Mange av de enkeltfunn som er gjengitt i denne rapporten er resultater av styringssvikt. Kravene til styring gjelder alle sider ved tjenesteytingen, og i de forskjellige deltjenester. Det er særlige styringsutfordringer når mange tenester og ytelser skal samordnes, vedlikeholdes og tilpasses tjenestemottakernes behov over tid, som vi har sett i dette tilsynet. Selv om hver enkelt tenesteyter eller deltjenesteyter et tilbud som isolert sett og der og da er forsvarlig, er ikke tilbudet nødvendigvis forsvarlig sett under ett hvis det ikke er tilstrekkelig individuelt tilpasset, samordnet og stabilt, jf. særlig avsnitt 3.2 om utredning og 3.6 om samordning.

## 4 Viktige utfordringer for kommunene og for statlige myndigheter

Hensikten med denne oppsummeringsrapporten har vært å beskrive ulike problemområder som er avdekket gjennom dette landsomfattende tilsynet. I noen kommuner ble det ikke funnet svikt, i andre ble det konstatert svikt eller påpekt behov for forbedringer av noen elementer i tjenesteytingen, og i atter andre er det funnet alvorlig svikt, og på flere områder.

Men etter vår vurdering er den svikten som er avdekket i en del av kommunene av en slik art at den kan få meget alvorlige konsekvenser for tjenestemottakerne. Følgene av en ufullstendig utredning eller av mangelfull samhandling og koordinering kan være at tilbud glipper og at tjenesten ikke dekker tjenestemottakernes faktiske behov verken i innhold eller omfang – og slik at tilbudet i sum ikke blir faglig forsvarlig. Det store omfanget av påpekt svikt i tilknytning til vedtakspraksis betyr at et viktig redskap for styring ikke er brukt slik det er tenkt. Det får direkte følger for hvilket tilbud tjenestemottakerne får, og svekker rettssikkerheten. Det er svært bekymringsfullt.

Vi vil på denne bakgrunn trekke fram noe av det vi anser som de aller viktigste utfordringene for kommunene å ta tak i:

### **Dimensjonering og planlegging av tjenestetilbudet**

Rapportene fra dette tilsynet gir grunn til å stille spørsmål om det mange steder i for stor grad er tilgjengelige ressurser

snarere enn brukernes behov som styrer tilbudet. Det er blant annet mange kommuner som ikke kan tilby oppfølging utover vanlig kontortid, og en del kommuner har heller ikke beredskap for forsvarlig håndtering av akutte henvendelser om symptomforverring eller andre krisesituasjoner om kvelden, natt, i helger og høytider. Det er også eksempler på at tilbud om støttesamtaler fra psykiatrisk sykepleier opphører i lengre perioder i ferietiden uten at det gis alternative tilbud. En slik situasjon er uttrykk for mangelfull styring med at tjenestetilbudet er dimensjonert og planlagt på en slik måte at det faktisk dekker tjenestemottakernes behov, og gir grunn til å stille spørsmål om kommuneledelsen har god nok kunnskap om hva som er behovene og om hva som skal til for å dekke dem.

### **Organisering av tjenestetilbudet**

Et annet av funnene i dette landsomfattende tilsynet er at mange kommuner synes å slite med å iverksette tjenester som er vedtatt eller besluttet. Dette kan være uttrykk for knapphet på kapasitet, men gir også grunn til å spørre om tjenestene er organisert slik at de passer folks behov. De ulike kommunene har valgt ulike organisatoriske løsninger for det psykiske helsearbeidet. De fleste har valgt å øremerke noen stillinger, og organisert disse i en egen enhet som kan være plassert enten i helsetjenesten eller i sosialtjenesten. Men utfordringen består i å få til samspillet mellom det psykiske helsearbeidet og andre deler av tjenesteapparatet, og med å motvirke

problemområder som kan føre til at kravet til samhandling ikke blir etterlevd.

### **Individuell tilpasning**

Det er den enkeltes konkrete tjenestebehov som skal styre utformingen av tilbud. Vi har i dette tilsynet sett at det i mange kommuner er funnet svikt i hvordan utredning, planlegging, tilde-ling, iverksetting og/eller oppfølging av tjenestetilbudet gjennomføres. Dersom kommunene ikke sikrer forsvarlige prosesser gjennom hele tjenesteytingen, sikres heller ikke individuelt tilpassede tilbud.

#### *Særlig om støttekontaktordningen*

Vi vil benytte anledningen til å ta opp et eksempel på at ”man bruker det man har”, fremfor å utvikle og utforme tilbud som i større grad imøtekommer behovene. Støttekontakt er en tjeneste som kommunene er pålagt å yte etter sosialtjenesteloven. Det er en ordning som synes å bli vurdert som et hensiktsmessig tilbud til mange tjenestemottakere med psykiske lidelser. Det er i alle fall en tjeneste som mange får tildelt. For alvorlig psykisk syke mennesker som mangler familie- og vennenettverk, lever relativt ensomme liv, og som trenger oppmuntring, praktisk hjelp og støtte til å mestre dagliglivet, kan støttekontakt framstå som et egnet tilbud. Det gir mulighet for en-til-en relasjon som kan vare over tid, det er et tilbud som kan brukes fleksibelt, og som kan bidra til å strukturere hverdagslivet. Spørsmålet er imidlertid om deltid, lav lønn og mange steder lite systematisk oppfølging og/eller opplæring gir det beste utgangspunkt for å rekruttere og beholde støttekontakter som har kompetanse til å etablere gode relasjoner til, kommunisere med, støtte og hjelpe mennesker med store psykiske problemer. Vi stiller spørsmål ved om dette tilbudet lar seg realisere slik det var tenkt – i forhold til denne gruppen tjenestemottakere – eller om det praktiseres på en slik måte at det ikke blir kvalitativt godt nok.

Statens helsetilsyn ønsker å utfordre kommunene, men også sosial- og helsemyndighetene, med hensyn til støttekontakttjenesten i sin nåværende form

og bruk. Vi stiller spørsmål om ordningen bør evalueres med tanke på hvilke grupper den egner seg for, og under hvilke betingelser. Vi etterlyser også en vurdering av om støttekontaktordningen kan eller bør oppjusteres med hensyn til kvalifikasjonskrav, lønn og arbeidsbetingelser slik at den kan bli mer attraktiv som yrkesvalg, og bli praktisert mer treffsikkert. En grunn til at ordningen ikke ser ut til å fungere hensiktsmessig i dag, kan også være at regelverket er utydelig.

### **Er kravene til kommunene tydelige nok?**

En grunn til at ikke alle med alvorlige psykiske lidelser får tilstrekkelige og forsvarlige tjenester, kan være at regelverket på området gir for lite konkrete anvisninger, og at det derfor blir vanskelig for kommunene å forvalte. Vi etterlyser mer konkret veiledning til kommunene om hvilke tjenester de skal yte, og hva innholdet i tjenestene skal være, til denne gruppen.

Problemstillinger i tilknytning til bolig har ikke vært tema for dette tilsynet, selv om mangel på bolig eller på egnet bolig er et erkjent (tilleggs)problem for mange mennesker med psykiske lidelser. Men sosialtjenesteloven § 3-4, som gir kommunene en plikt til å medvirke til å skaffe bolig til mennesker som ikke kan ivareta egne interesser på boligmarkedet, faller utenfor de områder Fylkesmannen har hjemmel til å føre tilsyn med. Fordi det trolig er personer som går glipp av nødvendige helse- og sosialtjenester fordi de ikke har en bolig, mener Statens helsetilsyn at berørte departementer bør vurdere å styrke reguleringen av kommunenes plikt til å skaffe bolig gjennom rettighetsfesting, og underlegge bestemmelsen tilsyn. Vi viser i denne forbindelse også til våre anbefalinger i Rapport fra Helsetilsynet 8/2007.

## Kommunene som har inngått i det landsomfattende tilsynet

Østfold:	Askim, Sarpsborg, Eidsberg, Fredrikstad
Akershus:	Ås, Bærum, Fet
Oslo:	Bydel Alna, Bydel Nordstrand, Bydel Sagene
Hedmark:	Våler, Eidskog, Ringsaker
Oppland:	Ringebu, Lunner, Sør-Fron
Buskerud:	Hurum, Ringerike, Modum
Vestfold:	Holmestrand, Stokke, Svelvik
Telemark:	Siljan, Drangedal, Porsgrunn
Aust-Agder:	Grimstad, Tvedestrand, Arendal
Vest-Agder:	Marnardal, Kristiansand, Kvinesdal, Lyngdal
Rogaland:	Suldal, Vindafjord, Haugesund
Hordaland:	Vaksdal, Os, Fana bydel i Bergen kommune
Sogn og Fjordane:	Bremanger, Vågsøy, Gulen
Møre og Romsdal:	Neset, Kristiansund, Volda, Herøy
Sør-Trøndelag:	Tydal, Oppdal, Melhus, bydelene Midtbyen og Østbyen i Trondheim kommune, Rissa, Snillfjord, Orkdal, Bjugn
Nord-Trøndelag:	Frosta, Meråker, Namsos
Nordland:	Narvik, Moskenes, Tysfjord, Evenes, Hadsel
Troms:	Karlsøy, Salangen, Målselv
Finnmark:	Vadsø, Kárášjoga/Karasjok, Sør-Varanger

# Čoahkkáigeassu 2007 riikaviidosas̄ bearráigeahčus suohkanlaš dearvvašvuođa- ja sosialabálvalusain rávisolbmuide geain leat psykalaš váttut

Čoahkkáigeassu Dearvvašvuođageahču Raportta 3/2008 čoahkkáigeassu

2007s̄ čadahuvvui riikaviidosas̄ bearráigeahčču dearvvašvuođa- ja sosialabálvalusain rávisolbmuide geain leat psykalaš váttut. Bearráigeahčču fátmastii 68 suohkana (ja gávpotosiid) miehtá riikka. Bearráigeahčču lea dárkistan leat go bálvalusat ollislaččat ja olámuttos dárbbaseddjiide, leat go fálaldagat heivehuvvon juohke ovttá dárbbuid, sávaldagaid ja eavttuid mielde, ja leat go oassebálvalusat heivehan fálaldagaideaset ja ovttasbarget go dainnalágiin ahte fálaldat šaddá ollislažžan.

Stáda dearvvašvuodabearráigeahču árvoštallama mielde, lea riikaviidosas̄ bearráigeahčču čuvgehan váilevašvuodaid muhtun suohkaniin main sáhttet leat duodalaš váikkuhusat bálvalusvuostáiváldiide. Bealledagat guorahallama dahje váilevaš ovttasbarggu váikkuhusat sáhttet leat ahte fálaldat ii doaimma ja ahte bálvalusa sisdoallu dahje viidodat ii govčča daid duohta dárbbuid – ja ahte ollislaš fálaldat ii šatta fágalaččat dohkálažžan.

Suohkaniid stuorámus hástalus orru leame stivret bálvalusfálaldagaid dákkár vuogi mielde ahte dat eai, vaikko organiseren lea juhkkjuuvvon máŋgga oassái, vaikko iešgudetlágan lágat stivrejit iešgudetlágan bálvalusaid ja fidnojoavkkut leat seahkanan – goitge sihkarastet bálvalusaid dearvvašvuođa- ja sosialabálvalusaid láhkagáibádusaid mielde.

Sáhttit maid divvut jearaldaga ahte leat go muhtun surggiid njuolggadusain beare unnán konkrehta čujuhusat, ja

dan geažil dagaha suohkaniidda váttis hálldašit daid. Mii ohcalit buoret bagadallama suohkaniidda bálvalusaid birra maid galget fállat olbmuide geain leat psykalaš váttut, ja makkár sisdoallu dáin fálaldagain galgá leat.

# Summary of countrywide supervision in 2007 of municipal health and social services for adults with mental disorders

## Short summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 3/2008

In 2007 the Norwegian Board of Health Supervision in the Counties and the County Governors carried out countrywide supervision of health and social services for adults with mental disorders. This involved 68 municipalities and urban districts throughout the country. The aim was to investigate whether services are adequate and available for all the people who need them, whether services are adapted to the individual needs of the clients, and whether the different services are coordinated so that the total service is comprehensive.

According to our assessment, supervision revealed deficiencies in services in some of the municipalities, which can have serious consequences for clients. The result of inadequate assessment of clients and inadequate team work can be that clients' needs are not met. Deficiencies can relate to both the range of services offered and the content of the services. The result may be that the services do not meet statutory requirements.

These services are characterized by fragmentary organization, different legislation regulating different services, and the involvement of many different types of professionals. Because of this, it is challenging for the municipalities to provide services that meet the requirements laid down in health and social legislation.

However, it may be that the legislation in this area is not specific enough, and that this makes it difficult for the municipalities to interpret the legislation. We suggest that the municipalities may need clearer guidelines about which services they are required to provide for people with mental disorders, and about the content of these services.

# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgivelser 2007

**1/2007** Meldesentralen – årsrapport 2005

**2/2007** “Kjem du levande inn, kjem du levande ut” – men kva skjer så? Oppfølgingstilbudet etter ei alkoholforgiftning

**3/2007** Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere

**4/2007** Ikkje likeverdige habiliteringstenester til barn. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med habiliteringstenester til barn 2006

**5/2007** Rettssikkerhet for utviklingshemmede, II. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med rettssikkerhet knyttet til bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming

**6/2007** Klager på økonomisk stønad. En analyse av fylkesmennenes klagesaksbehandling etter kapittel 5 i sosialtjenesteloven for årene 1995–2005

**7/2007** Klagesaker etter sosialtjenesteloven 2006 – sammenstilling av fylkesmennenes rapportering

**8/2007** Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no).

## Utgivelser 2008

**1/2008** Meldesentralen – årsrapport 2006

**2/2008** ”Mens vi venter ...” – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste

**3/2008** Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser

**4/2008** Avlastning og støttekontakt – tjenester med betydning for et bedre liv! Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med avlastnings- og støttekontaktjenester etter sosialtjenesteloven

## Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.



I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse

## OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 3/2008

### **Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser**

Det ble i 2007 gjennomført et landsomfattende tilsyn med helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser. Tilsynet omfattet 68 kommuner (og bydeler) i hele landet. Tilsynet har undersøkt om tjenestene er tilstrekkelige og tilgjengelige for alle som trenger dem, om tilbud er tilpasset den enkeltes behov, ønsker og forutsetninger, og om ulike deltjenester har samordnet sine tilbud og samarbeider slik at tilbudet framstår helhetlig.

Etter Statens helsetilsyns vurdering, er det i dette landsomfattende tilsynet avdekket svikt i en del av kommunene som kan få meget alvorlige konsekvenser for tjenestemottakerne. Følgene av ufullstendig utredning eller mangelfull samhandling kan være at tilbud glipper og at tjenesten ikke dekker de faktiske behovene verken i innhold eller omfang – og slik at tilbudet i sum ikke blir faglig forsvarlig.

Kommunenes kanskje største utfordring synes å være å styre tjenestetilbudet på en slik måte at de til tross for fragmentert organisering, at det er ulike lovverk som styrer ulike tjenester og at det er mange yrkesgrupper involvert – likevel sikrer at tjenester ytes i samsvar med regelverkskravene til helse- og sosialtjenestene.

Men vi stiller også spørsmål om regelverket på området gir for lite konkrete anvisninger, og at det derfor er vanskelig for kommunene å forvalte. Vi etterlyser bedre veiledning til kommunene om hvilke tjenester de skal yte til mennesker med psykiske lidelser, og hva innholdet i disse tjenestene skal være.