

**Landsomfattande tilsyn i 2017–2018 med kommunale
tenester til personar med samtidig rusproblem
og psykisk liding – oppsummeringsrapport**

Det heng därleg saman

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



Innhold

: Forord	03
1 : Samandrag	04
2 : Om tilsynet	08
2.1 Dette blei undersøkt	08
2.2 Bakgrunn for val av tema	08
2.3 Om rapporten	10
3 : Funn i tilsynet	12
3.1 Tenesteytinga var tilfeldig og lite planlagd	12
3.1.1 <i>Mangefull kartlegging – utilstrekkeleg hjelp</i>	12
3.1.2 <i>Hjelpa var lite planlagd og koordinert</i>	15
3.1.3 <i>Tiltak ved forverring og kriser ikkje alltid vurdert</i>	18
3.1.4 <i>Manglante merksemd rundt den somatiske helsa til brukarane</i>	19
3.1.5 <i>Råd, rettleiing, praktisk hjelp og opplæring for å meistre å bu sviktar</i>	21
3.2 Tenestene var for därleg samordna	24
3.2.1 <i>Kven har ansvaret, og kven gjer kva?</i>	25
3.2.2 <i>Manglante informasjonsdeling på tvers av einingar</i>	26
3.2.3 <i>Lause samarbeidsstrukturar</i>	28
4 : Kan betre styring og oversikt gi betre teneste?	31
5 : Kva no?	35
5.1 Kva for nokre forventningar har Statens helsetilsyn?	35
6 : Gjennomføring av tilsynet	39
: Vedlegg	41
: Čoahkkáigeassu	45
: English summary	46

Forord

Pasientar og brukarar med psykisk liding og samtidig rusmiddelproblem skal oppleve hjelpa og behandlinga som heilskapleg. Instansane som tilbyr tenester skal legge til rette for nødvendig samhandling. Målet er at ressursane til pasientane og brukarane blir støtta på ein slik måte at helsa og livskvaliteten deira blir betre.

Statens helsetilsyn beslutta at tenestetilbodet til personar med samtidig rusmiddelproblem og psykisk liding skulle være tema for tilsyn i 2017 og 2018. Tilsynet skulle gjennomførast av alle fylkesmenn og omfatte både spesialisthelsetenester, kommunale helse- og omsorgstenester og sosiale tenester. Det blei gjort ei risikovurdering på området hausten 2015 for å undersøkje nærmare kva tema og problemstillingar som var mest aktuelle for tilsynet. Risikovurderinga blei gjennomført med eit fagpanel som bestod av representantar for ulike nivå og einingar i helse- og omsorgstenesta, for sosiale tenester i Nav og for brukar- og pårørandeorganisasjonar.

Saman med tilsynserfaringar og annan kunnskap blei resultatet av risikovurderinga brukt som grunnlag for kva tema det landsomfattande tilsynet skulle sjå på. Risikovurderinga er summert opp i publikasjonen «Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse». Rapport frå Helsetilsynet 3/2016.

To landsomfattande tilsyn er no gjennomført:

- Tilsyn med kommunale tenester til personar med samtidig rusmiddelproblem og psykisk liding.
- Tilsyn med spesialisthelsetenester til pasientar med psykisk liding og mogleg samtidig ruslidning.

Tilsyna er summert opp i tre rapportar, ein rapport frå tilsynet med dei kommunale tenestene, ein rapport frå tilsynet med spesialisthelsetenesta og ein samlerapport som gir ei oversikt over resultata frå begge tilsyna i ei forkorta utgåve.

Denne rapporten er ei oppsummering av det landsomfattande tilsynet i 2017–2018 med kommunale sosiale tenester og helse- og omsorgstenester til vaksne personar med samtidig rusmiddelproblem og psykisk liding.

1

Samandrag

I dei 88 tilsynsrapportane vi har gått gjennom, har fylkesmannen konkludert med lovbro i sju av ti kommunar. Vi sit att med eit bilet av situasjonen for brukarane som gjev grunn til uro.

Personar med samtidige rusmiddelproblem og psykisk liding skal få det grunnleggjande tenestebehovet sitt dekt i kommunane. Det er kommunen som står for kontinuitet og heilskap i tenestetilbodet, også samtidig med eventuelle tilbod og oppfølging frå spesialisthelsetenesta. Vi har derfor i det landsomfattande tilsynet i 2017–2018 undersøkt både helse- og omsorgstenestene og sosiale tenester i Nav.

I dei 88 rapportane vi har gått gjennom, har fylkesmannen konkludert med lovbro i sju av ti kommunar. Funna gir grunn til å uroe seg for om brukarar med samtidig rusmiddelproblem og psykisk liding får dekt behova sine for tenester. Det varierer frå kommune til kommune kva som svikta. I nokre kommunar gjaldt det for enkelte tilsynstema, i andre kommunar var det svikt på fleire.

At 27 av dei 88 kommunane ikkje fekk påvist lovbro, viser at det er mogleg å gi eit tenestetilbod som er forsvarleg. Fylkesmennene treff mange medarbeidarar som gjer mykje bra arbeid, og som strekkjer seg langt. Dei kommunane som har gode og trygge tenester, har kompetente medarbeidarar og ei leiing som følgjer med på arbeidet som blir gjort, og dei legg til rette for at tenestene som blir leverte, er forsvarlege.

Kva fylkesmennene skulle undersøkje i tilsynet

Tilsynet blei retta mot kommunen sine tenester til vaksne personar (18 år og eldre) som på grunn av samansette problem treng tenester frå kommunen over tid. Tilsynet gjaldt tenester til personar uavhengig av kva rusmiddel dei brukte, og uavhengig av om dei brukte rusmiddel aktivt eller var i rehabilitering. Det var òg uavhengig av kva psykiske problem eller lidingar personane hadde.

Fylkesmennene skulle undersøkje om kommunen la til rette for og gjennomførte samarbeid mellom ulike kommunale einingar som yter sosiale tenester og helse- og omsorgstenester, slik at tenestene var samordna. Samarbeid med fastlege og spesialisthelseteneste var òg ein del av dette.

Vidare skulle fylkesmennene undersøkje om kommunen kartla den heilskaplege situasjonen til brukarane og brukarane sine behov for

tenester, og om kommunen tilbyr og yter tenester retta mot rusmiddelproblem, den psykiske lidinga og den somatiske helsesituasjonen til brukaren.

Bustadsituasjonen til brukarane er viktig, og det blei derfor undersøkt om dei får tenester i form av «opplysning, råd og veiledning» frå Nav-kontoret og «praktisk bistand og opplæring» frå helse- og omsorgstenesta, slik at dei kan meistre å bu i eigen bustad.

Fylkesmannen skulle òg undersøkje om kommunen sikrar at brukaren får medverke i eige tenestetilbod.

Fylkesmennene valde kva kommunar dei ville føre tilsyn med ut frå ei risiko- og sårbarheitsvurdering. Forholda som blei avdekte i tilsynet og er beskrivne i denne oppsummeringsrapporten, er dermed ikkje representative for alle kommunane i landet. Det er mange funn når det gjeld svikt i sentrale arbeidsoppgåver. Dette bør føre til at kommunar som ikkje har vore ein del av det landsomfattande tilsynet, brukar rapporten til å gå gjennom sin eigen praksis for å lære og eventuelt endre praksis.

Alt må henge saman med alt

For at personar med samtidig rusmiddelproblem og psykisk liding skal få fagleg forsvarlege og individuelt tilpassa tenester, må kommunen ta hand om fleire oppgåver. Viktige element i dette tilsynet var om kommunane etterlevde krava til kartlegging, planmessig tenesteyting, dokumentasjon og samhandling/koordinering av tenestene.

Tenesteytinga var tilfeldig og lite planlagd

I mange kommunar blei ikkje situasjonen til brukarane undersøkt for å få eit heilskapleg bilete på kva utfordringar og ressursar dei hadde. For at den enkelte skal få individuelt tilpassa og samordna tenester, må ein kartlegge både rusmiddelbruk, psykisk og somatisk helsesituasjon samt utfordringar med å meistre å bu i eigen bustad.

I mange kommunar blei tenestene òg ytt lite planmessig. Det blei ikkje sett mål eller sett i verk tiltak, og tiltak som var satt i verk blei sjeldan evaluerte. Dette kan føre til at tenestene blir ytt ut frå kva den enkelte tilsette meiner er rett, og på ulike måtar. For brukaren kan resultatet av mangelen på heilskapleg kartlegging og lite planmessig tenesteyting bidra til å forverre situasjonen snarare enn å betre han.

Det er stor risiko for tilbakefall og akutt forverring av psykisk sjukdom og rusproblematikk for mange i denne gruppa. Det er derfor viktig å ha ein beredskap for slike situasjoner og å leggje ein plan for kva brukaren sjølv og tenestene skal gjere dersom det oppstår kriser. Tilsynet viste at det i fleire kommunar ikkje var praksis for å vurdere behovet for tiltak i kriser, heller ikkje i tilfelle der journalen til brukaren tilsa at det var risikoforhold. Fylkesmannen fann i dette tilsynet få krisoplanar, trass i at det truleg er mange brukarar som har behov for ein slik plan for å førebyggje alvorleg forverring.

Menneske med alvorlege psykiske lidingar og/eller rusmiddelproblem har 15–20 års kortare forventa levealder enn befolkninga elles. I tillegg til høgare førekommst av unaturleg død, er det og større dødelegheita på grunn av somatiske sjukdommar samanlikna med resten av befolkninga¹. Fylkesmennene undersøkte om kommunen kartla dei somatiske helseproblema rusmiddelbrukarar er mest utsette for å få, og om dei blei følgde opp. Funna viser at dei somatiske helseforholda til brukarane i mange kommunar fekk lite merksemd. Det kunne òg vere svikt i oppfølginga der det var kjente helseproblem.

Mange brukarar treng hjelp til å meistre å bu for seg sjølv og skal kunne få både rettleiing, praktisk hjelp og opplæring. Fylkesmannen fann mellom anna at det i mange tilfelle blei gitt lite rettleiing og opplæring med sikte på eiga meistring. Dei fann òg at det i enkelte av kommunane ikkje var tydeleg kven som hadde ansvar for dei ulike oppgåvene. Mange stader blei ikkje brukarane informert om kva dei hadde krav på å få, det blei ikkje gjort vedtak, og verken vurderingar eller kva som var gitt av hjelp, blei dokumentert.

Lite samordna tenester

I ein tredel av kommunane blei det påvist mangefull samordning av tenester. Faren for at noko skal svikte, aukar når personar har behov for tenester frå fleire einingar i og utanfor kommunen samtidig. Det er derfor avgjerande med samhandling og koordinering av tenestene. Rusmiddelproblem og psykiske lidingar heng ofte tett saman. Personar som slit med begge deler, er derfor sårbar for manglande heilskap i tenestetilbodet. Det er eit leiaransvar å sørge for tydelege ansvarsforhold og klar oppgåvefordeling, og å leggje til rette for nødvendig samarbeid.

¹ Ivaretakelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem. IS-2642. Oslo: Helsedirektoratet, 2018.

² Ressurssituasjonen i kommunen var ikkje tema ved dette tilsynet. Vi vel likevel å ta med nokre observasjonar frå tilsynsrapportane, ettersom dette er opplysningar som forsterkar uroa vår for om brukarane får tenester dei har behov for, i rett omfang.

Fylkesmannen avdekte i fleire kommunar at det var uklar arbeidsdeling mellom einingane, slik at også tilsette kunne vere usikre på kva oppgåver dei hadde. Det kunne vere uklarheter både mellom helse- og omsorgstenesta og sosialtenesta i Nav samt mellom einingane i helse- og omsorgstenesta. Dette gir ein risiko for at samarbeidet ikkje fungerer, og for at viktige oppgåver ikkje blir sikra. Det er viktig å setje i verk tiltak som regelmessige møte, avtalar og innarbeidde rutinar for å sikre samarbeid. Men dette mangla i fleire kommunar.

Eit anna alvorleg funn var mangefull utveksling av vesentleg informasjon mellom involverte einingar. Eit eksempel var at heimesjukepleia, som ofte har mykje kontakt med brukarane, hadde lite kunnskap om rusmiddelproblema og den psykiske helsa deira. Det kunne òg svikte på den måten at observasjonar frå heimetenesta ikkje blei formidla til eining(ar) for rus og psykisk helse.

Tenestene strekkjer ikkje til

Frå ein del kommunar rapporterer fylkesmannen at brukarar ikkje fekk dei tenestene dei hadde fått vedtak om, og at det kunne ta opptil tre månader frå behov blei kartlagde til tenesta blei sett i verk. I enkelte vedtak var tenesteomfanget gitt med etterhald om at kommunen hadde kapasitet. Det gjekk fram fleire stader at tilsette og leiarar visste at tildelte tenester ikkje alltid var tilstrekkelege for behovet til målgruppa, og at manglande ressursar var grunnen².

Gjennomføring av tilsynet

Tilsynet blei gjennomført som systemrevisjon. Det blei undersøkt om leiinga i kommunen arbeider systematisk for å sikre at tenestene som blir ytte, var innanfor det aktuelle regelverket. Fylkesmannen følgjer opp kommunane i dei tilfella det blir konkludert med at tenestene ikkje var i samsvar med regelverket (lovbrot). Kommunane blir følgde opp til fylkesmannen er rimeleg sikker på at tiltaka som er sette i verk i kommunen, sikrar at tenestene er i tråd med regelverket og faglege normer for god og forsvarleg praksis.

Ved dette tilsynet blei nærmare 400 mottakarar av tenestene intervjua av fylkesmannen for å høyre kva erfaringar dei hadde med tenestene dei tek imot.

2:

Om tilsynet

2.1 Dette blei undersøkt

Denne rapporten summerer opp kva fylkesmennene fann då dei undersøkte kommunale helse- og omsorgstenester og sosiale tenester i Nav.

Tilsynet var retta mot kommunen sine tenester til vaksne personar over 18 år med samtidig rusmiddelproblem og psykisk liding som kvar for seg eller samla gjer at dei har eit funksjonstap som gir behov for tenester frå kommunen over tid. Spørsmål i tilsynet var om kommunen ved helse- og omsorgstenesta og sosiale tenester i Nav:

- legg til rette for og gjennomfører samarbeid mellom ulike kommunale einingar som yter tenester, og med fastlege og spesialisthelsetenesta, og sørger for at tenestene brukarane tek imot, er samordna
- kartlegg den heilskaplege situasjonen og tenestebehova til brukaren
- tilbyr og yter tenester retta mot rusmiddelproblemet og den psykiske lidinga til brukarane
- kartlegg og følgjer opp somatiske helseproblem
- tilbyr og yter tenester, slik at brukaren kan meistre å bu i eigen bustad

Fylkesmannen skulle òg undersøkje om kommunen sikrar at brukaren får medverke i eige tenestetilbod.

Regelverket som låg til grunn for tilsynet, var helse- og omsorgstenestelova, sosialtenestelova og pasient- og brukarrettslova, og dei aktuelle styringsforskriftene³. Vedlegg 1 gir ei meir utfyllande oversikt, og rettleiaren for tilsynet beskriv Regelverket nærmare⁴.

2.2 Bakgrunn for val av tema

Tilsyn skal vere viktig, dei skal vere relevante, og dei skal vere baserte på god kunnskap. Tilsyn skal bidra til at pasientar og brukarar får gode tenester, og skal derfor føre til endring og kvalitetsbetring når det er nødvendig. Prosessane for å avgjere kva det skal førast tilsyn med, og kva tilsynsaktivitetar som skal prioriterast, er derfor viktige.

Brukarar med samansette tenestebehov

Menneske med samtidig rusmiddelproblem og psykiske lidingar er ei ueinsarta gruppe, både når det gjeld alder, bakgrunn,

³Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og forskrift om internkontroll for kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen

⁴Veileder for landsomfattende tilsyn 2017 og 2018 med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse. Internserien 2/2017. Oslo: Statens helsetilsyn, 2017.

funksjonsnivå, kva rusmiddel dei brukar, og kva psykiske lidingar dei har. Psykiske lidingar og rusmiddelproblem inngår ofte i eit komplekst samspel der symptom kan forveklast, dekkast til, forverrast eller utløysast gjensidig. Førekomsten av ruslidingar hos menneske med psykiske lidingar er generelt høg, særleg ved alvorlege lidingar som schizofreni og bipolar liding. Forsking viser at dess meir alvorleg rusmiddelproblemet er, dess høgare er førekomsten av psykiske lidingar.

Ei undersøking i 267 kommunar i 2017 konkluderte med at tenestemottakarar med rusmiddelproblem og psykiske lidingar skårar dårlegare på alle levekårsområde samanlikna med andre, og at 14 prosent har «særlig dårlige levekår». Det vil seie at ein relativt høg del skårar dårleg på alle levekårsområda⁵. Etter definisjonen i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser⁶ (heretter kalla nasjonal fagleg retningsline), har ca. 75 prosent av alle brukarar registrerte med rusmiddelproblem ei psykisk liding i tillegg.

Mange opplever dårleg livskvalitet, har problem med å klare seg i samfunnet, strevar med å handtere personleg økonomi og står i fare for å få alvorlege helseproblem. Dette er brukarar som ofte har behov for samansette tenester, samtidig som mange fell utanfor behandlings- og hjelpetiltak. Svikt i tenesteytinga og i samarbeidet mellom tenestene kan derfor få alvorlege konsekvensar for brukarane.

Eit oppsplitta og lite heilskapleg tenestetilbod

Kommunane står fritt til å velje korleis dei vil organisere eigne tenester, og gjer det på mange ulike måtar. I enkelte kommunar kan tenestene vere plasserte i fleire einingar i helse- og omsorgstenesta – éi eining for oppfølging av rusmiddelproblem, éi for psykisk helse og éi for tradisjonelle heimetenester. I tillegg kan kommunane ha ei eiga eining som tildeler tenester. I andre kommunar er oppfølginga av personar med rusmiddelproblem og psykiske problem lagd til den same eininga.

Vidare er tilbod som gjeld rusmiddelproblem, i mange kommunar plasserte på Nav-kontoret. Desse tenestene kan vere regulerte både av sosialtenestelova og av helse- og omsorgstenestelova. Somatiske helseproblem ligg innanfor ansvarsområdet til helse- og omsorgstenesta.

⁵ Tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene. Brukerplan – årsrapport 2017. Stavanger: Helse Stavanger, 2018.

⁶ Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. IS-1948. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.

⁷ I dei 88 rapportane inngår òg bydelar i Oslo og Bergen.

Eit kjent sviktområde, som òg blei løfta fram i risikovurderinga som blei gjennomført før tilsynet, er at samhandlinga mellom ulike tenesteytarar i kommunane er svak. Dette er særleg tydeleg i kommunar der tilbod for rusmiddelproblem og psykisk helse blir ytte av ulike einingar. Dei ulike instansane har ofte ikkje kompetanse på begge fagområda. Dei kjenner ikkje alltid til kvarandre sine tilbod, og dei tar ikkje det felles ansvaret dei har for samordna og integrert oppfølging. Det trengst at mange arbeider saman, men brukarane fell likevel lett imellom.

2.3 Om rapporten

I løpet av åra 2017 og 2018 har fylkesmennene gjennomført 95 tilsyn. Det vil seie at ca. kvar femte kommune i landet har hatt tilsyn. Denne oppsummeringsrapporten tek utgangspunkt i dei 88 rapportane⁷ som var publiserte på nettstaden til Helsetilsynet per 1. januar 2019. Sjølv om fylkesmennene har valt kommunar for tilsyn ut frå kunnskap om lokale forhold og risiko, er det grunn til å tru at ein kan gjere liknande funn også i kommunar som ikkje har hatt tilsyn. Dei typiske trekka i det biletet denne oppsummeringsrapporten teiknar, kan og bør bidra til nyttig kvalitets- og betringsarbeid i alle kommunane i landet.

I rapporten går vi gjennom dei områda der fylkesmennene har avdekt mest alvorleg svikt. Vi formidlar lovbrota som blei avdekte, og fakta (bevis) som var grunnlag for dei påviste lovbrota. Funn i form av fakta som ikkje underbyggjer lovbro, blir i liten grad omtalt. Fylkesmennene følgjer opp kommunane inntil lovbrota er retta opp, og enkelte kommunar har allereie retta opp svikt og manglar når denne rapporten blir publisert.

Lovbrot kan vere formulerte noko ulikt, og fakta som underbyggjer lovbrota, kan vere kategoriserte og grupperte på ulik måte i tilsynsrapportane til fylkesmennene. Vi har derfor ikkje dekning for å gi ei eksakt kvantitativ oppsummering av funn. Vi talfester ikkje lovbro og observasjonar under kvart enkelt tema, men brukar språklege mengdebeskrivningar. Vi oppgir òg prosentdelen kommunar med lovbro i forhold til dei 88 kommunane som utgjer grunnlaget for denne oppsummeringsrapporten.

Presentasjonen av funn i form av lovbro og observasjonar blir illustrert med sitat frå enkeltrapportane. Sitata viser dels kva som er typiske funn, dels funn som opptrer meir sjeldan, for å vise breidda.



3

Funn i tilsynet

Fylkesmannen påpeikte lovbroten i 61 av dei 88 tilsyna som Helsetilsynet har gjennomgått, det vil seie i sju av ti tilsyn.

I dette tilsynet der det avdekt alvorlige forhold, som kan få alvorlege konsekvensar for ei brukargruppe som ofte har vanskelege liv og stort behov for hjelp på mange livsområde. I mange kommunar er styringa svak og svakheitene i tenestetilbodet store.

At 27 av dei 88 kommunane ikkje fekk påvist lovbroten, viser at det fungerer bra mange stader. Det er møgleg å gi eit tenestetilbod som er forsvarleg. Fylkesmennene treff mange medarbeidrarar som gjer mykje bra arbeid, og som strekkjer seg langt. Kommunane som har gode og trygge tenester, har kompetente medarbeidrarar og ei leiing som følgjer med på arbeidet som blir gjort, og legg til rette for at tenestene som blir leverte, er forsvarlege.

3.1 Tenesteytinga var tilfeldig og lite planlagd

Svikt i tenesteytinga blei konstatert som grunnlag for lovbroten i seks av ti kommunar. Det var svikt på ulike område, det var variasjonar i kva som svikta, og variasjonar i kor stor svikta var.

Ved tilsynet undersøkte fylkesmennene om kommunen la til rette for, gjennomførte og følgde opp tenester retta mot brukaren sitt rusmiddelproblem, sin psykiske og somatiske helsesituasjon og brukaren sine tenester for å meistre å bu i eigen bustad.

3.1.1 Mangelfull kartlegging – utilstrekkeleg hjelp

«Det er journalført at brukerne får tjenester, men på grunn av mangelfull kartlegging er det vanskelig å vurdere om tjenestene er i henhold til brukers behov.»

For at den enkelte skal få nødvendige tenester som er tilpassa føresetnadene hans eller hennar, må situasjonen og behovet for tenester vere godt nok kartlagd. Personar med både rusmiddelproblem og psykiske lidingar vil ofte trenge tenester frå fleire einingar i kommunen. Det er derfor viktig at alle som er i kontakt med brukaren, også vurderer tenestebehov som går ut over det eininga sjølv har ansvar for å gi.

Når det i ein innleiande fase er avklart at ein brukar har rusmiddelproblem og psykiske lidingar, må kommunen undersøkje meir inngående kva den enkelte brukaren kan ha behov for av individuelt

tilpassa tenester. Denne oversikta bør utarbeidast på ein strukturert måte, eventuelt ved å bruke kartleggingsverktøy som er eigna for føremålet⁸. Kartlegginga må gi nødvendige opplysningar om rusmiddelproblemet til brukaren, som varigheit, omfang, endringar, type rusmiddel og ev. overdosehistorikk. Den må gi opplysningar om dei psykiske lidingane til brukaren, som varigheit, utvikling, alvor, typiske symptom og endringar. Den må også gi opplysningar om den somatiske helsetilstanden til brukaren. Det er òg nødvendig å ha kunnskap om ressursane til brukaren og om den sosiale situasjonen til brukaren (bustad og økonomi, familieforhold) og om eventuelle tilbod frå andre, for eksempel frå spesialisthelsetenesta. I tillegg er det viktig å få fram brukaren si eiga oppleving av korleis problema påverkar kvarandre, og kva følgjer dei får når det gjeld å fungere i kvardagen.

Opplysningane skal vere tilstrekkelege til å kunne utforme, gjennomføre og justere tenestetilboden, og dei må vere noterte ned, slik at alle som yter tenester, får nødvendig informasjon.

Lite systematisk og uklart kven som har ansvar for å kartlegge

Tilsynet til fylkesmennene har avdekt at sviktande kartleggingspraksis i mange av dei undersøkte kommunane har ført til at nødvendige og relevante opplysningar ikkje har blitt henta inn, eller ikkje var tilgjengelege for alle som treng dei for å utforme og utøve tenestene. Fylkesmannen har i mange av desse tilfella observert at kommunen ikkje har plassert ansvar for kva eining som skal kartleggje, kva som skal kartleggast, og korleis.

«Det er uklare ansvarslinjer mellom psykisk helse- og rustjeneste og tildelingskontoret. Det er uklart hvem som har ansvar for å kartlegge, hva som skal kartlegges, og hvilket kartleggingsverktøy som skal brukes.»

Behovet for oppfølging av den enkelte sitt rusmiddelproblem, si psykiske helse, somatiske helse og evne til å meistre å bu i eigen bustad var ikkje tilstrekkeleg kartlagt i fleire av dei undersøkte kommunane. Resultatet av manglande kartlegging førte til at enkelte brukarar ikkje fekk nødvendige tenester tilpassa sitt behov.

I fleire rapportar går det òg fram at tenesta brukte kartleggingsverktøy som ikkje fanga opp alle aktuelle problemstillingar. Kartleggingsverktøyet kunne ha spørsmål om bustaden var

⁸ For eksempel testar nemnde i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Kap. 6.5 og 6.6.

eigna eller ikkje eigna, men ikkje korleis brukaren meistra eller ikkje meistra å bu. Det kunne òg mangle spørsmål om vesentlege forhold, for eksempel om brukarane hadde mindreårige barn eller somatiske helseproblem.

«Det er utarbeidet et kartleggingsskjema for rus. Dette benyttes kun der det er identifisert at bruker har et rusproblem, og brukes som oftest sent i et forløp. I dette skjemaet er det ikke spørsmål knyttet til psykisk helse, økonomi (utover gjeld/rusgjeld) og boforhold. Under journalgjennomgang fant vi utfylt ruskartleggings-skjema på 1 av 20 pasienter.»

I fleire av kommunane fann fylkesmennene òg at dei tilsette brukte ulike kartleggingsskjema – også trass i tilrådingar frå leiinga. Når den enkelte tilsette skal vurdere både om og kva som skal kartleggast, er det stor risiko for at tenestetildelinga blir tilfeldig og lite heilskapleg.

Relevante opplysningar om brukarane var ikkje tilgjengelege

Skriftleg dokumentasjon sikrar brukaren sin rettstryggleik ved at arbeidet i saka kan bli overprøvd og kontrollert. Notering av opplysningar kan gjerast på ulike måtar, i journalnotat, referat, i vedtak med meir. For helse- og omsorgstenester er det krav om journalføring. Det er ikkje noko tilsvarende krav for sosiale tenester i Nav, men opplysningar som er viktige for saka, skal alltid vere skriftlege, anten i form av innhenta dokument eller noteringar i søknad eller andre saksdokument. Når nødvendig informasjon ikkje er skriven ned, blir det vanskeleg for andre tilsette å vite kva resultatet av kartlegginga var, og kva vurderingar som er gjort. Dette kan føre til at brukaren ikkje får nødvendige tenester. Det blir òg vanskeleg for leiinga å følgje med på tenestetytinga.

I enkelte kommunar var ikkje resultata av kartlegginga nedfelte i journal eller på annan måte, slik at dei var gjort tilgjengelege for samarbeidande personell som treng dei.

Fylkesmannen fann mellom anna journalar der det var svært knapp informasjon om somatiske problemstillingar som kroniske infeksjonar, hud- og blautvevsinfeksjonar, hepatitt og hiv samt lite systematisk informasjon om brukaren si psykiske helse og/

Om ikkje tenestetildelinga tek utgangspunkt i kunnskap om brukarane sin situasjon og behov, får dei ikkje forsvarleg hjelp.

eller rusmiddelproblem. Det var dermed vanskeleg for fylkesmannen å vurdere om det var henta inn nok informasjon:

«Ut ifra kartleggingen var det uklart hva slags bistandsbehov brukeren hadde.»

Om ikkje tenestetildelinga tek utgangspunkt i kunnskap om brukarane sin situasjon og behov, får dei ikkje forsvarleg hjelp.

3.1.2 *Hjelpa var lite planlagd og koordinert*

«Individuell plan (IP) som arbeidsverktøy brukes lite i kommunen [.....]. Avdeling for psykisk helse og rus dagdrift har ikkje teke i bruk tiltaksplan i Gerica. I dei gjennomgåtte sakene finst det heller ikkje andre planar der mål, tiltak, ansvarleg for gjennomføring av tiltak og evaluering kjem fram frå kommunen.»

Samarbeid og samordning mellom dei ulike aktørane som brukaren er i kontakt med, er nødvendig som eit ledd i å sørge for at tenestene er forsvarlege. Anten tenestene blir utførte av éi eller fleire einingar, er målet at brukarane skal oppleve at dei får eit samordna tenestetilbod etter ein plan.

Det må finnast ein overordna plan for at det skal vere mogleg å sikre samarbeidet på tvers av fagområde, einingar og nivå. Nav-kontoret og helse- og omsorgstenesta skal på eige initiativ vurdere om brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester treng ein individuell plan, og skal i så fall tilby dette.

Sjølv om brukarar har rett til det, er det ikkje alle som ønskjer individuell plan. I desse tilfella er det like fullt nødvendig å notere ned opplysningar som er relevante for samhandling og koordinering av tenestene, slik som mål, tiltak, plan for evaluering og plassering av ansvar for dei ulike oppgåvene. Aktuelle samarbeidspartar må trekkast inn i arbeidet med planen saman med brukaren.

Det er ofte òg behov for ein meir detaljert plan (oppfølgingsplan, tiltaksplan) for den løpende tenesteytinga. Definerte mål, tiltak og evalueringspunkt kan gi betre kontinuitet og mindre sprikande oppfølging av brukaren. Brukar må vere med på å utarbeide planen for at han skal bli godt nok individuelt tilpassa. Utan ein slik plan blir det for eksempel vanskeleg for nytilsette og vikarar å få oversikt over den enkelte sitt behov og kva oppgåver som skal utførast.

Fylkesmannen undersøkte om kommunen sørja for å vurdere behovet for ein slik overordna plan, og om det blei laga ved behov. Dei skulle òg undersøkje om den daglege tenesteytinga følgde ein plan. Fylkesmannen såg etter om slike planar blei noterte ned og var lett tilgjengelege i journal/mappe, og om dei innehaldt det dei skulle. Sjølv om krava til skriftlegheit ikkje er like strenge på dei ulike tenesteområda, er ikkje munnleg rapportering nok til å overføre kunnskap om brukarane og tenestene dei skal ha.

Då fylkesmannen gjekk gjennom journalar/mapper, fann dei få individuelle planar / overordna planar og oppfølgingsplanar, og om det fanst, var dei ofte «skrivebordsprodukt» og ikkje i bruk som aktive arbeidsverktøy. I dei tilfella det fanst planar, blei dei ikkje alltid evaluerte og justerte ved endringar i brukaren sin situasjon.

Fleire fylkesmenn fann at sentrale opplysningar var noterte ned i løpende journal, og det var nødvendig å lese mykje dokumentasjon for å få oversikt over situasjonen og tiltaka til brukarane. Dersom det ikkje finst planar eller dokumentasjonen er for därleg og/eller vanskeleg å finne, kan det føre til at tenestene som blir ytte, i stor grad blir opp til kva den enkelte tilsette meiner er best for brukaren. Dette går ut over kontinuiteten i tenesta.

«Oppfølging av pasienter/brukere i egen bolig (eid eller leid) blir i for stor grad avhengig av enkeltansatte på grunn av manglende planer og målsettinger for den enkelte pasient.»

Leiinga har ansvar for å beskrive og avgjere framgangsmåtar for å utarbeide ulike planar for tiltak og tenester til brukarane. I mange kommunar mangla det ein innarbeidd felles praksis for dette arbeidet. Vidare har leiinga ansvar for at det blir lagt til rette for at nødvendig dokumentasjon blir sikra med innarbeidd praksis, nødvendig kompetanse og eigna journalsystem. I fleire kommunar viste det seg at dette ikkje var på plass.

Gode planar er òg nødvendig for å fange opp endringar i brukarane sin situasjon og behov, og for å justere tenestene. I mange kommunar viste det seg at tenestene ikkje blei evaluerte.

«Vi fant at det ikke regelmessig gjøres en [...] gjennomgang og evaluering av tjenester, og at det heller ikke foreligger gode rutiner for å sikre evalueringen og justering av tjenestene i tråd med brukernes behov.»

I verste fall kan manglende samordning og manglende planar i tenesteytinga bidra til å forverre situasjonen til brukarane snarare enn å gjere han betre.

Det var eksempel på at ansvarsgruppe som tiltak blei brukt i enkelte deltenester for dei med individuell plan. I andre kommunar var det etablert ansvarsgrupper som erstatning for plan for samordning av tenestene. Ansvarsgrupper er ein viktig arena for samarbeid og koordinering av tilbodet til brukaren, men erstattar ikkje fullt ut det å ha planar noterte ned og tilgjengeleg.

I fleire kommunar svikta det både når det gjaldt å kartleggje situasjonen, ressursane og behova til brukarane, og å utarbeide overordna plan for samarbeidet rundt brukaren og plan for den daglege tenesteytinga. Tenestene blei òg i liten grad evaluerte og justerte. Det kan føre til at den faglege kvaliteten på tenestene ikkje blir god nok, og at dei ikkje blir individuelt tilpassa brukaren sine behov. I verste fall kan manglende samordning og manglende planar i tenesteytinga bidra til å forverre situasjonen til brukarane snarare enn å gjere han betre.

Støttesamtalar og skadereduserande tiltak

Ifølgje faglege tilrådingar er det viktig at brukarar får tilbod om systematisk kontakt over tid i form av samtalar. Slike samtalar blir frå fagleg hald ofte kalla støttesamtalar. Føremålet er å gi brukaren moglegheit til å arbeide med eigen motivasjon for å redusere rusmiddelmisbruket og å betre den psykiske helse-situasjonen samt den generelle livskvaliteten og funksjonen.

Mange kommunar såg ut til å ha tilbod om støttesamtalar, men både kvalitet og tilgjengeleghet varierte. Nokre kommunar hadde tilsette med kompetanse til å gi tilboden, og det var beskrive i vedtak, men det var ukjart kva innhaldet i støttesamtalane var. Andre kommunar hadde tilboden, men informerte ikkje brukarane om det. Det mangla òg dokumentasjon på mål og innhald i samtalane.

Det er ifølgje nasjonal fagleg retningsline viktig at personar som ikkje klarer å slutte med rusmiddel, får tilbod om hjelp til å redusere rusmiddelbruken eller til å bruke rusmiddel på ein måte som er mindre skadeleg. Skadereduserande tiltak kan for eksempel bidra til å redusere risikoen for alvorlege helseproblem som overdose, hiv-infeksjon, hepatitt og polynevropati (nerveskadar ved langvarig alkoholbruk).

Kommunen må sørge for at personellet som har jamleg kontakt med brukarar med injiserande rusmiddelmisbruk, har kunnskap om skadar den aktuelle rusmiddelbruken kan gi, slik at dei kan

tilby råd og rettleiing om skadereduserande tiltak. Andre enn kommunen sine tenesteytarar kan òg sikre slik rettleiing, for eksempel fastleggar, spesialisthelsetenesta, feltsjukepleia og andre lågterskeltilbod.

Tilsynet viste at det i enkelte kommunar blei gitt råd og rettleiing om skadereduserande tiltak, mens det i andre kommunar ikkje alltid blei gitt. Ved gjennomgang av 20 journalar i ein kommune var det ikkje dokumentert at nokon av brukarane hadde fått slik rettleiing. I ein annan kommune konstaterte fylkesmannen at det ikkje var gitt slik rettleiing, sjølv om dei hadde brukarar som injiserte rusmiddel, og som hadde hepatitt eller hadde hatt det.

Konsekvensane av at slik informasjon ikkje blir gitt, kan vere at personen held fram med å bruke rusmiddel på ein måte som er meir belastande for helsesituasjonen enn det som er nødvendig. Det kan gi dårligare helse, redusert livskvalitet og nedsett funksjonsevne.

3.1.3 Tiltak ved forverring og kriser ikkje alltid vurdert

«Journalgjennomgang og samtaler med ansatte bekrefter at kommunen ikke har en omforent praksis på å utforme planer, herunder tiltak og hvem som har ansvar for hva, ved akutt forverring eller kriser.»

Mange personar med samtidig rusmiddelproblem og psykisk liding har risiko for tilbakefall, akutt forverring og kriser. For dei vil det vere aktuelt å planleggje kva som skal gjerast om dette oppstår, noko som kan nedfellast i ein såkalla kriseplan. Kriseplanen skal utarbeidast saman med brukar og skal vanlegvis innehalde opplysningar om symptom på sjukdomsforverring og kriser, kva tiltak som skal setjast i gang, og kven som har ansvar for kva. Alle som kan bli involvert i slike situasjoner, skal kjenne til planen.

Under tilsynet blei det undersøkt om kommunen hadde ein innarbeidd praksis med å vurdere om det var behov for ein kriseplan. Dette er ei vurdering som bør gjerast både i startfasen og fortløpende.

Kriseplanar blei omtalte i rapportar frå tilsyn i nesten kvar tredje kommune. Det kom fram at det i enkelte kommunar mangla ein felles innarbeidd praksis for å vurdere faren for akutt forverring av situasjonen til brukaren samt behovet for å planleggje tiltak

Ein kriseplan kan gjere situasjonen meir føreseieleg og trygg for brukaren, ved at han eller ho då veit kven dei kan kontakte, og korleis slike hendingar skal handterast.

ved kriser. Det viste seg òg at det i enkelte kommunar ikkje fanst kriseplanar, eller i liten grad var laga planar. Mange av dei planane som faktisk fanst, var utarbeidde av spesialisthelsetenesta. Fylkesmannen fann òg eksempel på at det i journalar var omtalt risikoforhold og akutte kriser, utan at dei i dokumentasjonen kunne finne noko om at det var sett i gang tiltak.

«I 20 gjennomgåtte saker fant vi kun en kriseplan. Denne var utarbeidet av spesialisthelsetjenesten.»

Om det ikkje blir gjort noka systematisk risikovurdering og i dei tilfella det er nødvendig, utarbeidd tiltak til bruk ved akutte forverringar og kriser, kan det få alvorlege konsekvensar for brukaren. Ein kriseplan kan gjere situasjonen meir føreseieleg og trygg for brukaren, ved at han eller ho då veit kven dei kan kontakte, og korleis slike hendingar skal handterast. Dette kan førebyggje alvorleg forverring av den psykiske helsesituasjonen og/eller rusmiddelmisbruket til brukarane og bidra til å redusere behovet for innleggningar på sjukehus/DPS.

Fylkesmannen fann få kriseplanar ved dette tilsynet. Med tanke på utfordringane desse brukarane har, vil det truleg vere forholdsvis mange som har behov for ein kriseplan. Det er truleg mange brukarar med behov for kriseplan der dette ikkje er vurdert og sett i verk.

3.1.4 *Manglande merksemrd rundt den somatiske helsa til brukarane*

«Det foreligger ikke et system eller en etablert praksis for å håndtere eller å tilby nødvendig somatisk helsehjelp i den daglige tjenesteytingen. Det er imidlertid et nært samarbeid med fastlege i aktuelle saker, der primærkontakt gis ansvar for å vurdere oppfølging.»

Menneske med alvorlege psykiske lidingar og/eller rusmiddelproblem har ein forventa levealder som er 15–20 år kortare enn befolkninga elles. I tillegg til høgare førekomst av unaturleg død, er det og større dødelegheit på grunn av somatiske sjukdomar samanlikna med resten av befolkninga. Rusmiddelproblem, psykiske lidingar og somatiske sjukdomar bør sjåast i samanheng og behandlast under eitt. Behandling av somatiske helseproblem kan bidra til ei betring av ruslidinga og ha mykje å seie for livskvaliteten til personen, den psykiske lidinga og evna til å meistre vanskar.

Ved tilsynet blei det undersøkt om kommunane kartla dei somatiske helseproblema rusmiddelbrukarar er mest utsette for å få, og om desse blei følgde opp. Det blei undersøkt om dei kartla og eventuelt følgde opp situasjonen til brukarane når det gjaldt ernæring og tannhelse, hepatitt C, andre kroniske infeksjonar og hud- og blautvevsinfeksjonar.

Funn frå tilsynet gav generelt eit inntrykk av at kommunane i for liten grad retta merksemrd mot den somatiske helsesituasjonen. I om lag kvar fjerde kommune avdekte fylkesmannen svikt ved kartlegging og/eller oppfølging av somatiske helseforhold.

I nokre kommunar fann fylkesmannen at det ikkje var systematikk i eller nokon etablert praksis for kva som var nødvendig å hente inn av opplysningar om den somatiske helsa. I andre kommunar var det uklart kven som hadde ansvar for å kartleggje dette. Dokumentasjonen om somatiske helseforhold var mangelfull, ettersom det ikkje var opplysningar for eksempel om kven som var brukaren sin fastlege, om diagnosar eller legemiddellister. I tillegg fann fylkesmannen enkelte stader at sjølv om det var identifisert somatiske helseproblem, førte det ikkje alltid til at det blei sett i verk tiltak.

Eit anna funn var at det i enkelte kommunar ikkje var etablerte rutinar eller innarbeidd praksis for å handtere eller å tilby nødvendig somatisk helsehjelp i den daglege tenesteytinga. Det var i stor grad opp til den enkelte tenesteytaren å vurdere behovet.

«Tilsynet har imidlertid vist at det ikke foreligger systematisk kartlegging av somatiske helseproblemer, herunder kartlegging av ernæringsituasjon, tannhelse, hepatitt a, b og c, og hiv og hud og bløtdelsinfeksjoner. Det foreligger heller ingen etablerte rutiner/praksis for å håndtere eller å tilby nødvendig somatisk helsehjelp i den daglige tjenesteytingen.»

Mangelfull innhenting av opplysningar og oppfølging av somatiske helseforhold kan bidra til at brukarane ikkje får heilt nødvendige helsetenester for somatiske sjukdomar. Det kan føre til unødig forverring av sjukdomsforløp og generelt ein forverra helsesituasjon.

I fleire kommunar var det lite opplysningar i journalane om den ernæringsmessige situasjonen til brukarane. I enkelte rapportar kom det fram at det blei dokumentert at brukarar hadde problem med ernæring, utan at det var vurdert eller sett i verk nødvendige

**Mangefull innhenting
av opplysningar og
oppfølging av somatiske
helseforhold kan bidra
til at brukarane ikkje
får heilt nødvendige
helsetenester for
somatiske sjukdomar.
Det kan føre til unødig
forverring av sjukdoms-
forløp og generelt ein
forverra helsesituasjon.**

tiltak. Slike funn er alvorlege, ettersom det viser at personar i ernæringsmessig risiko ikkje fekk nødvendig fagleg oppfølging.

«Det er beskrive i journal at det ikkje føreligg ernæringsmessig risiko, eller at ernæringsmessig risiko ikkje er relevant. Tilsynsmyndigheten fann likevel opplysningar i fleire journalar der det kjem fram at pasienten er i ernæringsmessig risiko.»

Samarbeid med fastleger om somatisk helse

For at helse- og omsorgstenesta skal kunne gi forsvarlege helsetenester, er det viktig å vite kva kontakt brukaren har med fastlegen eller spesialisthelsetenesta, og om oppfølginga av somatiske helseproblem. I enkelte kommunar blei kontakten og samarbeidet med fastlegen beskriven som god, og det blei nemnt at tenesteytarane hjelpte brukarane dersom dei måtte kontakte eller oppsøkje lege. I nokre enkeltståande rapportar var det beskrive at det ikkje fanst opplysningar om fastlegen til brukaren i journalen, eller at opplysningsane var vanskeleg tilgjengelege. Enkelte kommunar hadde ikkje etablert praksis for å tilby nødvendig somatisk helsehjelp, og det var i stor grad opp til den enkelte tenesteytaren å sørge for kontakt med fastlege.

«Det fremgår av intervjuer at det formidles kontakt med fastlege hvis det dukker opp helseproblemer, men dette er ikke sporbart i journal.»

Samla viser funna at det i ein del kommunar er lite merksemd rundt somatiske helseforhold. Dei kartla og planla ikkje godt nok, og sette ikkje alltid i verk tiltak der helseproblemet til brukaren var kjent. Dette kan få alvorlege konsekvensar for dei personane det gjeld. Dei kan utvikle underernæring, alvorlege infeksjonar eller andre tilstandar utan at det blir fanga opp av tenesteapparatet.

3.1.5 Råd, rettleiing, praktisk hjelp og opplæring for å meistre å bu sviktar

Mange personar med samtidig rusmiddelproblem og psykisk liding har ein ustabil busituasjon. Utfordringane blir forsterka i overgangane mellom institusjonsopphald, fengsel og eigen bustad. Trass i at brukarane har utfordringar, er det òg mange som klarer å oppretthalde ein stabil busituasjon⁹. Både Nav-kontoret og helse- og omsorgstenesta har ansvar for å gi rettleiing og oppfølging som kan auke sjansen for at brukarane kan bu i bustaden og behalde han.

⁹ Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020). Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014.

Hjelp til å meistre å bu i eigen bustad kan bli gitt både som «opplysning, råd og veiledning¹⁰» som sosiale tenester og som «praktisk bistand og opplæring¹¹» fra helse- og omsorgstenester. I dette tilsynet har fylkesmannen undersøkt om desse tenestene har vore forsvarlege. Tilsynsrapportane til fylkesmennene viser at det er stor variasjon i korleis kommunane har organisert seg for å løyse oppgåvene.

Det er særleg viktig at kommunen har teke stilling til kva for einingar som skal løyse dei enkelte oppgåvene. Kommunen må òg sørge for at alle tilsette som har ansvar for å utføre tenester, er gjorde kjent med kva oppgåver dei har ansvar for. Dersom ansvar for oppgåver ikkje er klart plassert og kjent mellom einingane og blant dei tilsette som skal utføre tenestene, er det ein risiko for at tenesta ikkje blir gitt. Om brukarar med behov for hjelp til å meistre å bu ikkje får den hjelpa dei treng, kan dette i verste fall føre til at personen mistar bustaden. Tap av bustad er i seg sjølv svært alvorleg for personar med samtidig rusmiddelproblem og psykisk liding. Det å ikkje ha bustad kan føre til at både rusmiddelbruken og den somatiske og psykiske helsa blir forverra. Det er òg vanskeleg for kommunen å gi nødvendig hjelp når brukaren ikkje har ein stabil busituasjon.

Fylkesmennene konkluderte i fleire kommunar med at det ikkje var tydeleg for dei tilsette kven som hadde ansvar for å gi brukarane «opplysning, råd og veiledning» og praktisk hjelp for å mestre å bo. Dei fann òg eksempel på at brukarane fekk praktisk hjelp til reinhald og matlaging frå helse- og omsorgstenesta, men at dei ikkje fekk rettleiing og opplæring med sikte på at dei sjølv skulle bli i stand til å meistre kvardagen. Enkelte kommunar hadde inngått samarbeid med private aktørar om å gi praktisk hjelp. Det var ikkje alltid klart definert kven som skulle ha ansvar for dei forskjellige oppgåvene.

«Det er ikke avklart mellom de ulike tjenestene i kommunen, hvem som har ansvaret for å gi praktisk bistand og veiledning for å mestre å bo i egen bolig. Hjemmetjenesten gir tjenester i form av praktisk bistand, men ikke boveiledning i form av miljøterapeutisk oppfølging.»

Det var også ei svakheit i fleire kommunar at dei ikkje hadde nokon felles innarbeidd praksis for korleis tenestene for å mestre å bu skulle givast. Det var opp til den enkelte tilsette å vurdere både om brukaren hadde behov for rettleiing og praktisk hjelp,

¹⁰ Sosialtjenesteloven § 17.

¹¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.

Det å ikkje ha bustad kan føre til at både rusmiddelbruken og den somatiske og psykiske helsa blir forverra. Det er òg vanskeleg for kommunen å gi nødvendig hjelp når brukaren ikkje har ein stabil busituasjon.

og korleis hjelpa skulle utformast. Ulik praksis gir auka risiko for at brukaren ikkje får den hjelpa han/ho har behov for og rett til.

Fylkesmannen fann òg i fleire kommunar at brukarane ikkje fekk tilstrekkeleg informasjon om kva dei kunne søkje om av tenester. Det var einingar som hadde kontakt med brukarar, og som ikkje gav dei informasjon om kva tenester andre einingar i kommunen kunne tilby. Eit eksempel på dette var at helse- og omsorgstenesta ikkje gav brukaren informasjon om at Nav-kontoret kunne gi tenesta «opplysning, råd og veiledning».

Det var òg eksempel på Nav-kontor som hadde liten bevisstheit om plikta til å gi tenesta «opplysning, råd og veiledning». Dei gav ikkje brukarane informasjon om denne tenesta. For at brukarane skal få tilgang på tenester dei har behov for, er det ein føresetnad at kommunen opplyser om kva dei kan ha krav på.

Manglande felles praksis og manglande informasjon om tenestene gir stor risiko for at brukarar som treng tenester for å meistre å bu, ikkje får desse.

«Det er ikke dokumentert i noen av de gjennomgåtte sakene at det er gitt informasjon om tjenesten opplysning, råd og veiledning.»

Nav-kontoret avgrensar tilbodet om «opplysning, råd og veiledning»

Nav-kontoret har plikt til å gi tenester ut frå den enkelte sitt behov. Mange personar med samtidig rusmiddelproblem og psykisk liding har problem med å styre økonomien og har gjerne mykje gjeld. Når det gjeld rettleiing for å meistre å bu i eigen bustad, kan denne handle om alt frå enkle råd om korleis dei kan meistre kvardagen i bustaden, til omfattande økonomisk rådgiving. Råd og rettleiing ut frå dei individuelle behova til brukaren kan redusere risikoen for at brukaren mistar bustaden.

I fleire kommunar fann fylkesmannen Nav-kontor som avgrensa tenesta til berre å gjelde økonomisk rådgiving. Det blir for snevert om Nav-kontoret berre tilbyr økonomisk rådgiving og brukarane heller ikkje får dekt rettleatingsbehovet gjennom andre einingar i kommunen. Det er stor fare for at brukarane ikkje får dekt behovet for hjelp til å meistre å bu, og det er risiko for at brukarar med stort behov for ein stabil busituasjon mistar bustaden.

**Stabilitet og meis-
tring av busituasjonen
er avgjerande for å
kunne ta hand om
andre problem, som
rusmiddelbruk og
helseproblem.**

«Tjenesten opplysnings råd og veiledning ytes i hovedsak som økonomisk rådgivning.»

Dokumentasjonen av rettleiinga var mangefull

Det er viktig å skrive ned kva som er gjort, for at det skal bli kontinuitet i oppfølgingsarbeidet. Andre tilsette og leiarar kan få innsikt i kva som er gjort, og kva som er planlagt, dersom det for eksempel blir behov for å steppe inn ved fråvær. Skriftlegheit gjer det dessutan mogleg for brukaren å få innsyn i eiga sak og å vere med på å utforme tenestetilbodet.

I enkelte kommunar var det i liten grad notert i journal om det var gitt hjelp til å meistre å bu og hjelp til praktiske oppgåver i bustaden.

Fylkesmannen fann at det i fleire kommunar ikkje blei gjort vedtak om desse tenestene. Sjølv om det viktigaste er at tenestene faktisk blir gitt, fører manglande vedtak til at brukarane ikkje får moglegheit til å følgje med på kva som skal ytast av tenester. Dermed får dei heller ikkje moglegheit til å klage dersom dei er ueinige i innhaldet.

Når det verken er skrive ned om eller i kva omfang tenesta er gitt, og heller ikkje er gjort vedtak, er det ein risiko for at brukarane ikkje får den rettleiinga og hjelpa dei treng for å meistre å bu.

«Det foreligger ingen vedtak etter sosialtjenesteloven §17 til personer i målgruppen i gjennomgåtte saksmapper.»

«Det fattes som hovedregel ikke vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 nr. 6 bokstav a og b hos»

Når den enkelte brukaren ikkje får hjelp til å meistre utfordringane i kvardagen, som å ta vare på heimen sin, handle, lage mat og andre praktiske oppgåver, blir det vanskeleg å skape struktur og ein føreseileg kvardag. Stabilitet og meisstring av busituasjonen er avgjerande for å kunne ta hand om andre problem, som rusmiddelbruk og helseproblem.

3.2 Tenestene var for därleg samordna

Mangefull samordning av tenester blei konstatert som grunnlag for lovbro i ca. éin av tre av kommunane.

Eitt av hovudtemaa i tilsynet var om kommunen legg til rette for samarbeid mellom einingar i og utanfor kommunen for å sikre at brukarane får samordna tenester. Kommunane kan organisere seg som dei vil. Faren for svikt aukar når kommunar har organisert tenestene i fleire einingar. Dersom dei vel å organisere psykisk helseteneste og oppfølging av rusmiddelproblem i ulike einingar, må dei vurdere å setje i verk tiltak for å sikre at tenestetilboda likevel heng saman.

Menneske med samtidig rusmiddelproblem og psykiske lidingar treng svært ofte tenester frå fleire av einingane i kommunen samtidig, avhengig av korleis tilboda er organiserte, og kva utfordringar den enkelte har. Kommunen må òg legge til rette for samarbeid med andre tenester enn kommunen sine tenester. Dei mest aktuelle er fastlege og spesialisthelsetenesta. Dei einingane som følgjer opp den enkelte, må for eksempel vite kven som er fastlege, og bidra til å involvere fastlegen når tenestene skal planleggjast.

3.2.1 *Kven har ansvaret, og kven gjør kva?*

For at tenestene ikkje skal ytast tilfeldig, og for at dei som tek imot tenester, skal ha moglegheit til å ta stilling til kva dei blir tilbydde eller ikkje tilbydde, er det avgjerande at fordeling av ansvar og oppgåver mellom einingane er avklart og kjend for alle som yter tenester. I tillegg må kommunen ha avgjort og beskrive korleis samarbeidet mellom dei kommunale einingane skal skje, og leiinga må følgje med på at dette skjer slik det er bestemt.

I mange av kommunane som blei undersøkte i tilsynet, fann fylkesmannen at fleire ulike einingar yter tenester til desse brukarane, men at det kunne vere uklart korleis arbeidsfordelinga var mellom dei. I enkelte tilfelle var det ikkje klart definert kva einingar som hadde ansvar for å yte kva tenester, slik at også tilsette kunne vere usikre på kva oppgåver dei hadde.

Det var mangel på omforeint praksis for kvar oppgåver skulle vere forankra, mellom omsorgstenesta og sosialtenesta og mellom ruskonsulent tilsett i Nav og rus/psykisk helseteam i helse- og omsorgstenesta. Tilsvarande uklarheiter fanst òg mellom dei ulike einingane i helse- og omsorgstenesta.

Ein konsekvens av dette som er beskriven, er at viktige funksjonar ikkje var sikra. Det er eksempel i rapportane på at det ikkje var definert kven som hadde koordinatoransvar for tenester til brukarane,

I bortimot halvparten av rapportane som konstaterte lovbroten som gjaldt sviktande samordning og samarbeid, var mangelfull utveksling av nødvendig informasjon om brukarane blant observasjonane.

kven som hadde ansvar for å sikre individuelt tilpassa tenester for å meistre praktiske oppgåver i eigen heim, eller kva eining som hadde ansvar for å kartleggje dei somatiske helseforholda til brukarane. Ein fylkesmann rapporterte at det særleg var problem etter arbeidstid:

«Utenom kontortid (1530-0800) til tjenesten er det uklart hvem som skal følge opp pasientene med hensyn til medisinutdeling/-oppfølging, hvem som skal følge opp kriseplaner og hvem som har det overordnede ansvaret for oppfølging av enkeltpasienter.»

«Psykisk helse og TSB (rus/bustad) hadde faste møte ein gang per måned, der hovudansvar for oppfølging av brukarar med kombinasjonsproblematikk (ROP) blei fordelt. Det kom fram i intervju at i desse møta var det stadig diskusjon om roller og ansvarsforhold.»

Slike uklarheter går utover rettane til brukarane, og det får følgjer for samarbeidet mellom einingane.

3.2.2 Manglande informasjonsdeling på tvers av eininger

Det er nødvendig å ha tilgang til relevant informasjon om situasjonen, behova og tenestene til brukaren for å kunne yte forsvarlege tenester. Dette er eit kjernelement i samarbeidet. Dersom det ikkje er avklart kva dei ulike tenesteytarane treng å vite, og det ikkje er lagt til rette for deling av informasjon mellom einingar og tenesteytarar, gir det fare for svikt i tenesta.

I bortimot halvparten av rapportane som konstaterte lovbroten som gjaldt sviktande samordning og samarbeid, var mangelfull utveksling av nødvendig informasjon om brukarane blant observasjonane.

Vanlegvis skal pasienten ha gitt samtykke til utveksling av informasjon om personlege forhold. Det vil ofte vere nødvendig å gi tilrettelagd informasjon om kva eit samtykke inneber. Brukaren treng å vite kva samtykket har å seie for det konkrete føremålet, korleis det kan fungere til beste for brukaren, og kva konsekvensar det kan få dersom informasjon ikkje kan delast. Tenesta må òg følgje med på om brukaren på eit seinare tidspunkt endrar standpunkt, den eine eller den andre vegen. Det er litt andre krav dersom det skal gis *helsehjelp*. Da skal helsepersonell ha dei nødvendige og relevante opplysningane som dei treng, dersom pasienten ikkje aktivt motset seg det.

Eit funn som går att i fleire tilsyn, er at heimetenesta, som i mange tilfelle har mykje kontakt med brukarane, har lite kunnskap om rusmiddelproblema og dei psykiske lidingane deira.

I fleire rapportar går det fram at kommunane mangla gode nok rutinar for å innhente samtykke. Det er òg eksempel på at det mangla dokumentasjon på at det var innhenta samtykke, og/eller på at samtykke ikkje var gitt. I enkelte kommunar blei samtykke innhenta for planleggingsprosessar og søknader, men ikkje med tanke på informasjonsdeling i tenesteytinga. Ein annan mangel som er beskriven, er at det ikkje gjekk fram av samtykkeerklæringane kva tenester dei gjaldt for, eller for kor lang tid dei gjaldt. I enkelte tilfelle blei det avdekt at ein trudde at samtykke var innhenta av andre einingar, utan at dette var stadfesta.

Nokre fylkesmenn beskrev at det mangla forståing i kommunen for når og kvifor det er nødvendig med samtykke. Ein konsekvens kan bli at opplysningar ikkje blir delte, eller at det blir utveksla personopplysningar utan nødvendig samtykke.

Eit funn som går att i fleire tilsyn, er at heimetenesta, som i mange tilfelle har mykje kontakt med brukarane, har lite kunnskap om rusmiddelproblema og dei psykiske lidingane deira. I ein rapport heiter det for eksempel at heimetenesta ikkje fekk nødvendig informasjon frå psykisk helse- og rusteneste til å kunne yte forsvarlege tenester til desse brukarane. Det kom fram i desse rapportane at det ikkje var lagt til rette for nødvendig informasjonstilgang, som i dette eksempelet:

«Det er også vanskelig å finne nødvendig informasjon for å sikre forsvarlig oppfølging av hele helse- og omsorgstjenesten i journalsystemet. Dette gjelder bl.a. informasjon om kriseplaner, medisinedringer og oppfølging av viktige somatiske problemstillinger.»

Manglande tilrettelegging kjem òg til uttrykk gjennom at informasjon ikkje går motsett veg, som i dette eksempelet:

«Observasjonar av heimesjukepleia om pågåande rus vert ikkje [...] gitt vidare til psykiatritenesta.»

Mangelfull tilrettelegging for informasjonsutveksling kan føre til brot i kontinuiteten. Dersom det ikkje er gitt samtykke frå brukar, ikkje er gitt nødvendige tilgangar til journalsystem eller ikkje er avklart kven som treng å vite kva, blir det tilfeldig kva slags kunnskap den enkelte tenesta har om brukaren og om tenestetilbodet elles. Resultatet kan bli eit oppstykka tilbod og at brukarane ikkje får forsvarlege tenester.

Når det i tenestene manglar kompetanse om begge problemområda og den enkelte eininga som yter tenester, ikkje kan gi eit samla tilbod, trengst det samarbeidsstrukturar som kan bidra til heilskap og til eit individuelt tilpassa tilbod.

3.2.3 Lause samarbeidsstrukturar

«Brukere fordeles mellom team for henholdsvis psykisk helse og rusbehandling etter hvilken problematikk som er fremtredende. Fokuset er i stor grad på enten rus eller psykisk helse, og ikke begge.»

Når det i tenestene manglar kompetanse om begge problemområda og den enkelte eininga som yter tenester, ikkje kan gi eit samla tilbod, trengst det samarbeidsstrukturar som kan bidra til heilskap og til eit individuelt tilpassa tilbod. Innarbeidd felles praksis er saman med regelmessige samarbeidsmøte tiltak for å sikre at alle tenesteytande einingar gjennomfører tenester som planlagt.

Mange rapportar omtaler at det mangla ein fast møtestruktur for å sikre samarbeid. Fylkesmannen fekk oppgitt at det var møte ved behov, men utan at det var avtalt verken kor ofte møta skulle haldast, eller kva som var dagsorden.

I andre tilfelle avdekte fylkesmannen at det ikkje var samarbeidsmøte mellom for eksempel tenesta for psykisk helse og heimetenesta eller mellom rusteam og psykisk helseteam, og at det heller ikkje var lagt til rette for strukturert samarbeid på leiarnivå mellom for eksempel psykisk helse- og rusteneste, heimesjukepleia og Nav.

«Ledelsen ved rus og psykisk helsetjeneste, hjemmesykepleien og Nav har ikke faste møter på ledelsesnivå. Tjenesteytelsen er således i stor grad styrt av den enkelte ansatte, og er ikke tilstrekkelig planlagt.»

Frå tilsyn i andre kommunar går det fram at rutinar mellom ulike tenesteytande einingar anten ikkje finst, at dei er utilstrekkelege, eller at dei ikkje er innarbeidde i praksis. Leiarar ved Nav-kontoret og helse- og omsorgstenesta har ikkje forankra og fordelt ansvar for korleis samhandlinga mellom dei ulike tenestene skal skje.

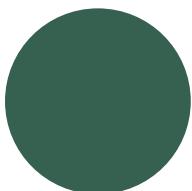
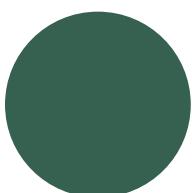
«Rusteamet var ein satellitt i kommunen utan styringsliner for samarbeid. Nav-leiar hadde ikkje rutinar eller kontrolltiltak på rustteamet sitt ansvarsområde.»

I fleire av kommunane der fylkesmannen oppdaga at det ikkje var fastlagt korleis samarbeidet skulle skje, blei det likevel rapportert at det på sakshandsamarnivå kunne vere enkelt å ta kontakt, og at det var samarbeid frå sak til sak. Når samarbeidet i stor grad er

avhengig av enkeltpersonar, er det sårbart, og det er fare for at brukarane ikkje får nødvendig hjelp.

Det var òg eksempel på mangefull tilgjengelegheit som barriere for samarbeid. Frå éin kommune blei det formidla at det var vanskeleg for avdeling psykisk helse og rus å få tak i dei tilsette i Nav. Dette var kjent for leiinga i kommunen, men det var likevel ikkje sett i verk tiltak for å betre situasjonen.

Fylkesmennene skulle òg undersøkje samarbeidet kommunen hadde med spesialisthelsetenesta. Det kjem fram at fleire kommunar samarbeider med spesialisthelsetenesta i samråd med brukaren når det er behov for det. I nokre enkeltrapportar kjem det fram at kommunen ikkje har regelmessig samarbeid utan at det er relatert til enkeltpasientar.





4



Kan betre styring og oversikt gi betre teneste?

Korleis tar leiinga hand om det overordna ansvaret?

Kravet til leiing, organisering og styring er eit viktig element i ansvaret kommunen har for å tilby og yte forsvarlege tenester. Det inneber å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda, slik at omfanget av og innhaldet i tenestene er i samsvar med lov og forskrift.

I mange rapportar står det at leiinga i kommunen ikkje har sikra ansvaret for systematisk styring og leiing, for eksempel ved at leiarar på ulike nivå ikkje var tett nok på til å kunne følgje med på om tenesteytinga heldt god nok kvalitet.

Systematisk styring skal sørge for at ansvar, oppgåver og myndigkeit er klart fordelt, at tilsette har tilstrekkeleg kunnskap og kompetanse til å utføre oppgåvene sine, har oversikt over område i verksemda der det er risiko for svikt, behov for kvalitetsbetring eller mangel på etterleving av krav frå styresmaktene, handtering av avvik og systematisk kvalitetsbetring av tenestene. Brukarar, pårørande og tilsette skal involverast i betringsarbeidet.

Uklar plassering av ansvar for tenestene

Leiinga i kommunen skal sørge for at dei forskjellige einingane i kommunen veit kva oppgåver dei har ansvar for. Leiinga skal òg sørge for at den enkelte tilsette veit kven som har ansvar for kva oppgåver. Brukarar i målgruppa for tilsynet har som regel behov for samansette tenester frå fleire einingar i kommunen. Når ansvaret ikkje er klart plassert, er det stor risiko for at tenestene ikkje blir gitt.

I dette tilsynet fann fylkesmannen at det i mange kommunar ikkje var nok klar ansvarsfordeling. Det var heller ikkje kjent blant alle tilsette korleis oppgåvefordelinga var. Fylkesmannen fann òg konkrete eksempel på at nødvendige tenester, for eksempel «opplysning, råd og veiledning» og «praktisk bistand og opplæring» for å meistre å bu, ikkje blei gitt.

Ikkje alltid rutinar eller innarbeidd praksis

Det er eit leiaransvar å sørge for rutinar eller innarbeidd praksis på sentrale område av tenesteytinga. Fylkesmannen fann at mange kommunar ikkje hadde dette på dei undersøkte områda, eller at rutinane ikkje alltid var kjende eller blei brukte av dei tilsette. Leiinga følgde ikkje alltid med på korleis praksisen var, og fanga dermed ikkje opp dersom rutinar eller innarbeidd praksis ikkje fungerte som forventa.

Det er eit viktig leiaransvar å sikre at dei tilsette har den kompetansen som er nødvendig for å møte behova til brukarane. Manglande kunnskap og kompetanse kan gi svikt i ulike fasar av tenesteytinga.

Manglande kompetansestyring

Det er eit viktig leiaransvar å sikre at dei tilsette har den kompetansen som er nødvendig for å møte behova til brukarane. Manglande kunnskap og kompetanse kan gi svikt i ulike fasar av tenesteytinga. Dårleg kompetanse på korleis ein skal gjere ei god undersøking eller kartleggje behova og ressursane til brukaren, kan føre til at resultatet blir ufullstendig eller feilaktig. Mangelfull kompetanse og innsikt i dei særskilte behova som brukarar med rusmiddelproblem og psykisk lidning kan ha, gir risiko for at tenesteutøvinga ikkje held nødvendig kvalitet. Dei tilsette må òg ha god tryggleik om kva dei sjølve har ansvar for å yte, og om kva tenester andre einingar i kommunen skal gi.

Fylkesmannen fann kommunar utan systematiske tilbod om opplæring av dei tilsette. Enkelte av dei tilsette opplyste at dei ikkje hadde fått opplæring i korleis dei skulle kartleggje rusproblem, psykisk helse og/eller somatisk helse som ernæringsmessig status og tannhelse.

«Ledelsen har ikke sikret at de ansatte har fått opplæring i hvordan de oppretter tiltaksplaner eller hvordan de kartlegger rusmiddelproblem og psykisk lidelse. Dette gjelder både i psykisk helse- og rustjeneste og i Nav.»

Enkelte kommunar hadde ikkje oversikt over kva kompetanse dei tilsette hadde, og/eller kva dei eventuelt hadde behov for av auka kompetanse. Fylkesmannen fann at enkelte kommunar hadde planar om å kartleggje kompetansebehov og kompetanseutviklings-tiltak, men ikkje hadde sett i gang med arbeidet. Eitt eksempel var at kommunen var klar over at det var auka kompetansebehov, men ikkje tok tak i det.

«Det er mangelfull kompetanse på rusmiddelproblemer. Dette gjenspeiles ikke i gjeldende kompetanseplan for 2018.»

Rettsperspektivet må sikrast

Fleire kommunar ser ut til å mangle kunnskap om at oppfølging av rusmiddelproblemet og den psykiske og somatiske helsa er rettar som brukaren har, og som kommunen er forplikta til å gi ved behov. Under tilsynet blei det gjort funn som kan tyde på at kommunen ikkje oppfylte desse lovpålagde pliktene. Det blir i enkelte kommunar oppgitt at det ikkje er tilstrekkeleg kapasitet

For at medverknaden skal vere reell, må brukaren få fortløpande informasjon som er tilpassa føresetnadene hans eller hennar.

til å gi enkelte tenester, for eksempel oppfølging for å meistre å bu i bustaden. Når manglende kapasitet blir oppgitt som grunn til ikkje å gi ei lovpålagd teneste, må kommunen fange dette opp gjennom styringssystemet og rette opp forholdet ved å tilpasse tenesta på ein måte som sikrar at brukarane får nødvendige tenester.

Sjølv om det sentrale er at tenestene faktisk blir gitt, er vedtak om tenester ein rettstryggleiksgaranti. Vedtak gir brukaren innsyn i kva han eller ho kan forvente av tenester, og klagerett dersom han eller ho ikkje er fornøgd med omfanget. Leiinga kan òg betre følgje med på om tenesta blir gitt, og på kva måte. I fleire kommunar fann fylkesmannen at det ikkje blei gjort vedtak om tenestene. I enkelte kommunar blei det opplyst at tenesta blei ytt, utan at det var gjort vedtak. I andre kommunar blei det verken gjort vedtak eller gitt tenester.

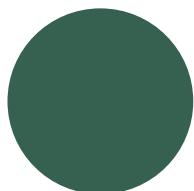
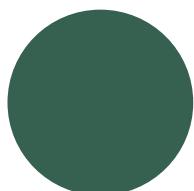
Brukaranes medverknad må sikrast betre

Brukarmedverknad er eit sentralt prinsipp i helse- og omsorgstenesta og sosiale tenester og er ein føresetnad for forsvarleg tenesteyting. Den enkelte brukaren er den som best kjenner til eigne ressursar og behov. Brukaren skal involverast i val og vurderingar gjennom heile forløpet. Både sosialtenestelova og helse- og omsorgstenestelova har føresegner som pålegg kommunane å involvere brukarar i utforminga av tenestene. For at medverknaden skal vere reell, må brukaren få fortløpande informasjon som er tilpassa føresetnadene hans eller hennar.

Fylkesmennene har ikkje konkludert med stor grad av svikt på dette området. I nokre rapportar går det fram at brukarar sine ønskjer og behov blei lytta til og var førande for korleis tenestetilbodet blei utforma. Dei var med på å bestemme mål og tiltak ved utforming av planar. Dette kom fram både i samtalar med tenestemottakarane og tilsette, og det gjekk fram av journalar. I andre rapportar har fylkesmannen påpeikt at brukarmedverknad ikkje blei sikra. Eksempel på det er at ressursane til brukaren ikkje blei kartlagde, at dokumentasjonen ikkje inneheldt opplysningar om kva brukaren sjølv ønskte å oppnå, og at tiltak ikkje blei evaluerte saman med brukaren.

Det er eit hovudinntrykk at kommunane har eit potensial for forbeting med omsyn til å sikra brukaranes medverknad i eigne tenester. Medverknad er til dømes ikkje mogeleg dersom ikkje

brukaren er tilstrekkeleg informert om retten til medverknad, om retten til tenestetilbod eller om at kommunen skal yte individtilpassa tenester. Det er eit leiaransvar å leggje til rette for at brukarane får medverke.



5



Kva no?

Dei fleste tilsynsrapportane gir fyldige beskrivingar av fakta som underbyggjer svikt og lovbrot, og formidlar mindre frå tilsyn der tenestene fungerer og det ikkje var lovbrot. Men det er unnatak. Dette eksempelet frå tilsyn i ein kommune viser at det er mogleg gjennom god styring å gi eit systematisk og heilskapleg tilbod til denne brukargruppa, sjølv om det også her er rom for betringar:

«Kommunen har klart definert kva einingar som har ansvar for å yte dei ulike tenestene til brukargruppa. Det er kjent kven som er fastlegen til brukaren, det er journalført i avdeling for psykisk helse, rus og avhengigheit. Det kom fram i intervju med brukarar og tilsette at kommunen har samarbeidsmøte med fastlege og spesialisthelseteneste.»

«Det er etablert faste samarbeidsmøte internt i kommunen, der helse-, omsorgs- og sosialtenester blir samordna. Kommunen har ein samarbeidsavtale mellom Nav og avdeling for psykisk helse, rus og avhengigheit og referat frå samarbeidsmøte er dokumentert i (brukaren sin) journal.»

«Nav har rutinar for å utarbeide aktivitetsplanar. Nav har i tillegg rutinar for å tilby og peike ut koordinator og individuell plan, men ingen av dei brukarane fylkesmannen såg journalane til, hadde individuell plan eller tilsvarende for å samordne tenester. Det blir gitt opplæring, men leiinga sikrar ikkje at rutinane for individuell plan og koordinator blir følgde.»

«2 av 14 brukarar hadde koordinator, men alle hadde primærkontakt. I praksis er det primærkontakten som samordnar tenestene.»

«Overordna målsetting går fram av vedtak og tiltaksplanar.»

5.1 Kva for nokre forventningar har Statens helsetilsyn?

Leiinga i kommunen

Fylkesmannen følgjer opp alle dei kommunane der det blei avdekt lovbrot, inntil fylkesmannen er rimeleg sikker på at tiltak som er sette i verk, sikrar at tenestene er i tråd med regelverket samt faglege normer for god og forsvarleg praksis.

Dette tilsynet har synleggjort nokre viktige utfordringar for leiinga i kommunane. For at den øvste leiinga i kommunen skal kunne vite om brukarane får dei tenestene dei har behov for, og med

god kvalitet, må leiinga følgje med og aktivt spørje kva som eventuelt ikkje fungerer som planlagt.

Dersom kommunen har valt å organisere tenestene i ulike einingar eller «søyler», stiller dette særlege krav til at ansvar og oppgåver er tydeleg forankra og kjent, og til at det er eit systematisk samarbeid, for å sikre at tenestene blir ytte på ein samordna og heilskapleg måte. Det stiller òg krav til planmessigheit og styring og til tydeleg leiing på alle nivå.

Det er særleg ei utfordring for kommunane å sørge for tilstrekkeleg og rett kompetanse i tenestene. Leiinga i kommunen må derfor heile tida vurdere kva slags kompetanse som trengst for å kunne gi fagleg forsvarlege tenester, og gjennom rekruttering og opp-læring sikre nødvendig fagkompetanse og leiarkompetanse på alle nivå.

Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet

For å få eit solid grunnlag for å kunne velje problemstillingar for tilsynet gjorde Statens helsetilsyn i 2015 ei risikovurdering av tenesteområdet. Sjå Rapport fra Helsetilsynet 3/2016. Føremålet var å få oversikt over utfordringane, identifisere tilfella der det er størst fare for svikt, og kva svikta består i. Det punktet som blei rangert som mest risikoutsett i kommunane, var at desse brukarane ikkje får tilpassa bustad og tilpassa tenester i bustaden. Fagpanelet peikte på at det å få tilpassa bustad ikkje berre gjeld å skaffe bustad til dei som er bustadlause. Brukarane kan ha bustad, men bustaden er gjerne ikkje tilpassa behova deira. Enkelte av brukarane har nedsett buevne og må derfor ha tenester for å meistre busituasjonen og kvardagen. Dersom det sviktar i buoppfølginga, kan det føre til at personen mistar bustaden, og dette kan gi svært uheldige konsekvensar for personar i sårbare situasjonar. Dette er ein viktig bakgrunn for temaet i tilsynet omtalt som «hjelp til å mestre å bo».

Men det å få tilpassa bustad omfattar òg det å ha *ein varig butilbod*. Ein tilfredsstillande busituasjon skaper føreseielege rammer og er ein føresetnad for at den enkelte skal kunne ta imot og nyttiggjere seg helsehjelp, skaffe eller stå i arbeid, halde ved like sosiale relasjoner og delta i aktivitetar og i samfunnet.

Sosialtenestelova § 27 forpliktar kommunen til å finne eit mellombels butilbod til dei som ikkje klarer det sjølv. Etter sosialteneste-

lova § 15 og helse- og omsorgstenestelova § 3-7 skal kommunen medverke til å skaffe bustad til vanskelegstilte personar som ikkje sjølv klarer å ta vare på interessene sine på bustadmarknaden. Slik lovverket er i dag, har kommunen inga plikt til å skaffe varig bustad til vanskelegstilte. Sjølv om behov for tilpassa bustad blei vurdert som eit viktig tema, måtte vi gi slepp på problemstillinga om kommunen sine forpliktingar til å skaffe varig bustad i dette tilsynet, på grunn av manglande heimel i lov.

Ein stabil busituasjon er heilt grunnleggjande, og i dei fleste tilfella også eit nødvendig vilkår for at den enkelte skal kunne ta imot og ha nytte av helsehjelp og annan støtte. Statens helse-tilsyn vil derfor be om at departementa vurderer å lovfeste retten til varig bustad for vanskelegstilte.

Ei anna utfordring er at det ikkje er mogleg å føre tilsyn med sosiale tenester i Nav etter sosialtenestelova § 15 om plikta til å medverke til å skaffe bustad, ettersom det ikkje er gitt heimel til å føre tilsyn med denne føresegna. Helsetilsynet ber departementet om å vurdere å utvide tilsynsheimelen til å gjelde heile sosialtenestelova, slik at ikkje manglande tilsynsheimel legg grenser for kva det kan førast tilsyn med.

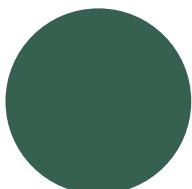
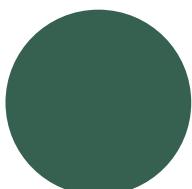
Arbeids- og velferdsdirektoratet

Ei problemstilling som har blitt aktuell mellom anna gjennom fylkesmennene sine intervju med brukarar og tilsette ved einingar utanfor Nav, er at Nav er vanskeleg tilgjengeleg. Kanalstrategien til Nav legg opp til at brukarane i hovudsak må kontakte Nav digitalt eller via kontaktssenteret til Nav. Dette kan i seg sjølv representere ei hindring for dei som verken har tilgang til PC eller mobiltelefon som fungerer. Kanalstrategien til Nav tilseier òg at samtaler på Nav-kontoret skal vere avtalte på førehand. Enkelte personar med rusproblem og psykiske lidingar har vanskar med å rette seg etter avtalar, og i tillegg kan det oppstå akutte situasjonar der det ikkje er mogleg å avtale tid på førehand. Vi oppfattar at det kan gå ut over rettane til brukarane dersom Nav ikkje har lagt til rette for god tilgjengeleghet for dei som ikkje er i stand til eller ikkje har sjansen til å bruke digitale løysingar og planlagde avtalar. Vi oppmodar Arbeids- og velferdsdirektoratet til å leggje betre til rette for at sosiale tenester i Nav er tilgjengelege for alle som treng hjelp frå Nav. Forsvarleg tilgjengeleghet til sosiale tenester i Nav er òg tema for eit planlagt landsomfattande tilsyn i 2020.

Helsedirektoratet

Personar med samtidige rusmiddelproblem og psykisk liding får i stor grad dekt behova sine for hjelp og oppfølging i kommunane. Det er kommunen som står for kontinuitet og heilskap i tenestetilbodet, også samtidig med eventuelle tilbod og oppfølging frå andre, for eksempel spesialisthelsetenesta.

Vi ber derfor Helsedirektoratet i det framtidige arbeidet med nasjonale faglege retningslinjer, «pakkeforløp», rettleiarar, rundskriv og anna materiell om å vere tydelege på kva brukarane kan forvente av kommunane, og slik at spesialisthelsetenesta og kommunane skaper tilbod som heng saman.



6 :

Gjennomføring av tilsynet

Fylkesmennene har gjennomført tilsyn i til saman 95 kommunar og bydelar i løpet av 2017 og 2018. Kommunane og bydelane er mellom anna valde ut på grunnlag av den kunnskapen fylkesmennene hadde om risiko og andre lokale forhold i eige fylke.

Tilsynet blei gjennomført som systemrevisjon etter ein rettleiar utarbeidd av Statens helsetilsyn¹². Systemrevisjon eignar seg godt til å undersøke om kommunane har tilstrekkelege styringsaktivitetar, som dei er pålagde å ha etter regelverket om internkontroll, til å sikre at det faglege arbeidet er underlagt styring, og at tenestene blir drivne forsvarleg.

Under ein systemrevisjon innhentar tilsynsstyresmaktene opplysningar frå fleire kjelder for å beskrive praksis og faktiske forhold ved verksemda. Dei viktigaste kjeldene for tilsynet var kommunen sine interne dokument om styring (prosedyrar, rutinar, sjekklistar, kartleggingsverktøy), resultatdokument (for eksempel møtereferat, journalar, rapportar og vedtak) og intervju med leiarar, tilsette og brukarar.

Etter at fylkesmennene har klarlagt korleis forhold og praksis ved den aktuelle verksemda er, blir tenestene og styringa av tenestekvaliteten vurdert opp mot krav som er fastsette ut frå føresegner i helse- og omsorgstenestelova, pasientrettslova og sosialtenestelova, regelverk avleidd av dette og av gjeldande faglege normer for god og forsvarleg praksis.

Fylkesmennene utarbeidde ein rapport til kommunen etter kvart tilsyn. Denne blei send til øvste administrative leiar. Alle rapportane frå systemrevisjonane blir etter kvart sende til Statens helsetilsyn og er tilgjengelege på www.helsetilsynet.no.

Fylkesmannen følgjer opp kommunane i dei tilfella det blir konkludert med at tenestene ikkje er i samsvar med regelverket (lovbrot). Saman med rapport frå tilsynet ber fylkesmannen om tilbakemelding frå kommunen på kva tiltak dei vil setje i verk for å rette opp lovbrot, og korleis leiinga vil følgje med på at tenestene er innanfor regelverket både på kort og lengre sikt. Kommunane blir følgde opp til fylkesmannen er trygg på at tiltaka som er sette i verk, er i tråd med regelverket og faglege normer for god og forsvarleg praksis.

¹² Veileder for landsomfattende tilsyn 2017 og 2018 med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse. Internserien 2/2017. Oslo: Statens helsetilsyn, 2017.

Brukantar som informantar i tilsynet

I dette tilsynet skulle fylkesmennene intervju fire til seks brukarar i kvart tilsyn. Føremålet med intervjeta var å få fram brukarane sine erfaringar med tenestene og om dei opplevde å bli involverte i planlegginga og gjennomføringa av tenestene. I dei 88 tilsynsrapportane Helsetilsynet har gått gjennom, går det fram at nesten 400 brukarar har blitt intervjeta. Brukarane som blei intervjeta, gav uttrykk for at dei var fornøgde med å bidra, og dei tykte det var positivt at fylkesmannen var interessert i å høre om erfaringane deira.

Statens helsetilsyn har samla fylkesmannen sine erfaringar. Dei fleste seier at dei fekk nyttige opplysningar i intervjeta, som dei følgde opp då dei skulle innhente meir informasjon. Eksempel på tema som blei følgde opp vidare, var tilgjengeleightil sosiale tenester i Nav, uklar plassering av ansvar for å søkje om rusbehandling, manglende kriseplanar og individuell plan samt oppfølging av somatiske helseproblem.

Ein fylkesmann sa at mange brukarar fortalte at det var utfordrande å komme i kontakt med Nav, spesielt etter våren 2017 då fleire Nav-kontor begrensa sine opningstider som ledd i kanalstrategien i Nav. Brukarane opplevde at dei ofte måtte ha med ein støtteperson frå ei anna eining i kommunen for å få tilgang til Nav. Ein annan fylkesmann opplyste at brukarane opplevde at dei sosiale tenestene i Nav, med opningstider og elektronisk kommunikasjon, var vanskeleg tilgjengelege.

Sjølv om fylkesmennene har erfart at dei har brukt mykje tid og ressursar på å planleggje og gjennomføre brukarintervjeta i dette tilsynet, meiner dei at det er viktig og nødvendig å snakke med brukarane når dei fører tilsyn med kommunane. Erfaringane til brukarane gir fylkesmannen ei meir heilskapleg forståing av korleis tenestene fungerer i praksis.

Brukarinvolvering i tilsynsarbeidet er under utvikling. I tida framover vil Statens helsetilsyn i samarbeid med brukarrådet i Helsetilsynet og fylkesmennene arbeide for økt brukarinvolvering i tilsyn, for å bidra til at tenestene blir betre.



Vedlegg 1: Aktuelt regelverk

Lover (korttitlar i parentes)

Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven – hol)

Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl)

Lov av 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven – sotjl)

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven – hpl)

Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven – fvl)

Forskrifter

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten)

Forskrift 19. november 2010 nr. 1463 om internkontroll for kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen (forskrift om internkontroll i kommunalt NAV)

Forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (forskrift om habilitering og rehabilitering)

Forskrift 19. november 2010 nr. 1462 om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen (forskrift om individuell plan i NAV)

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal (uformelt kortnavn journalforskriften)

Forskrift 16. desember 2011 nr. 1393 om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (forskrift om helsepersonellovens anvendelse)



Vedlegg 2: Oversikt over kommunar og bydelar med tilsyn

Embete	Kommunar/bydelar rapport teken imot før 01.01.2019 Tal: 88	Kommunar/bydelar rapport teken imot etter 01.01.2019¹ Tal: 7
Østfold	Rakkestad, Eidsberg	Halden
Oslo og Akershus	Frogner, Skedsmo, Vestre Aker, Østensjø, Gjerdrum, Fet, Søndre Nordstrand, Gamle Oslo	Eidsvoll
Hedmark	Ringsaker, Stange, Elverum, Sør-Odal, Kongsvinger, Grue	
Oppland	Lunner, Sel, Nord-Aurdal, Nord-Fron, Nordre Land	
Buskerud	Modum, Kongsberg, Ringerike, Lier	
Vestfold	Tønsberg, Sandefjord, Horten, Larvik	
Telemark	Hjartdal, Sauherad, Nome, Drangedal, Bamble	Tokke
Aust- og Vest-Agder	Tvedstrand, Åmli, Grimstad, Froland, Lyngdal, Birkenes, Lindesnes, Kvinesdal, Evje og Hornnes	Kristiansand
Rogaland	Karmøy, Sola, Eigersund, Strand, Haugesund, Sandnes	

¹ Tilsynsrapportar som er tekne imot etter 01.01.2019, er ikkje med i datagrunnlag til oppsummeringsrapporten.

Embete	Kommunar/bydelar rapport teken imot før 01.01.2019 Tal: 88	Kommunar/bydelar rapport teken imot etter 01.01.2019 Tal: 7
Hordaland	Austevoll, Kvam herad, Stord, Sveio, Os, Fjell, Odda, Lindås, Bømlo, Voss	
Sogn og Fjordane	Aurland, Bremanger, Høyanger, Naustdal, Årdal, Gloppen	
Møre og Romsdal	Herøy, Sykkylven, Giske, Surnadal, Rauma	
Trøndelag	Namsos, Malvik	Steinkjer, Røros, Vikna
Nordland	Fauske, Bodø, Narvik, Rana, Vefsn, Sortland	
Troms	Skjervøy, Harstad, Balsfjord, Lenvik, Kvæfjord	
Finnmark	Vadsø, Alta, Hammerfest, Sør-Varanger	



Samisk og engelsk samandrag





**Ovttahttin váilu.
Riikaviidosaš bearráigeahču 2017–2018 suohkanlaš
bálvalusain olbmuide geain oktanis lea gárrendilleváttis-
vuhta ja psyhkalaš gillámuš – čoahkkáigeassoraporta.**

Dearvvašvuodageahču raporttas 6/2019

Stáhta dearvvašvuodabearráigeahču čadahii riikaviidosaš bearráigeahču dáinna fáttain 2017:s ja 2018:s. Buot fylkkamánnit galge čadahit bearráigeahču ja dat galggai siskkildit sihke spesialista-dearvvašvuodabálvalusaid, suohkanlaš dearvvašvuoda- ja fuolla-bálvalusaid ja sosiála bálvalusaid. Dát raporta čoahkkáigeassá bearráigeahču suohkanlaš bálvalusain rávisolbmuide geain oktanis lea gárrendilleváttisvuhta ja psyhkalaš gillámuš.

Fylkkamánnit gávdne láhkarihkumiid guovtti goalmádasoasis suohkaniin maid sii iske.

Muhtun gávdnosat ledje dakkáratgo ahte bálvalusdoaibma lei soaittáhagas ja unnán plánejuvvon, ja ahte bálvalusat ledje unnán ovttastahttojuvvon. Ollu suohkaniin eai iskan geavaheddjiid dili vai ožžot ollislaš gova das makkár hástalusat ja resurssat sis leat. Ollu báikiin ledje bálvalusat unnán plánejuvvon. Eai biddjon mihtut dehe johtui doaimmat, ja doaimmaid árvvoštalle hárvenaččat. Biddjui nai beare unnán fuomášupmi geavaheddjiid somáhtalaš dearvvašvuodadillái ja ledje váilevašvuodat dan dáfus ahte oažžut yeahki nagodit orrut iežas ásodagas, viesus.

Goalmádasoasis suohkaniin gávdne váilevaš ovttastahtima bálvalusain. Várra ahte juoga ii doaimma, lassána go olbmot oktanis dárbašit bálvalusaid eanet ovttadagain suohkanis ja suohkana olggobelde. Gárrendilleváttisvuodat ja psyhkalaš gillámušat gullet dávjá oktii. Olbmot geat rahčet goappaš váttis-vuodaiguin, gártet rašes dillái jus bálvalusfálaldagas lea váilevaš ollislašvuhta. Geavaheddjiide sáhttá váilevaš ollislaš kárten, unnán plánejuvvon bálvalusdoaibma ja váilevaš ovttastahttin baicca vearáskahtit dili, dan sadjái go buoridit dan.



Lack of coordination.

Summary report of countrywide supervision in 2017–2018 of municipal services for people with both an addiction problem and mental health disorders

Summary of Report of the Norwegian Board of Health Supervision 6/2019

In 2017–2018, the Norwegian Board of Health Supervision carried out countrywide supervision of these services. All the Offices of the County Governors were involved in this supervision, which included both hospital services, municipal health and care services, and social services. This report provides a summary of supervision of municipal services for adults with concurrent addiction problems and mental health disorders.

The Offices of the County Governors found breaches of the legislation in two-thirds of the municipalities they investigated.

Service provision was found to be left to chance with little planning, and the services were not well coordinated. In many municipalities, the situation of the clients was not investigated in order to gain an overall picture of the challenges the clients faced, and the resources they had. In several places, there was little planning of service provision. Goals were not defined or measures were not implemented. Measures that were implemented were often not evaluated. Little attention was given to clients' somatic health status. Clients were often not given adequate help to tackle their daily life.

Lack of coordination of services was identified in about one third of municipalities. The risk of something going wrong increases when people need services from several units and services at the same time. Addiction problems and mental health disorders are often closely linked. Thus clients with both these problems are vulnerable when the services they are offered are not coordinated. Lack of a complete assessment, poorly planned provision of services and lack of coordination can make their situation worse rather than better.

Alle utgivelser i Rapport fra Helsetilsynet finnes i fulltekst med sammendrag på engelsk og samisk på www.helsetilsynet.no

Videre lesning på www.helsetilsynet.no

[Et stykke igjen til likeverdige tjenester. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse.](#)
Rapport fra Helsetilsynet 5/2019

[Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblem – eller samtidig ruslidelse.](#)
Rapport fra Helsetilsynet 7/2019

[Tilsynsrapporter som inngår i dette landsomfattende tilsynet](#), menyen Tilsyn

[Veileder for landsomfattende tilsyn 2017 og 2018 med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse.](#) Internserien 2/2017

[Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.](#)
Rapport fra Helsetilsynet 3/2016

Rapport fra Helsetilsynet 6/2019

Det heng därleg saman. Landsomfattande tilsyn i 2017–2018 med kommunale tjenester til personar med samtidig rusproblem og psykisk liding – oppsummeringsrapport

Mai 2019

Design: Kitchen

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)
ISBN: 978-82-93595-23-6 (elektronisk)
ISBN: 978-82-93595-24-3 (trykket)

Denne rapporten finnes på Helsetilsynets nettsted

www.helsetilsynet.no

Statens helsetilsyn
Postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo
T: 21 52 99 00
E: postmottak@helsetilsynet.no

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles
funn og erfaring fra klagebehandling og
tilsyn med sosiale tjenester, barnevern- og
helse- og omsorgstjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn.
Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på
www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Rapport fra Helsetilsynet 6/2019

Det heng därleg saman. Landsomfattande tilsyn i 2017–2018 med kommunale tenester til personar med samtidig rusproblem og psykisk liding – oppsummeringsrapport

Statens helsetilsyn gjennomførte landsomfattande tilsyn med dette temaet i 2017 og 2018. Tilsynet skulle gjennomførast av alle fylkesmenn og omfatte både spesialisthelsetenester, kommunale helse- og omsorgstenester og sosiale tenester. Denne rapporten er ei oppsummering av tilsynet med kommunale tenester til vaksne personar med samtidig rusmiddelproblem og psykisk liding.

Fylkesmennene fant lovbro i to tredelar av dei undersøkte kommunane.

Nokre av funna var at tenesteytinga var tilfeldig og lite planlagd, og at tenestene var lite samordna. I mange kommunar blei ikkje situasjonen til brukarane undersøkt for å få eit heilskapleg bilet på kva utfordringar og ressursar dei hadde. Tenestene blei fleire stader i tillegg ytt lite planmessig. Det blei ikkje sett mål eller sett i verk tiltak, og tiltaka blei sjeldan evaluerte. Det vart også funne for liten merksemd mot den somatiske helsesituasjonen til brukarane og svikt når det gjeld hjelp med å mestre å bo.

I ein tredel av kommunane blei det påvist mangelfull samordning av tenester. Faren for at noko skal svikte, aukar når personar har behov for tenester frå fleire einingar i og utanfor kommunen samtidig. Rusmiddelproblem og psykiske lidingar heng ofte tett saman. Personar som slit med begge problema, er derfor sårbare for manglande heilskap i tenestetilbodet. For brukaren kan resultatet av mangelen på heilskapleg kartlegging, lite planmessig tenesteyting og mangelfull samordning bidra til å forverre situasjonen snarare enn å betre han.