

FORVALTNINGSREVISJON FOR KONTROLLUTVALGET I GRIMSTAD KOMMUNE

ORGANISERING OG PRIORITERINGER INNEN RUS- OG PSYKISK HELSEVERN

AUST-AGDER REVISJON IKS, OKTOBER 2021

1.	INNLEDNING	1
1.1	INNLEDNING, BAKGRUNN OG FORMÅL	1
1.2	PROBLEMSTILLINGER.....	2
2.	METODISK GJENNOMFØRING	3
	Dokumentanalyse	3
	Intervjuer	3
	Mappegjennomgang	3
	Spørreundersøkelse	4
	Validitet og reliabilitet.....	4
3.	PROBLEMSTILLINGER	6
3.1	ORGANISERING OG BRUKERINVOLVERING	6
3.1.1	<i>Revisjonskriterier</i>	6
	Organisering og samarbeid	6
	Brukerinvolvering.....	6
3.1.2	<i>Organisering av enhet for psykisk helse og rus</i>	9
	Sosialambulerende team	10
	Forebygging og rehabilitering	11
	Den nye enheten.....	12
	Arbeid etter tilsyn gjennomført av Statsforvalter	13
3.1.3	<i>Samarbeid med interne og eksterne instanser</i>	14
	Tjenestekontoret.....	14
	NAV	16
	Fastlege	17
	Spesialisthelsetjenesten.....	18
	Andre samarbeidspartnere	18
	Samarbeidsrutine og bruk av journalsystem.....	19
3.1.4	<i>Brukerinvolvering</i>	22
	Sjekkliste 4	23
	Samtykkeerklæring	24
	Individuell plan	25
	Brukerorganisasjoner og brukerråd	28
	Pårørende- og brukerundersøkelse.....	28
3.1.5	<i>Revisors vurderinger</i>	30
3.2	RESSURSBRUK OG KOMPETANSE	32
3.2.1	<i>Revisjonskriterier</i>	32
	Bruk av ressurser.....	32
	Sykefravær	33
	Kompetanse	33
3.2.2	<i>Økonomistyring</i>	34
	KOSTRA	35
	Rolle- og ansvarsfordeling - økonomi.....	36
	Tilskudd og refusjoner.....	36
	Informasjon til de ansatte - økonomi	37
3.2.3	<i>Personalressurser</i>	38
	Fordeling av ressurser	39

Sykefravær	40
3.2.4 Kompetanse.....	42
KOSTRA	45
3.2.5 Revisors vurderinger.....	46
4. REVISJONENS AVSLUTTENDE KONKLUSJON OG ANBEFALINGER.....	48
4.1 KONKLUSJON.....	50
4.2 ANBEFALINGER	51
4.3 KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR.....	52
5. LITTERATUR.....	52
6. VEDLEGG	54
<i>VEDLEGG 1 – Intervjuguide.....</i>	<i>54</i>
<i>VEDLEGG 2 – Sjekkliste</i>	<i>58</i>
<i>VEDLEGG 3 – Spørreundersøkelse</i>	<i>60</i>

Problemstillinger

1. Er tjenestetilbudet organisert på en måte som i henhold til lovkrav sikrer helhetlig forebygging, behandling og ettervern og tilstrekkelig grad av brukerinvolvering på individ og systemnivå?
2. Sikrer Grimstad kommunes tilbud innen rus- og psykisk helsevern hensiktsmessige prioriteringer ved forvaltning av ressurser, med fokus på økonomistyring, bemanning og kompetanse?

Revisjonskriterier

- Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom ulike interne og eksterne deltjenester.
- Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener.
- Det skal utarbeides individuell plan i henhold til krav for innhold for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
- Det skal etableres et system for å innhente erfaringer fra brukere og pårørende.
- Det skal sikres god økonomistyring og optimal produktivitet i kommunens enheter.
- Kommunen plikter å følge krav til styringssystem; plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og koordinere.
- Medarbeidere i virksomheten skal ha nødvendig kunnskap og kompetanse i aktuelt fagfelt.

Revisors vurderinger

- Etter revisjonens vurdering medfører den nye organiseringen av enheten at brukere med samtidige rus- og psykiske helseutfordringer får en mer helhetlig oppfølging, der enheten i det store bildet har etablert gode samarbeidsarenaer, både med interne og eksterne instanser. På tross av dette, vurderer revisjonen at den nye organiseringen har ført til at samarbeidet i brukeroverganger mellom Familiesenteret og enhet for psykisk helse og rus er svekket.
- Når det gjelder brukerinvolvering vurderer revisjonen at enheten har tilstrekkelige systemer i form av rutiner, maler og sjekklister for å sikre at brukerinvolvering på individnivå ivaretas, men der rutinene og sjekklistene ikke systematisk nok følges opp i møte med den enkelte bruker. Revisjonen anser det imidlertid som positivt at enheten har etablert et system for internkontroll som et ledd i utbedringen av dette. Enheten har etter revisjonens vurdering også iverksatt hensiktsmessige tiltak for å sikre brukermedvirkning på systemnivå.
- Revisjonen vurderer at enhet for psykisk helse og rus ivaretar kommunale fellesinteresser gjennom god økonomistyring. Enheten har siden sin opprettelse 1. januar 2019 hatt et regnskap i tråd med vedtatt budsjett, der man etter revisjonens vurdering har gjort flere faglige vurderinger for å tilstrebe at dette overholdes. Etter revisjonens vurdering er imidlertid ikke de ansatte i tilstrekkelig grad informert om enhetens økonomiske situasjon.
- Etter revisjonens vurdering har enheten iverksatt tiltak for å sikre nødvendig kunnskap om og kompetanse innen det aktuelle fagfeltet, i henhold til det som fremgår av lovverk. Vurderingen støttes opp av svar fra spørreundersøkelsen, der de ansatte i hovedsak viser til å inneha nødvendig kompetanse innen tjenestenes fagområder.

Revisjonen anbefaler:

- Revisjonen anbefaler at det arbeides med å styrke samarbeidet mellom enheten og Familiesenteret slik at brukere av tjenestetilbud innen psykisk helse sikres gode brukeroverganger.
- Revisjonen anbefaler at tjenestene sikrer at brukerinvolvering i møte med den enkelte bruker utføres i henhold til det som fremgår av enhetens rutiner og sjekklister.
- Revisjonen anbefaler at de ansatte sikres informasjon om enhetens og avdelingenes økonomiske situasjon.

1. INNLEDNING

1.1 INNLEDNING, BAKGRUNN OG FORMÅL

Grimstad kommune har etter helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for å gi innbyggere i kommunen nødvendige helse- og omsorgstjenester, noe som innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lov og forskrift¹. Kommunens overordnede målsetting er ifølge kommunelovens § 1 rasjonell og effektiv forvaltning av de kommunale og fylkeskommunale fellesinteresser, noe som fordrer god økonomistyring og optimal produktivitet i kommunens enheter², herunder enhet for psykisk helse og rus. Kommunens ansvar innenfor området omfattes for øvrig av en rekke andre lover og forskrifter, blant annet knyttet til pasient- og brukerrettigheter, lov om helsepersonell samt ledelse og særlovgivning om kvalitet i tjenestene.

Enhet for psykisk helse og rus i Grimstad kommune ble opprettet 1. januar 2019, ved at faggrupper fra de tre enhetene sosialtjenesten, helsetjenesten og hjemmetjenester ble organisert inn i felles enhet, underlagt helse- og omsorgssektoren. Enheten hadde per april 2021 57,4 årsverk, hvor tre av disse inngikk i ledergruppen bestående av enhetsleder og to avdelingsledere. Enheten er delt i de to avdelingene; Sosialambulerende team og Forebygging og rehabilitering, og disse har igjen et bredt spekter av tjenestetilbud underlagt seg, der det tilbys tjenester fra lavterskelnivå til oppfølging i heldøgnsbemannede leiligheter. Totalt hadde enheten per mai 2021 i underkant av 400 brukere i kommunen.

Statsforvalter gjennomførte i 2019 en evaluering av tjenestetilbudet til brukere av rus- og psykisk helsevern i kommunen, hvor det blant annet ble undersøkt om kommunen har et system som sikrer samarbeid mellom tjenestene, samt brukers rett til å medvirke. Daværende tilsynsobjekt var de kommunale tjenestene som ble gitt på Ekelunden, som den senere tid har blitt avviklet, med overføring av brukerne til Vossgate. Av tilsynet fremgikk blant annet at det manglet samordnede planer til brukere med behov for dette, og at det var for stor usikkerhet omkring samordning av tjenestene.

I revisjonens risiko- og vesentlighetsvurdering (2020-2023) peker enheten seg ut med en høy risiko, blant annet sett opp mot tall fra KOSTRA, der rus og psykisk helse i Grimstad kommune har høyere netto driftsutgifter per innbygger enn sammenlignbare kommuner, og en lavere andel videreutdannede. I enhetens årsmelding tillegges kompetanseutvikling innen tjenesten stor oppmerksomhet, og det beskrives som et viktig område for kommunen å jobbe systematisk og planmessig med fremover.

¹ LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)

² LOV-1992-09-25-107 Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Som følge av enhetens nylig gjennomgåtte omorganisering, og med bakgrunn i funn fra statsforvalters tilsyn, og revisjonens risiko- og vesentlighetsvurdering (2020-2023), ble prosjektet organisering og prioriteringer innen rus- og psykisk helsevern bestilt av kontrollutvalget 18.03.2021 (sak 11/21).

Formålet med dette forvaltningsrevisjonsprosjektet er å gjennomføre en evaluering av Grimstad kommunes organisering og prioriteringer innenfor tjenesteområdet. Dette vil gjennomføres gjennom to problemstillinger. Problemstilling 1 vil ta for seg den nye organiseringen av enheten, der brukerinvolvering og enhetens samarbeid med interne og eksterne tjenester for å sikre helhetlig forebygging, behandling og ettervern tillegges vekt. Som følge av at enheten har et omfattende spekter av tjenestetilbud, med kontinuerlige krav både av hensyn til økonomi så vel som effektivitet, vil prosjektet i andre problemstilling ta for seg enhetens prioriteringer ved forvaltning av ressurser, med fokus på økonomistyring, bemanning og kompetanse.

Revisjonens funn og anbefalinger er utledet gjennom grundig metodisk gjennomføring av både dokumentanalyse, intervjuer og spørreundersøkelse, vurdert opp mot rapportens revisjonskriterier. Prosjektet er for øvrig gjennomført etter gjeldende standard for forvaltningsrevisjon, RSK001.

1.2 PROBLEMSTILLINGER

Kontrollutvalget vedtok gjennom prosjektplan 18.03.2021 (sak 11/21) følgende problemstillinger:

- 1) Er tjenestetilbudet organisert på en måte som i henhold til lovkrav sikrer helhetlig forebygging, behandling og ettervern og tilstrekkelig grad av brukerinvolvering på individ og systemnivå?*
- 2) Sikrer Grimstad kommunes tilbud innen rus- og psykisk helsevern hensiktsmessige prioriteringer ved forvaltning av ressurser, med fokus på økonomistyring, bemanning og kompetanse?*

2. METODISK GJENNOMFØRING

Prosjektets metodiske fremgangsmåte baserer seg på en sammensatt datainnsamling gjennom kvalitative og kvantitative undersøkelser, mappegjennomgang av et utplukk av kommunens brukere på Vossgate, samt en dokumentanalyse av kommunens rutiner og veiledninger relevant for enheten. Denne sammensetningen av flere metodiske undersøkelser reduserer faren for unyansert informasjon og sikrer en bred belysning av problemstillingene. Arbeidet med forvaltningsrevisjonen har i hovedsak foregått i perioden mai 2021 – september 2021, gjennomført av forvaltningsrevisorer Marlene Kvåle og Stine Norrøne Ask, med Kristian Fjellheim Bakke som ansvarlig forvaltningsrevisor.

Dokumentanalyse

Revisjonen har som en viktig del av datagrunnlaget, foretatt en dokumentanalyse av ulike kilder knyttet til enheten. Kommunen ved enhetsleder har forelagt revisjonen en rekke rutinebeskrivelser, planer, lokale avtaler og organisatoriske oversikter knyttet til prosjektet, som har vært nyttige bidrag for revisjonens helhetsforståelse, vurderinger og konklusjoner. Det er for øvrig også anvendt planer og andre styringsdokumenter, hentet fra kommunens hjemmesider.

Intervjuer

For å danne et mest mulig deskriptivt bilde av Grimstad kommunes tjenestetilbud innen psykisk helse og rus, ble det gjennomført flere intervjuer underveis i prosessen med innhenting av data. I første omgang ble det avholdt oppstartsmøte der enhetsleder og begge enhetens to avdelingsledere deltok. Ved senere anledning ble alle de tre informantene intervjuet hver for seg. Intervjuene ble avholdt etter semistrukturert intervjuguide, bygd opp rundt en felles utarbeidet intervjuguide for alle informantene. Det ble etter avtale med de involverte skrevet referat fra alle intervjuene, som i ettertid ble sendt de respektive informantene for faktaverifisering. Intervjuguide følger av vedlegg 1.

For å få et representativt bilde av enhetens samarbeid med interne og eksterne tjenesteytere, ba revisjonen avdelingslederne om en oversikt over kontaktpersoner brukt til samarbeid for de ulike tjenestene. Tjenesteyterne som ble kontaktet var Tjenestekontoret, NAV, kommuneoverlege, Barneverntjenesten og Familiesenteret. Det ble sendt ut spørsmål til tjenesteyterne per e-post, og alle instansene responderte på revisjonens henvendelse.

Mappegjennomgang

For å på best mulig måte kunne undersøke hvorvidt enhet for psykisk helse og rus i Grimstad kommune har organisert tjenestetilbudet på en måte som i henhold til lovkrav sikrer tilstrekkelig grad av brukerinvolvering på individ og systemnivå, ba revisjonen om tilgang til saksbehandlingssystem for en gjennomgang av brukere på Vossgates elektroniske pasientjournal (EPJ), Geric. Av avdelingsleders oversendte data fra mai 2021, hadde Vossgate/Miljøtjenesten totalt 68 brukere. Revisjonen foretok et systematisk utplukk på en tredjedel (N=22) av disse brukerne.

Revisjonen utarbeidet i forkant av mappegjennomgangen en sjekklister basert på de lovkrav som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven, forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, samt enhetens interne rutiner i forbindelse med utfylling av sjekklister 4 og rutine for samhandling. Sjekklister følger av vedlegg 2.

Spørreundersøkelse

For å få større innsikt i de ansattes opplevelser og synspunkter, valgte revisjonen å gjennomføre en spørreundersøkelse blant alle ansatte på enhet for psykisk helse og rus. Enhetens ledelse er ikke inkludert som respondenter i spørreundersøkelsen, men ble i forkant av utsendelse orientert om dette, med oppfordring om å informere de ansatte om pågående prosjekt. Revisjonen har tatt utgangspunkt i oversikt som de to avdelingslederne har oversendt med liste over alle ansattes e-poster, og tar derfor forbehold om potensielle feil eller mangler i den oversendte listen. Undersøkelsen ble gjennomført i august 2021.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til totalt 55 respondenter. Av utvalget var det totalt 21 respondenter som svarte på hele undersøkelsen, hvilket innebærer en svarprosent på totalt 38 prosent. 3 respondenter gjennomførte kun deler av undersøkelsen. Spørreundersøkelsen ble for øvrig distribuert gjennom SurveyXact, som revisjonen også anvendte i sin analyse av datagrunnlaget knyttet til spørreundersøkelsen. Spørreundersøkelsen følger av vedlegg 3.

Validitet og reliabilitet

Vurderingen av det metodiske arbeidets validitet og reliabilitet, handler om å belyse dataenes troverdighet og gyldighet. Validiteten handler om hvorvidt de innsamlede dataene er aktuelle for å besvare problemstillingene, og om revisjonens funn er autoritative og representative i forhold til fenomenet som er undersøkt. Dokumentene som er analysert for å gi et bedre grunnlag for konklusjonene har vært offentlig tilgjengelig dokumenter, eller dokumenter som er forelagt revisjonen direkte av kommunen.

I forbindelse med intervjuprosessen har dialogen vært forankret gjennom en felles intervjuguide for alle informantene. Dette har vært et viktig verktøy for å kunne se tendenser på tvers av intervjuobjektene og sikre en godt forankret analyseprosess. Validiteten styrkes ved at datamateriale fra alle fysiske intervjuer er faktaverifisert av den enkelte informant. En slik faktaverifisering gir mindre rom for potensielle fallgruver ved subjektiv tolkning av dataene. Kommunedirektør har i tillegg ved prosjektets ferdigstilling fått rapporten til høring. Uttalelsen fra kommunedirektør ligger vedlagt.

Spørreundersøkelsens svarprosent på 38 % er etter revisjonens vurdering en representativ oppslutning med hensyn til intensjonen om å få løftet frem de ansattes synspunkter. Andelen utgjorde 21 respondenter, med en jevn spredning fra de to avdelingene og deres respektive tjenester. Metodiske svakheter ved et slikt datasett kan være at ansatte med negative erfaringer har større interesse av å svare på undersøkelsen. Alle variablene er derfor ikke direkte overførbare og generaliserbare. Bryter man derimot opp undersøkelsen i antall respondenter, får en likevel frem synspunkter og erfaringer til nærmere halvparten av alle ansatte ved enhet for psykisk helse og rus i Grimstad kommune. Det gir videre en anledning

til å se korrelasjoner mellom variabler, sett opp mot data som fremkom av intervjuer. Datasettenes validitet styrkes også ved at revisjonen har hatt anledning til å sette resultatene fra de ansatte opp mot det bildet som er presentert av enhetsleder og avdelingsledere gjennom intervjuer.

Reliabilitetsvurderingen omhandler hvorvidt de innsamlede dataene er pålitelige, og om dataene er gjenstand for etterprøvbarhet. Rapporten har både på detaljert og overordnet nivå vært gjenstand for intern og ekstern kvalitetskontroll. Gjennomgående i rapportens arbeid har flere forvaltningsrevisorer vært involvert i prosessen, og den metodiske innsamlingen av data har vært grundig forankret og kvalitetssikret internt. Dette har bidratt til et godt fundament for dataenes reliabilitet.

3. PROBLEMSTILLINGER

3.1 ORGANISERING OG BRUKERINVOLVERING

- 1) *Er tjenestetilbudet organisert på en måte som i henhold til lovkrav sikrer helhetlig forebygging, behandling og ettervern og tilstrekkelig grad av brukerinvolvering på individ og systemnivå?*

3.1.1 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er de krav, normer og standarder som utgjør grunnlaget for de vurderinger objektet skal måles opp mot og i forhold til. I følgende delkapittel vil det presenteres de krav og normer som stilles til organisering, samarbeid og brukerinvolvering innen rus- og psykisk helsevern i kommunehelsetjenesten.

Organisering og samarbeid

I henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, skal kommunen tilrettelegge for tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. For å sikre dette er kommunen pliktige i å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester internt i kommunen, samt å samarbeide med fylkeskommunen, regionale helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet i størst mulig grad fremstår som en samlet enhet³. Videre er kommunen, i henhold til forskrift om fastlegeordningen § 8, pliktige i å legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene⁴. Som innhold i samarbeidet mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten, fremgår det av helse- og omsorgstjenesteloven blant annet et krav om at det skal utarbeides samarbeidsavtale mellom kommune og helseforetak.⁵

Brukerinvolvering

Brukerens rett til medvirkning og informasjon blir beskrevet i kapittel 3 i pasient og brukerrettighetsloven, der det fremgår at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig

³ LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (Helse- og omsorgstjenesteloven)

⁴ FOR-2012-08-29-842 Forskrift om fastlegeordning i kommunene

⁵ LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (Helse- og omsorgstjenesteloven)

utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud.⁶

Av Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2, fremgår det at det skal utarbeides individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Kommunen skal ved et slikt behov sørge for at individuell plan utformes dersom bruker ønsker dette. Videre fremgår det av § 19 i forskrift om habilitering og rehabilitering at den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker, der planen skal inneholde følgende hovedpunkter.⁷

- 1) En oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester
- 2) En oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- 3) En angivelse av hvem som er koordinator
- 4) En oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet
- 5) En oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse
- 6) En beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- 7) En angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- 8) Pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- 9) En oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater

Kommunen skal i henhold til § 7-3 i helse og omsorgstjenesteloven ha en koordinerende enhet med overordnet ansvar for arbeidet med brukernes individuelle planer.

Av Helse og omsorgstjenesteloven § 3-10, andre ledd, fremgår det at kommunen skal sørge for at en virksomhet som yter helse og omsorgstjenester omfattet av loven, skal etablere et system for å innhente erfaringer og synspunkter fra pasienter og brukere. Dette tydeliggjøres i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8, der kommunens plikt til å evaluere virksomhetens aktiviteter på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørende sine erfaringer blir presisert. I veilederen til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene fremgår det at det er viktig å ta utgangspunkt i brukere og pårørendes behov og vurderinger når tjenester skal evalueres og utvikles. Hvordan virksomheten vurderes av pasienter, brukere og pårørende gir viktig informasjon om utfordringer og hvilke områder som det eventuelt må jobbes med for å bedre kvaliteten samt pasient- og brukersikkerheten.

⁶ LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)

⁷ FOR-2011-12-16-1256 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering)

Øverste leder har ansvaret for å sikre at pasienter, brukere og pårørende blir involvert i evalueringen av virksomheten, og ledelsen må systematisk gjennomgå og drøfte resultatene. I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 skal kommunen sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.⁸

Av Pasient- og brukerrettighetsloven fremgår det av kapittel 4 at helsehjelp bare skal gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke⁹. Av helsepersonelloven fremgår det at med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger om helsehjelpen gis til samarbeidende personell, når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp¹⁰

Oppsummert vil revisjonen ta utgangspunkt i følgende kriterier:

- Kommunen skal tilrettelegge slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. For å sikre dette er kommunen pliktige i å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester internt i kommunen, samt med fastlegene og spesialisthelsetjenesten.
- Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud.
- Det skal utarbeides en individuell plan for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester dersom bruker ønsker dette, og kommunen skal ha en koordinerende enhet med overordnet ansvar for arbeidet med individuelle planer.
- Det skal etableres et system for å innhente erfaringer fra brukere og pårørende og kommunen har ansvar for å sikre at brukere og pårørende blir involvert i evalueringen av virksomheten.

⁸ LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)

⁹ LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)

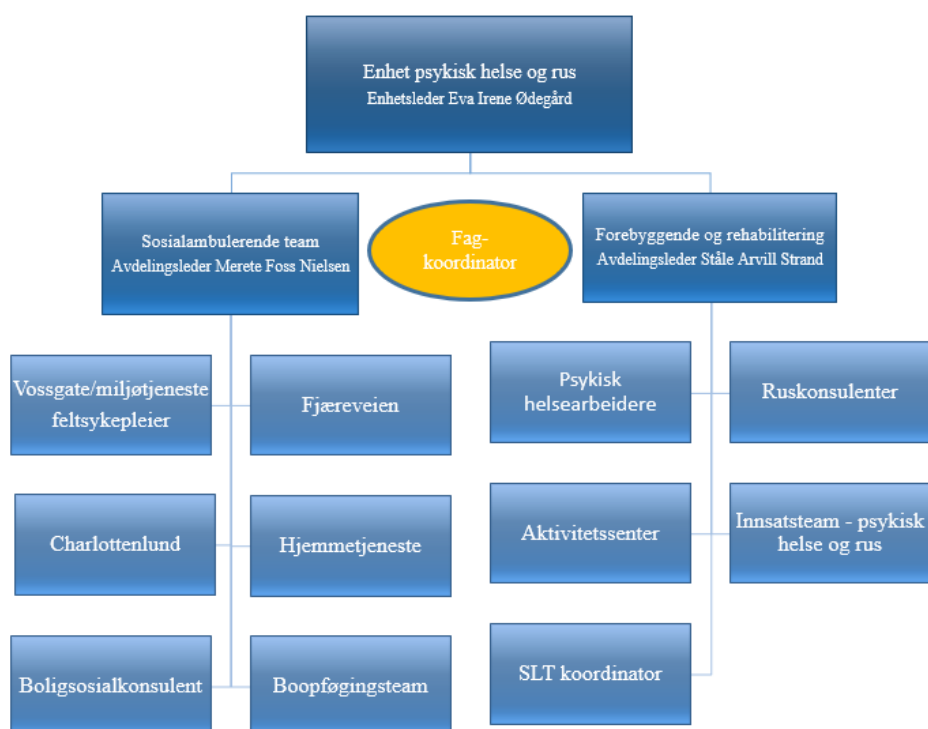
¹⁰ LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

3.1.2 ORGANISERING AV ENHET FOR PSYKISK HELSE OG RUS

Enhet for psykisk helse og rus er underlagt kommunens helse- og omsorgssektor, og organiseringen av enheten, slik som den fremstår i dag, ble opprettet 1. januar 2019. Det har imidlertid blitt gjort enkelte endringer i den senere tid, blant annet er booppfølger teamet og innsatsteamet nyopprettet i 2020.

Enheten ledes av enhetsleder som administrerer 57,4 årsverk¹¹. Enheten er videre delt inn i de to avdelingene; Sosialambulerende team og Forebygging og rehabilitering, som ledes av to avdelingsledere, og det er disse som er tillagt personalansvaret for de ansatte i enheten. Underlagt de to avdelingene finnes undergrupper som omfatter de aktuelle tjenestene til kommunale brukere med rus- og psykiske helseutfordringer. Disse vil bli omtalt i enkelthet i kommende avsnitt.

Figur 1 - Organisering av Enhet for psykisk helse og rus



¹¹ Tertialrapport (1) 2021

Sosialambulerende team

Vossgate og **Fjæreveien** er tjenester bestående av heldøgnsbemannede boliger til mennesker med rus- og psykiske helseutfordringer som trenger tett oppfølging. Fokus for tjenestene er mestring hos brukerne ved å tilrettelegge for å leve et mest mulig selvstendig liv, samtidig som man jobber for skadereduksjon.

Charlottenlund er en ettervernstjeneste for brukere som har vært rusfrie over tid og/eller gjennomført soning eller behandling for sin rusavhengighet. Det er også boliger for mennesker i rehabilitering i psykisk helse. Tjenesten består av midlertidige treningsboliger der hensikten er å lette tilpasningen til et normalt samfunnsliv.

Hjemmetjenesten kom inn i enheten ved omorganiseringen i 2019. Tjenestetilbudet gir somatisk helseoppfølging til mennesker som også har psykisk helse og/eller rusutfordringer

Boligsosialkonsulent gir råd og veiledning for å hjelpe mennesker med å få et varig botilbud på det kommunale eller private markedet. Tjenesten bistår brukerne med praktisk opplæring for å mestre å beholde boligen sin, og stillingen er et viktig ledd for å forebygge bostedsløshet.

Boligoppfølger har som målgruppe å bistå de innbyggere som tjenesten ikke har fått mulighet til å komme i posisjon til på grunn av at de er lite tilgjengelige for ordinære tjenester. Dette er innbyggere som har manglende boevne, og lever i det mange vil definere som uverdige boforhold. Dette er foreløpig en prosjektstilling.

Feltsykepleier arbeider lavterskel og oppsøkende for innbyggere som ikke mestrer å ta imot tjenester fra de ordinære tjenestene. Feltsykepleier tilbyr vaksinasjoner, samtaler, sårstell, enkel helseundersøkelse, hjelp til å bestille time/følge til lege, sykehus og tannlege og leverer rene sprøyter og brukt utsyr.

Booppfølgingsteamet består av feltsykepleier, booppfølger og boligsosialkonsulent. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud og er dermed ikke vedtaksfestet. Hensikten med opprettelse av teamet er å i større grad jobbe ad hoc med mennesker som kommunen ikke i samme grad kommer i posisjon til å nå gjennom ordinære vedtaksbaserte tjenester.

Tabell 1 - Brukere fordelt på tjenester innen avdeling for sosialambulerende team

SOSIALAMBULERENDE TEAM	BRUKERE (Per. mai 2021)
Vossgate/Miljøtjeneste	68
Fjæreveien	18
Charlottenlund	16
Booppfølgertjenesten	5
Hjemmetjenesten	105

Forebygging og rehabilitering

Aktivitetssenteret tilbyr en stor bredde av praktiske og sosiale aktiviteter, og består av de to sentrene på Vossbakke og Vikhuset. Tilbudet kan benyttes av både dem i aktiv rus og de i ettervern, men flesteparten av brukerne beskrives å ikke ha rusutfordringer. Det beskrives i oppstartsmøte at utvikling av aktivitetssenteret har vært et gjennomgående fokusområde den senere tid, der man spesielt har jobbet mot å få inn et bredere brukerstyrt perspektiv. Det har blant annet blitt foretatt en kartlegging av tjenestemottakernes ønske for aktivitetstilbud, der de fleste nye aktivitetene er på bakgrunn av resultatene fra denne kartleggingen. Blant aktivitetene man har fått inn nevnes friluftsgruppe, gågruppe, yoga, innebandy, fiskeklubb, frisbeegolf samt Jerv gatelag, der sistnevnte er et samarbeidsprosjekt mellom FK Jerv og Grimstad kommune, driftet av FK Jerv gjennom finansiell støtte fra *Fotballstiftelsen*. Aktivitetssenteret har totalt seks årsverk, hvorav fire av disse er nyansatte i år.

Innsatsteamet startet opp i desember 2020 og er finansiert av tilskuddsmidler fra Statsforvalter. Tilbudet er et lavterskeltilbud for mennesker i kommunen som har lite eller ingen oppfølging av enheten fra tidligere av, og er ikke vedtaksbasert. Brukere kan med dette kontakte tjenesten på eget initiativ for samtaler og veiledning, blant annet i forbindelse med angst, depresjon eller tilbakefall av depresjon. Tjenestetilbudet har to ansatte, og beskrives å være basert på prinsippet rask psykisk helsehjelp, men uten de samme krav til formalitet som psykolog og sykepleier.

Psykisk helsearbeidere tilbyr tjenester i form av veiledning og oppfølging til brukere med psykiske helseutfordringer, slik som angst, depresjon og tilbakevendende depresjoner. Tjenesten kan også benyttes av pårørende som ønsker råd og veiledning. De ansatte jobber i hovedsak med én-til-én oppfølging av brukere over en tidsperiode på 3-6 måneder. Tjenesten har også begynt med gruppetilbud for å kunne gi et forebyggende og variert tilbud, i tillegg til SMIL grupper som er et pårørendetilbud til barn av familiemedlemmer som sliter med

psykisk helse. Psykisk helse har en medarbeider som arbeider forebyggende på videregående skole.

Ruskonsulenter tilbyr tjenester til dem med rusutfordringer som er motivert for en endring i form av råd, veiledning, terapeutisk samtale og koordinering av tjenester, både før, under og etter behandling. Tidsaspektet er gjerne mer langvarig, der brukerne er mye ut og inn og har flere følgesykdommer. Tjenestetilbudet har fire årsverk, der ett av disse arbeider forebyggende inn mot skole og unge brukere.

MOT/SLT-koordinator er en rådgivende stilling som jobber inn mot ungdomsskolene i et forebyggende perspektiv.

Tabell 2 - Brukere fordelt på tjenester innen avdeling for forebygging og rehabilitering

FOREBYGGING OG REHABILITERING	BRUKERE (Per. mai 2021)
Psykisk helsearbeidere	98
Ruskonsulenter	80
Aktivitetssenteret	70
Innsatsteam	23

Den nye enheten

Som det fremgår innledningsvis, har organiseringen av enhet for psykisk helse og rus, slik som den fremstår i dag, eksistert siden 1. januar 2019. Ved etablering av enhet psykisk helse og rus ble faggrupper fra tre forskjellige enheter, herunder Sosialtjenesten, Helsetjenesten og Hjemmetjenester, organisert inn i en felles enhet. Omorganiseringen var en del av en større endringsprosess i hele sektoren, hvor 11 enheter ble til syv.

Psykisk helse var tidligere organisert i enheten Helsetjenester, sammen med blant annet fastlegene, jobbsentralen, fysio- og ergoterapi og Familiens hus. Kommunens tjenester for rusavhengige var i hovedsak organisert i Sosialtjenesten, mens hjemmetjenesten innen rus og psykisk helse var organisert i Hjemmetjenester.

Enhetsleder for dagens enhet var tidligere avdelingsleder i sosialtjenesten, før hun ble konstituert som enhetsleder for sosialtjenesten og deretter ansatt som enhetsleder for den nye enheten innen psykisk helse og rus. Avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenester var avdelingsleder for psykisk helse før omorganiseringen, mens avdelingsleder for sosialambulerende team ble tilsatt i sin stilling i januar 2019, etter at omorganiseringen var trådt i kraft.

Etter enhetsleders oppfatning har sammenslåingen av fagområdene til en felles enhet vært bra både faglig og ressursmessig sett, og det beskrives at dette har ført til et større fagområde der fagkompetansen utnyttes bedre for hele enheten.

Selv om sammenslåingen av fagområdene anses som veldig naturlig for enhetsleder, har den nye organiseringen etter avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenester sin oppfatning medført mindre fokus på det forebyggende folkehelseperspektivet. Blant annet beskrives det at sammenslåingen av fagområdene rus og psykisk helse har ført til for mye sykdomsfokus og rus, der habilitering og rehabilitering har fått for stor plass. Den nye organiseringen har også, etter samme avdelingsleders oppfatning, ført til at man i større grad enn før mister flyten og overgangen i forhold til de unge. Dagens organisering innebærer at brukerne må forholde seg til ulike personer ut ifra alder (over/under 18 år), med tilhørende enheter, og ulike budsjetter. Den nye organiseringen har etter avdelingsleders oppfatning imidlertid ført til et mer helhetlig fokus på personer med behov for samtidig rus og psykisk helsevernstjenester, i henhold til intensjonen for omorganiseringen. I tillegg har dette også resultert i at man nå har fått til å samle størsteparten av de ansatte fra avdelingen for forebyggende og rehabiliterende tjenester i kontorer på rådhuset, noe avdelingsleder anser som hensiktsmessig for en tettere personaloppfølging.

Arbeid etter tilsyn gjennomført av Statsforvalter

Statsforvalter gjennomførte i 2019 en evaluering av tjenestetilbudet til brukere av rus- og psykisk helsevern i kommunen, hvor det blant annet ble undersøkt om kommunen har et system som sikrer samarbeid mellom tjenestene, samt brukers rett til å medvirke.

Enheten har iverksatt ulike tiltak for å sikre at det leveres tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, og enhetsleder viser i denne sammenheng til eksempler på enhetens gjennomførte arbeid:

- Det ble opprettet arbeidsgrupper som arbeidet med gjennomgang av rutiner.
- Det gjennomføres årlig internt tilsyn.
- Rutine for enhetens internkontroll er oppdatert.
- Det gjennomføres internkontroll en gang i måneden, der det i henhold til rutine trekkes ut tilfeldige brukere for kvalitetskontroll.
- Det er utarbeidet årshjul for opplæring og oppfriskning av dokumentasjon.
- Det er utarbeidet nye rutiner, sjekklister og andre verktøy for å sikre dokumentasjon.

Revisjonen er forelagt rapport fra enhetens interntilsyn, rutine for internkontroll samt sjekklister som er utarbeidet i forbindelse med internkontrollen. Funn fra enhetens interntilsyn vil i tilfeller dette anses som relevant, belyses i sammenheng med revisjonens gjennomførte mappegjennomgang.

3.1.3 SAMARBEID MED INTERNE OG EKSTERNE INSTANSER

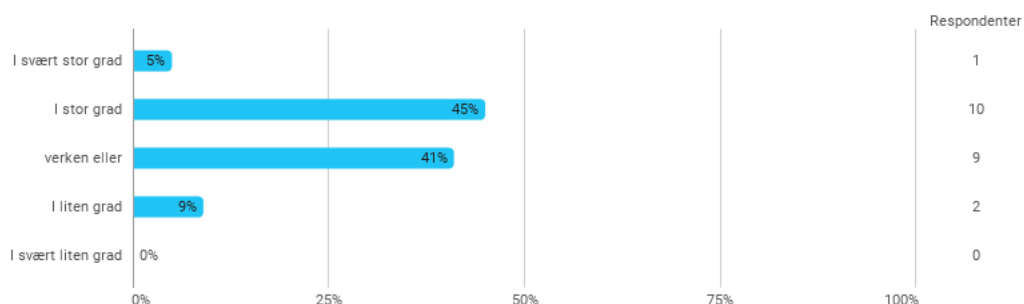
Enhet for psykisk helse og rus har omfattende samarbeid med både interne samarbeidspartnere i kommunen, slik som NAV, Tjenestekontoret, helsestasjonen og barnevernstjenesten, men også med eksterne tjenesteytere som ikke er av kommunal regi, slik som fastlegene, spesialisthelsetjenesten, politi og andre kommuner.

Av enhetens brukerundersøkelse fra 2018, fremgår det at flere av brukerne har gitt tilbakemelding på at de opplever mangelfullt samarbeid mellom kommune og andre instanser:

- «Mangelfull kommunikasjon/samarbeid mellom ulike instanser»
- «Lite/ingen plan»
- «Kommunikasjonen mellom kommunen og undertegnede har vært god, men kommunikasjonslinjene mellom andre instanser utenfor kommunen og kommunen kan forbedres»

Da ny brukerundersøkelse ble gjennomført to år senere, fremgikk det at 70 % av brukerne var helt enige, mens 17 % var litt enige i påstanden «De som samarbeider hjelper meg på en god måte». 6,8 % av brukerne var litt eller helt uenig i dette. Ingen brukere kommenterte i 2020 på manglende samarbeid tilsvarende kommentarene fra 2018.

På tilsvarende måte ble de ansatte i revisjonens spørreundersøkelse stilt påstanden: «Jeg opplever at tjenesten er organisert på en måte som er hensiktsmessig for samarbeidet om et helhetlig pasientforløp» (N=22)



Av resultatene fremgår det at 50 % i stor eller svært stor grad opplever hensiktsmessig samarbeid, mens 41 % er nøytrale til dette. Ingen respondenter svarte i svært liten grad.

Som følge av kommunens lovkrav om å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester både internt i kommunen og eksternt, vil rutiner og samarbeid med relevante tjenesteaktører bli nærmere gjennomgått i avsnittene som følger.

Tjenestekontoret

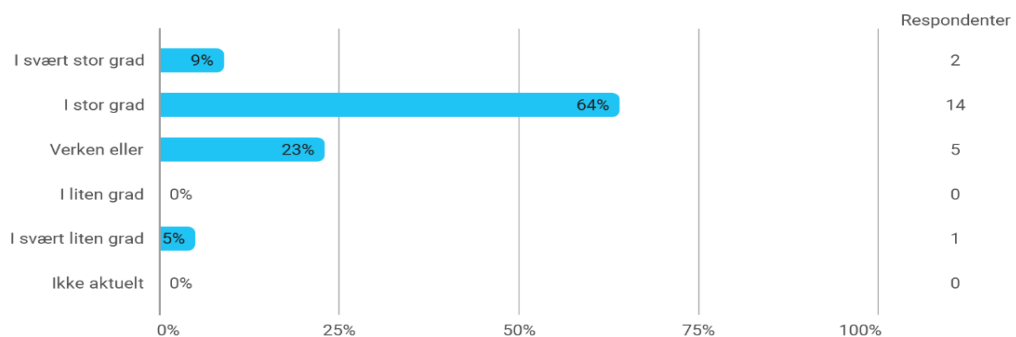
Tjenestekontoret i Grimstad er underlagt helse- og omsorgssektoren, og har ansvar for tjenestetildeling innen habilitering, somatikk og psykisk helse og rus. Tjenestekontoret har i tillegg et overordnet ansvar for individuell plan og for oppnevning av koordinator, i henhold

til overordnet lovkrav. Enhet for psykisk helse og rus gjennomfører månedlige samarbeidsmøter med tjenesten, der tildeling av nye tjenester eller endring av eksisterende tjenester gjennomgås.

Av samtale med avdelingslederne for tjenesten fremgår det at man på mange måter anser samarbeidet med Tjenestekontoret som å i tilstrekkelig grad være til stedet. Det kommer imidlertid frem gjennom intervju med avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenester at man opplever at dagens organisering gjør at Tjenestekontoret oppleves noe eksternt i forhold til egen tjeneste, slik at man ikke får diskutert vedtak i den grad man burde. Etter samme avdelingsleders oppfatning kunne man truffet bedre på tjenestetildelingen ved å ha gjennomført utformingen av tjenestetilbud internt i avdelingen.

Det foregår i den anledning et prøveprosjekt mellom Tjenestekontoret og avdelingen, som i første omgang omfatter utforming av vedtak innen psykisk helse. Dette innebærer at vurderingssamtalene gjennomføres internt, før Tjenestekontoret lager vedtak basert på det samtalene har handlet om. Ifølge avdelingsleder fører dette til noe mer arbeid for personalet på avdelingen, men samtidig gjør prosessen det lettere å styre brukerne ut fra faglige vurderinger. Tjenestekontoret sjekker så om kriteriene er oppfylt for å få tjenester og utformer vedtak.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen presentert for påstanden «*Jeg opplever at det er etablert og tilrettelagt for et godt samarbeid mellom min tjeneste og Tjenestekontoret*» (N=22)



Av resultatene fremgår det at 73 % opplever at dette samarbeidet i svært stor eller stor grad er etablert og tilrettelagt for, noe som sammenlignet med andre tilsvarende spørsmål om samarbeidende tjenesteytere utgjør blant den høyeste andelen av ansatte som er fornøyde, og den laveste andelen av ansatte som ikke er fornøyde.

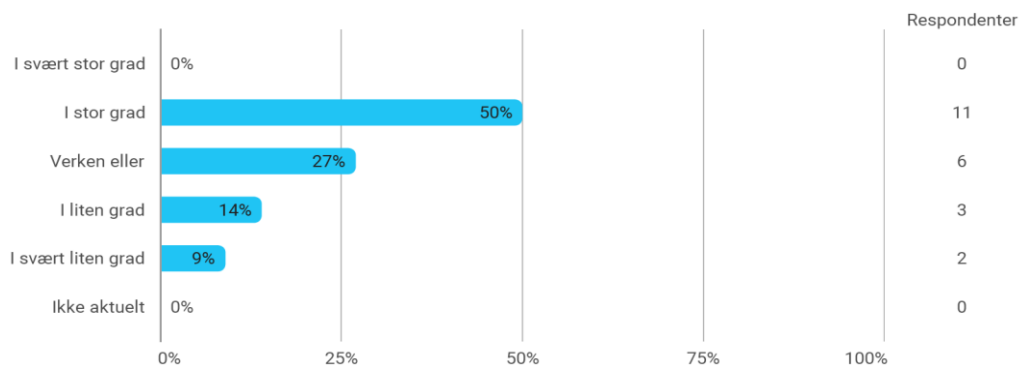
Tjenestekontoret viser på spørsmål fra revisjonen til at de opplever at rutiner og samarbeidsarenaer mellom egen enhet og enhet for psykisk helse og rus er tilstrekkelig etablert. I tilfeller der Tjenestekontoret ønsker å drøfte enkeltsaker med avdelingene, vises det imidlertid til at man ikke alltid opplever å få svar på henvendelsene sine innen rimelig tid (1-2 dager). Tjenestekontoret viser til at dette muligens skyldes at avdelingslederne ikke er like aktive i EPJ-systemet, Geric, som det Tjenestekontoret er. Selve organiseringen av enhet

psykisk helse og rus oppleves av Tjenestekontoret å ikke fungere helt som den bør. Tjenestekontoret opplever at det er utydelige avklaringer mellom de ulike tjenestene underlagt sosialambulerende team, der det særlig er uklart hvem som tar hvilke oppdrag av hjemmetjenesten og miljøtjenesten.

NAV

Det er utarbeidet rutine for samarbeid mellom enhet for psykisk helse og rus og NAV. Rutinen beskriver at de to instansene skal ha faste møtepunkter en gang i måneden, der anonyme saker kan drøftes. Man kan også drøfte konkrete brukersaker i tilfeller der det er innhentet samtykke av bruker for dette. Av samtale med både enhetsleder og avdelingsleder for sosialambulerende team fremgår det at man i stor grad opprettholder et godt samarbeid med tjenesten, i henhold til rutinen. Det fremkommer imidlertid at man i enkelte tilfeller opplever å fungere som et slags mellomledd mellom NAV og bruker. Dette kan skape frustrasjon blant de ansatte, uten at det nødvendigvis påvirker tjenestetilbudet.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen presentert for påstanden «Jeg opplever at det er etablert og tilrettelagt for et godt samarbeid mellom min tjeneste og NAV» (N=22)



Av spørreundersøkelsen fremgår det at 50 % av respondentene i stor grad opplever å ha etablert og tilrettelagt for et samarbeid med NAV, mens ingen i svært stor grad opplever dette. 23 % svarer at samarbeidet i liten eller svært liten grad er etablert og tilrettelagt for, noe som sammenlignet med andre tilsvarende spørsmål om samarbeidende tjenesteytere utgjør den høyeste andelen av ansatte som ikke er fornøyde.

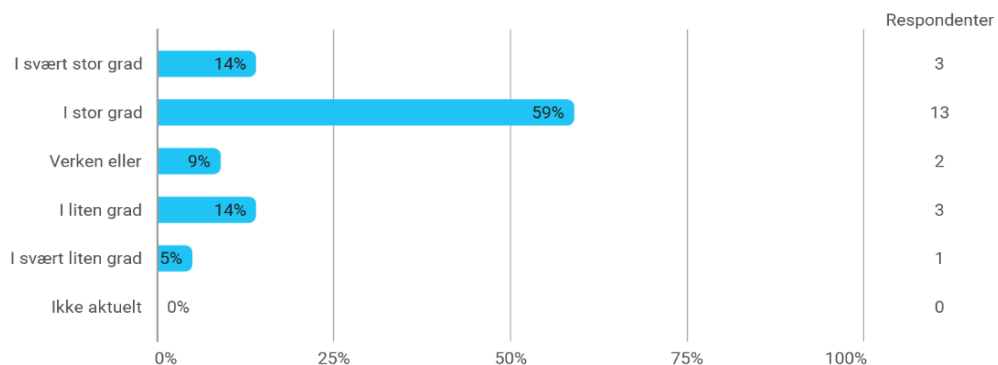
NAV viser til at de opplever at de to enhetene har etablert gode samarbeidsarenaer, med faste månedlige møter, der man kan melde opp saker og drøfte disse på et generelt grunnlag. Det vises til at mange av NAVs ansatte har god oversikt over hvem man kan kontakte på enhet for psykisk helse og rus ved behov for drøfting av enkeltsaker. Om samarbeidsrutinen enhetene har seg imellom, viser NAV til at man ser et behov for at denne revideres. Det fremgår også at man ser behov for et samarbeidsmøte for å forbedre rutinene rundt blant annet nødbolig. Når det gjelder enhetens gjennomgåtte omorganisering viser NAV til at de ikke har opplevd noen endringer i samarbeidet som følge av dette.

Fastlege

Det er ikke utarbeidet rutine når det gjelder samarbeid mellom kommunens enhet for psykisk helse og rus og fastlegene. Av samtale med enhetsleder fremkommer det at man ikke har etablert faste samarbeidsmøter med fastlegene, men at dette gjøres gjennom samarbeid med kommuneoverlege. Utover dette beskrives det at det gjennomføres kommunikasjon med fastlegene gjennom aktiv bruk av internmeldinger i kommunens dokumentasjonssystem, Geric, i henhold til kommunens samhandlingsrutine.

Av samtale med avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenester beskrives det at samarbeid med fastlegene i hovedsak avhenger av kapasitet, der man merker at fastlegene har en mer presset hverdag enn før, men der man likevel ikke opplever å kunne utsette noe på selve samarbeidet mellom de to tjenestene. Også avdelingsleder for sosialambulerende tjenester beskriver et samarbeid bestående av fastleger som stiller opp i de tilfeller der det er behov for dette.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen presentert for påstanden «Jeg opplever at det er etablert og tilrettelagt for et godt samarbeid mellom min tjeneste og fastleger» (N=22)



Av resultatene fremgår det at 73 % opplever at dette samarbeidet i svært stor eller stor grad er etablert og tilrettelagt for, noe som sammenlignet med andre tilsvarende spørsmål om samarbeidende tjenesteytere utgjør blant den høyeste andelen av ansatte som er fornøyde. Det er imidlertid 19 % som opplever at dette samarbeidet i liten eller svært liten grad er tilstedeværende.

Kommuneoverlege viser til at man har 22 fastleger i kommunen, noe som medfører at det er svært begrenset hvilket samarbeid legetjenesten kan ha med andre utøvende tjenester på systemnivå. Det oppleves imidlertid å være mange gode eksempler på godt samarbeid mellom fastleger og tjenestene i enhet for psykisk helse og rus, da særlig rundt den enkelte bruker. Kommuneoverlegen viser til å ha en god relasjon til enhetsleder og avdelingslederne, der man jobber godt sammen i de situasjonene kommuneoverlegen involveres. Kommuneoverlegens klare oppfatning er at enheten etter endringen i 2018 har kunnet gi bedre, mer samordnede og planmessige tjenester til brukerne, der det jobbes vedvarende med kvalitetsforbedringer og tjenesteutvikling.

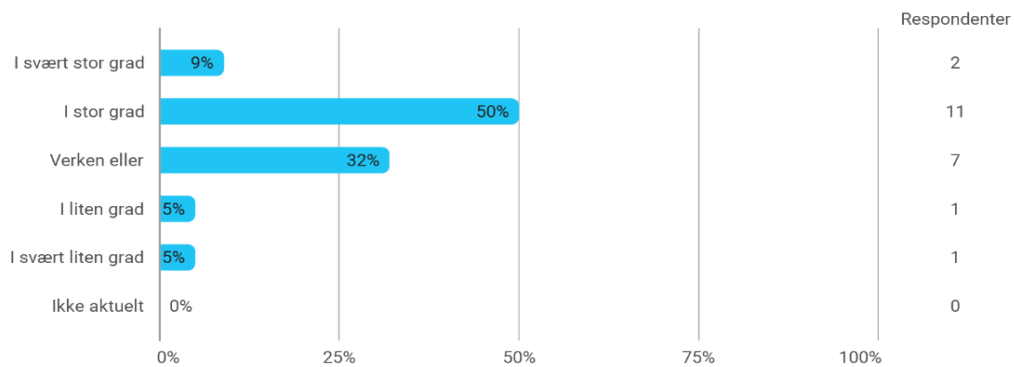
Spesialisthelsetjenesten

Når det gjelder samarbeidet mellom enhet for psykisk helse og rus og spesialisthelsetjenesten, er det utarbeidet samarbeidsavtale mellom de to aktørene, i henhold til lovkrav. Det er også utformet en rutine for samarbeidet, som er forelagt revisjonen. Av rutinen fremgår blant annet at kommunen skal bli varslet dersom bruker ikke allerede har tjenester i kommunen, eller ved tvangsinnleggelse.

I oppstartsmøte med enhetsleder og avdelingslederne vises det til at Grimstad kommune kommer høyt ut på statistikk når det gjelder tvangsinnleggelse innen psykisk helsevern. Som følge av dette har kommunen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten utarbeidet en egen rutine med tiltak for å motivere innbyggere til å frivillig ta imot tjenester, og med dette redusere bruken av tvang.

Avdelingsleder for sosialambulerende tjenester viser til at hun opplever et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten enn tidligere, blant annet fordi man den senere tid har mindre definerte skiller mellom de to tjenesteaktørene og i større grad ser helheten i forløpet. Det oppleves videre også som enkelt og tydelig å vite hvem man skal kontakte i de ulike tjenestene. Dette støttes opp av avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenester, der akuttambulerende team, FACT-team og DPS trekkes frem som arenaer der kommunen samarbeider godt med spesialisthelsetjenesten.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen presentert for påstanden «Jeg opplever at det er etablert og tilrettelagt for et godt samarbeid mellom min tjeneste og spesialisthelsetjenesten» (N=22)



Av resultatene fremgår det at 59 % opplever at dette samarbeidet i svært stor eller stor grad er etablert og tilrettelagt for. 10 % svarer at dette samarbeidet i liten eller svært liten grad er etablert og tilrettelagt for, noe som utgjør en av de laveste andelene av ansatte som ikke er fornøyde.

Andre samarbeidspartnere

Blant andre relevante samarbeidende tjenesteaktører er barnevernet, helsestasjon, Familiesenteret, politi og andre kommuner. Samarbeidsrutine i forbindelse med samarbeid mot helsestasjon beskrives å være under utarbeidelse, mens dette allerede foreligger mellom

tjenesten og barnevernstjenesten. Leder av barnevernstjenesten viser for øvrig til et samarbeid med enheten som fungerer bra, der man er lokalisert sammen, med kort vei for å jobbe sammen om enkeltsaker.

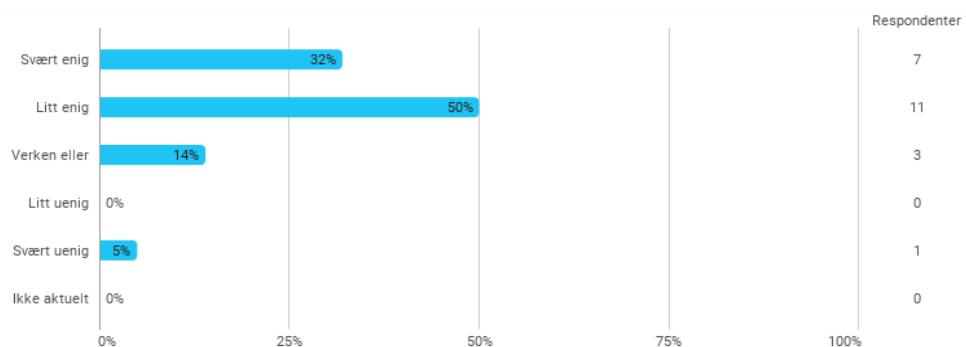
Når det gjelder tjenestens samarbeid med Familiesenteret viser avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenester til at dette anses å ha blitt noe mer komplisert etter omorganiseringen for hans avdeling. Dagens organisering innebærer at brukerne må forholde seg til forskjellige enheter ut ifra alder (over/under 18 år). Før dette var de to tjenestene underlagt samme enhet, og det var i større grad tilrettelagt for samarbeid i brukerovergangene. Etter avdelingsleders oppfatning har omorganiseringen ført til at relasjoner man tidligere hadde fordi man jobbet nært hverandre, er forsvunnet.

Familiesenteret viser tilsvarende til at deres enhet og psykisk helse, fra tidligere av, hadde et nært samarbeid, med godt etablerte samarbeidsarenaer. Tjenestene hadde hyppige samarbeidsmøter, med fokus på å være informert om hverandres tjenester. Familiesenteret viser til at det ikke har vært slike møter etter at psykisk helse ble organisert i annen enhet. Etter Familiesenterets erfaring har flyttingen av psykisk helse, først organisatorisk ut av helsetjenesten, og deretter fysisk til rådhuset, skapt større avstand og færre kontaktpunkter, og med dette bidratt til å svekke Familiens hus som samarbeidsmodell. Familiesenteret ytrer til revisjonen et sterkt ønske om at psykisk helse igjen blir samlokalisert med tjenestene som inngår i denne modellen.

Samarbeidsrutine og bruk av journalsystem

Enhet for psykisk helse og rus har utarbeidet en intern rutine for samhandling, med den hensikt å sikre tjenestemottaker gode og forsvarlige tjenester på en best mulig måte gjennom internt samarbeid på tvers av tjenestene.

De ansatte ble i undersøkelsen stilt følgende påstand: «Jeg har kjennskap til tjenestens interne samarbeidsrutine» (N=22)



Av resultatene fremgår det at rutinen er implementert blant de ansatte, der over 80 % viser til at de innehar kjennskap til denne.

Særlig to av punktene i tjenestens rutine anses som spesielt relevant i forbindelse med kommunens samarbeidsprosesser. Disse to punktene ble inkludert i revisjonens mappegjennomgang, gjennomført på kommunens brukere på Vossgate (N=22)

Tabell 3- Bruk av journalsystem

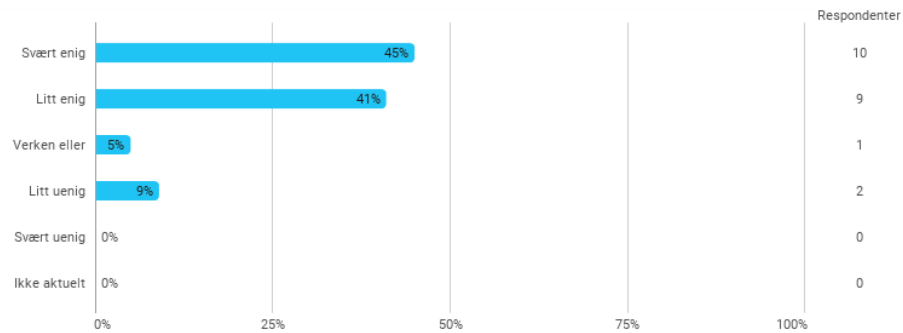
Referanse	Sjekkpunkt	Mappegjennomgang
Intern rutine for samhandling	Ved samarbeid blant ulike tjenesteytere skal det i tiltaksplanen i Gericca opprettes en situasjon som heter <i>samhandling</i> , der alle tjenesteyterne kan legge inn tiltak etter behov som beskriver hva samarbeidet består av.	Opprettet hos 3 av 16 brukere med mer enn én tjenesteaktør
Intern rutine for samhandling	Internmelding i Gericca skal brukes aktivt mellom de involverte tjenesteyterne for å sikre god kommunikasjon og informasjonsflyt.	Aktivt i bruk hos 20 av 22 brukere

Grønn markering av rubrikk betyr at mappene revisjonen gjennomgikk i hovedsak oppfylte sjekkpunktet. Gul markering betyr at enkelte av de gjennomgåtte mappene har mangler som fører til at sjekkpunktet ikke er tilstrekkelig ivaretatt, og indikerer et forbedringspotensial. Rød markering innebærer at flertallet av enkeltsakene revisjonen har gjennomgått, ikke er i henhold til sjekkpunktet. Som følge av at første sjekkpunkt baserer seg på kommunens interne rutine, og ikke lovkrav, settes denne til gul og ikke rød.

Det første punktet som ble undersøkt gikk på at brukere som mottar tjenester fra flere tjenesteytere skal ha opprettet en situasjon som heter samhandling i tiltaksplanen, der de ulike aktørene skal legge inn tiltak som beskriver hva samarbeidet består av. Av mappegjennomgangen fremgikk det at tjenesten i liten grad har tatt i bruk funksjonen samhandling hos brukere med flere enn én tjenesteyter. I de 22 gjennomgåtte mappene, mottok 16 av brukerne tjenester fra to eller flere tjenesteytere. Det var imidlertid kun opprettet situasjon samhandling i 3 av disse tiltaksplanene.

Det andre punktet som ble undersøkt gikk på tjenestens bruk av internmelding mellom involverte tjenesteytere i det elektroniske dokumentasjonssystemet, slik som fastlege og spesialisthelsetjenesten. I henhold til tjenestens rutine for samhandling skal dette brukes aktivt for å sikre god kommunikasjon og informasjonsflyt. Av revisjonens gjennomgang fremgikk det at dette i 20 av 22 tilfeller ble benyttet aktivt. Korrespondansen gikk i alle disse 20 tilfellene mellom brukers fastlege og tjenesten, eksempelvis i forbindelse med spørsmål av medisinsk art. I flere av de gjennomgåtte tilfellene ble denne kommunikasjonen også benyttet mellom tjenesten og spesialisthelsetjenesten.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen stilt følgende påstand: «*Internmeldinger og tiltaksplan i kommunens EPJ brukes aktivt for å sikre informasjonsflyt mellom involverte tjenesteytere*» (N=22)



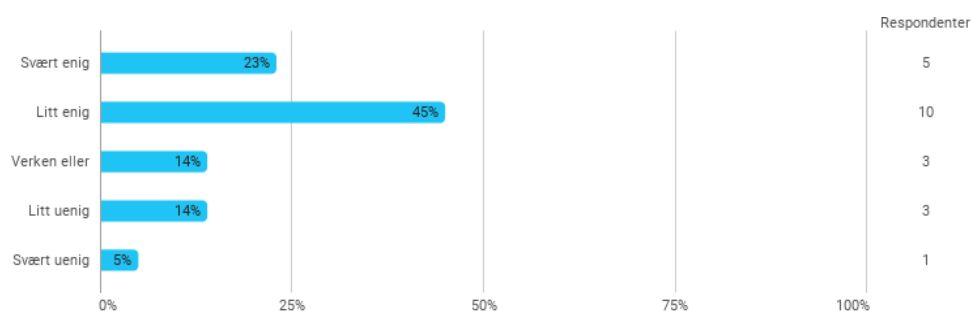
Av svarene fremgår det at 86 % av de ansatte er litt eller svært enig i at man bruker internmeldinger og tiltaksplanen for å sikre samhandling mellom involverte aktører. Ingen av de ansatte er svært uenige i påstanden.

3.1.4 BRUKERINVOLVERING

Brukerinvolvering og brukers rett til å medvirke ved tjenesteutforming beskrives av enhetsleder å ha vært jobbet mye med i enheten den senere tid. Det vises i forlengelse av dette til et nytt videreutdanningsprogram på UiA som omhandler tjenesteutvikling i rus- og psykisk helsevern, der tjenesten i løpet av våren 2021 har hatt tre av sine ansatte. I dette studiet står brukermedvirkning sentralt, der blant annet brukerrepresentasjon og medvirkning i prosjektene er et krav. Avdeling for forebygging og rehabilitering har også startet opp med FIT (Feedback Informed Treatment) som er et tilbakemeldingsverktøy som gir systematisk og umiddelbar tilbakemelding fra bruker. Dette skal også startes opp i enhet for sosialambulerende team.

Etter avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenesters oppfatning er enheten på god vei med arbeidet sitt innen brukerinvolvering, der man ser en positiv endring fra tidligere. Det påpekes det imidlertid at det fortsatt finnes et forbedringspotensiale på området. Blant annet påpekes at tjenesten kan bli flinkere til å sette brukerinvolvering i systemnivå, fremfor at dette blir direkte knyttet til den enkelte brukers oppfatning.

I spørreundersøkelsen ble de ansatte stilt påstanden: «*Brukere og pårørende blir involvert ved utforming av tjenestetilbud*» (N=22)



Av svarene fremkommer det at 68 % av de ansatte er litt eller svært enige i at brukere og pårørende involveres ved utforming av tjenestetilbud, mens 19 % er uenige eller svært uenige i dette. Av de som sier seg uenige er en betydelig høyere andel ansatt innen tjenester underlagt avdeling for sosialambulerende team.

Som følge av at det i lovkrav fremgår at kommunen er pliktige i å legge stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud, vil revisjonen i de følgende avsnittene gjennomgå de ulike tiltakene enheten bruker i sitt arbeid med å sikre brukers rett til involvering og medvirkning. Dette innebærer tiltak på individnivå som kartlegging ved bruk av sjekkliste 4, innhenting av samtykkeerklæring, bruk av individuell plan eller samordnet plan. I tillegg omfatter det tiltak på systemnivå som blant annet omfatter systemer for involvering av brukere og pårørende når tjenester skal evalueres og utvikles.

Sjekkliste 4

I forbindelse med tjenestens brukerinvolvering trekkes sjekkliste 4 frem som et viktig verktøy av enhetsleder. Denne sjekklisten beskrives som et grundig kartleggingsverktøy, samsvarende med de krav som stilles i loven relatert til kartlegging av brukere. Sjekklisten er gjenstand for løpende revidering, og er individuelt tilpasset de to avdelingene. Sjekklisten skal i henhold til forelagt beskrivelse for utfylling, gjennomføres ved innkomst, ved endring i brukers situasjon og ellers minst hver 6. måned.

I revisjonens mappegjennomgang som ble gjennomført på kommunens brukere av Vossgate (N=22), ble utfylling av sjekkliste 4 gjennomgått.

Tabell 4- Utfylt sjekkliste 4

Referanse	Sjekkpunkt	Mappegjennomgang
Intern rutine for sjekkliste 4	Sjekkliste 4 (journalkode 500) er utført på nye brukere, ved store endringer, men ellers minst en gang hver 6 måned.	21 av 22 har sjekklisten fylt ut, i gjennomsnitt revidert for 310 dager siden. 6 av 22 har sjekklisten fylt ut i henhold til tidskrav som fremgår av rutinen.

Gul markering betyr at enkelte av de gjennomgåtte mappene har mangler som fører til at sjekkpunktet ikke er tilstrekkelig ivaretatt, og indikerer et forbedringspotensial.

Av gjennomgangen fremgår det at 21 av 22 brukere har sjekklisten utfylt. Av disse er seks av sjekklistene utført i løpet av de siste 6 månedene, i henhold til avdelingenes rutine, mens 11 er fylt ut for mellom et halvt og et år siden. Dette innebærer at hos en fjerdedel av de gjennomgåtte brukerne er sjekklista enten ikke utfylt eller er mer enn et år gammel.

Av tjenestens oversendte dokumentasjon fremgår det at tjenesten i forlengelse av Statsforvalters tilsyn i mars 2019 gjennomførte et egentilsyn, der blant annet bruk av sjekkliste 4 ble gjennomgått. I egentilsynet ble 20 tilfeldige journalmapper gjennomgått, der 9 av 20 sjekklistene beskrives å ikke ha vært fullstendig utfylt i løpet av de siste 6 månedene.

I sjekkliste 4 finnes det et eget punkt som omhandler kartlegging og brukermedvirkning, hvor blant annet «Hva er viktig for deg?» står sentralt. I revisjonens mappegjennomgang av 22 tilfeldige brukere, ble utfylling av dette punktet spesielt undersøkt.

Tabell 5 - Utfylt "Hva er viktig for deg?"

Referanse	Sjekkpunkt	Mappegjennomgang
Intern rutine for sjekklister 4	Punktet «Hva er viktig for deg» er utfylt i sjekklister 4.	Beskrevet hos 20 av 21 med sjekklister.

Grønn markering av rubrikk betyr at mappene revisjonen gjennomgikk i hovedsak oppfylte sjekkpunktet.

Av gjennomgangen fremgår det at «Hva er viktig for deg» er tatt opp med bruker i 20 av de 21 sjekklister som er utfylt. Ved tjenestens egentilsyn i 2019 var dokumentert brukermedvirkning inkludert i 14 av de 20 gjennomgåtte mappene.

Samtykkeerklæring

Videre beskrives samtykkeerklæring som et viktig middel innen brukermedvirkning. Det fremgår av tjenestens mal for samtykkeerklæring at samtykke blant annet gjelder innhenting og utlevering av informasjon mellom samarbeidspartnere. Videre beskrives det at samtykket er frivillig og tidsavgrenset, og når som helst kan trekkes tilbake.

Tjenesten har utarbeidet egen rutine for innhenting av brukers samtykke, der det fremgår at samtykke som hovedregel skal signeres allerede ved søknad om tjeneste. Dersom dette ikke er fylt ut av tjenestemottaker ved søknad om tjeneste, må samtykke innhentes i etterkant.

Etter avdelingsleder for sosialambulerende tjenesters oppfatning gjennomføres innhenting av samtykke i hovedsak av Tjenestekontoret i henhold til rutine. Det påpekes imidlertid at man har tilfeller, spesielt med brukere som har vært lenge i systemet og med dette ikke har vært gjenstand for rutinen, der samtykkeerklæring ikke foreligger.

Ved revisjonens gjennomgang av mapper hos de 22 brukerne på Vossgate, ble samtykkeerklæring gjennomgått nærmere.

Tabell 6 – Utfylt samtykkeerklæring

Referanse	Sjekkpunkt	Mappegjennomgang
Intern rutine for samhandling Intern rutine for innhenting av samtykke	Ved samarbeid mellom flere tjenester skal samtykke være innhentet og scannet inn i Geric. Dato for innhentet samtykke skal også registreres i systemet. Innhenting av samtykke skal skje i henhold til rutine for innhenting av samtykke.	17 av 22 brukere har signert samtykke. 8 av disse har gyldig dato.

Gul markering betyr at enkelte av de gjennomgåtte mappene har mangler som fører til at sjekkpunktet ikke er tilstrekkelig ivare tatt, og indikerer et forbedringspotensial.

Av gjennomgangen fremgår det at 17 av de 22 gjennomgåtte brukerne har signert samtykkeerklæring som er scannet inn i Gerica i henhold til intern rutine. Erklæringene praktiseres imidlertid med en gyldighetstid på et år, og i ni tilfeller er erklæringen signert for lengre tid tilbake enn ett år og med dette ikke lenger gyldige. Dermed har totalt åtte av de gjennomgåtte 22 brukerne gyldig samtykkeerklæring.

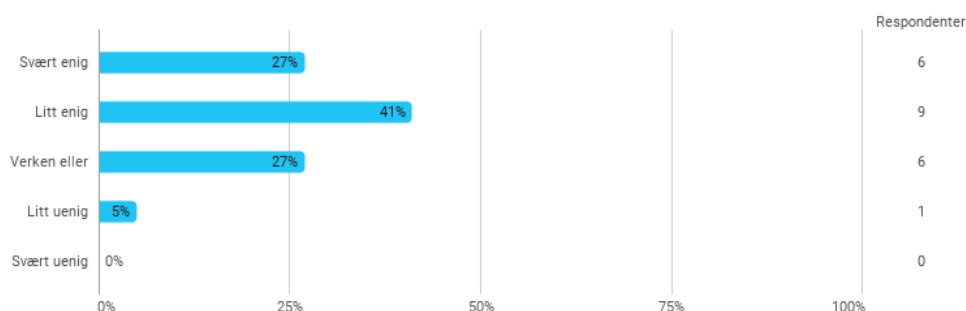
Individuell plan

I henhold til myndighetskrav skal det utarbeides individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Enhet for psykisk helse og rus forholder seg til kommunens mal for individuell plan, som i sin veiledning for utfylling blir beskrevet som en forenklet versjon, for å sikre et enklere og mer dynamisk verktøy.

Enhetens bruk av individuell plan beskrives av begge avdelingslederne som i noe varierende grad å være til stede. Avdelingsleder for sosialambulerende team beskriver at de fleste brukerne på hennes avdeling *ikke* har en slik plan, selv om flere brukere går under definisjonen langvarig og koordinert behov for helsehjelp. Det vises til at individuell plan er frivillig for bruker, og at man i tilfeller der bruker har behov for langvarige og koordinerte tjenester uten å ønske individuell plan, skal ta i bruk samordnet plan. Brukere med behov for koordinerte tjenester skal også få tilbud om koordinator, og etter avdelingsleder for sosialambulerende teams oppfatning, er dette mer brukt enn bruken av individuell plan og samordnet plan.

Også avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenester viser til at få brukere på avdelingen har individuell plan. Årsaken til dette beskrives ved at både brukere og ansatte ikke alltid opplever planene som nyttige, og at de dermed blir et byråkratisk lovkrav mer enn noe man ser nytteverdien av. Det er imidlertid enkelte tilfeller der bruker selv ønsker individuell plan, og da oppleves det som lettere og mer motiverende å gjennomføre. Dette gjelder også avdelingens bruk av samordnet plan, som etter avdelingsleders oppfatning, av samme grunn som med individuell plan, blir lite benyttet.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen stilt påstanden «*Det utarbeides individuell plan til de brukere med behov for dette*» (N=22)



Av resultatene fremgår det at 68 % at de ansatte er litt eller svært enige i at dette gjennomføres. Kun én respondent er litt uenig i dette og ingen sier seg svært uenige i påstanden.

Revisjonen gjennomførte i sin mappegjennomgang av de 22 brukerne ved Vossgate en kartlegging av om behovet for individuell plan er dokumentert. Dette skal i henhold til rutine for utfylling av sjekkliste 4, være beskrevet under kartlegging og brukermedvirkning, under «Individuell plan og koordinator».

Tabell 7 – Dokumentasjon av behovet og bruk for individuell plan

Referanse	Sjekkpunkt	Mappegjennomgang
Sjekkliste 4	I sjekkliste 4 er punktet «individuell plan og koordinator» utfyllt i henhold til beskrivelse.	Fylt ut hos 6 av 22 brukere, hvor 4 av 22 brukere har individuell plan.

Gul markering betyr at enkelte av de gjennomgåtte mappene har mangler som fører til at sjekkpunktet ikke er tilstrekkelig ivare tatt, og indikerer et forbedringspotensial.

I gjennomgangen fant revisjonen at det i seks av de 21 utfylte sjekklistene forelå en beskrivelse av vurdert behov for individuell plan. I ett av tilfellene var bruker gitt tilbud om individuell plan uten at dette var ønsket. I tillegg hadde én av brukerne individuell plan som aktiv tjeneste, uten at plan var utarbeidet. Dermed hadde totalt fire av de 22 gjennomgåtte brukerne individuell plan. Av disse var tre av planene over to år gamle, mens den fjerde var utarbeidet i 2021.

Det ble videre gjennomført en gjennomgang av de individuelle planene til de fire brukerne som hadde dette, der innholdet ble sett opp mot kravet som fremgår av Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Tabell 8 - Innhold i individuell plan

Referanse	Sjekkpunkt	Mappegjennomgang
<p>Intern rutine for individuell plan</p> <p>Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven</p>	<p>Individuell plan skal inneholde</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En oversikt over mål, ressurser og behov for tjenester. 2. En oversikt over hvem som deltar med planen. 3. En angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordning og fremdrift i arbeid med plan. 4. En oversikt over hva bruker og pårørende vil bidra med. 5. En oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem. 6. En beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres. 7. En angivelse av planperiode og tidspunkt for revisjon. 8. Brukers samtykke til utarbeidelse av plan og involverte parter til taushetsbelagte opplysninger. 9. En oversikt over samarbeid med eksterne tjenesteytere. 	<p>1 av 4 mangler en oversikt over hva bruker/pårørende kan bidra med (4).</p> <p>4 av 4 mangler en angivelse av planperiode og tidspunkt for revisjon (7).</p> <p>2 av 4 mangler samtykke til å utarbeide plan og til å dele taushetsbelagte opplysninger (8).</p>

Gul markering betyr at enkelte av de gjennomgåtte mappene har mangler som fører til at sjekkpunktet ikke er tilstrekkelig ivare tatt, og indikerer et forbedringspotensial.

De fire individuelle planene ble sett opp mot kravet som fremgår av forskrift for individuell plan¹², med en gjennomgang fra punkt 1-9. Etter revisjonens vurdering er kravene til individuell plan i hovedsak oppfylt, men med enkelte avvik. Ingen av de fire planene har en angivelse av planperiode og tidspunkt for revisjon av plan. Én av de fire planene manglet en oversikt over hva bruker/pårørende kan bidra med, mens dette etter revisjonens vurdering er oppfylt i de tre andre gjennomgåtte planene. To av de fire planene mangler dokumentasjon om at bruker samtykker til at det kan deles taushetsbelagte opplysninger med involverte parter. De samme to brukerne har heller ikke gyldige samtykkeerklæringer scannet inn i Geric, i henhold til rutine.

I henhold til tjenestens rutine skal samordnet plan benyttes dersom det er behov for koordinerte tjenester uten at tjenestemottaker ønsker individuell plan. Revisjonen har tatt utgangspunkt i at dette omfatter brukere som ikke allerede har individuell plan, og som mottar tjenester fra to eller flere tjenesteaktører. Av de 22 gjennomgåtte brukerne, gjelder dette for 12 av dem.

¹² FOR-2011-12-16-1256 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering)

Tabell 9 - Bruk av samordnet plan

Referanse	Sjekkpunkt	Mappegjennomgang
Intern rutine for samhandling	Ved behov for koordinerte tjenester der tjenestemottaker ikke ønsker individuell plan, skal samordnet plan benyttes.	Ingen av brukerne har samordnet plan.

Rød markering innebærer at flertallet av enkeltsakene revisjonen har gjennomgått, ikke er i henhold til sjekkpunktet.

Av revisjonens gjennomgang fremgår det at ingen av de 22 brukerne har samordnet plan.

Også da det ble gjennomført tilsyn av Statsforvalteren i 2019 ble mangelen på utarbeidede individuelle planer og samordnede planer påpekt i lovbrudd 1 «...*det mangler samordnede plan for de som har behov for dette*». Ved deres gjennomgang av 10 brukere på daværende Ekelunden, fant man at én av brukerne hadde individuell plan. Statsforvalteren vurderer at dette medfører en tjeneste som er for personavhengig med for stor usikkerhet omkring samordningen av den.

Brukerorganisasjoner og brukerråd

Enheten har flere pågående prosjekter med brukerorganisasjoner, blant annet er det inngått en samarbeidsavtale med Blåkors, A-larm og NORCE med den hensikt å utvikle en modell for hvordan frivillig sektor kan bidra i innsatsen for å bedre seksuell helse for mennesker med rusutfordringer. I tillegg er kommunen, ved enhet psykisk helse og rus, involvert i prosjekter som brukerstyrt seng og likemannstjeneste, BRUS-prosjektet samt Praxis-bruker, som alle er prosjekter med brukerinvolvering i fokus, der brukerorganisasjonene er sentrale samarbeidsaktører.

I samarbeid med brukerorganisasjonene ble det også besluttet opprettelse av brukerråd, med oppstart i februar 2020. Brukerrådet fungerer som enhetens formelle organ for brukermedvirkning, og består av brukere av tjenesten, representanter fra brukerorganisasjonene (A-larm og LPP), samt enhetsleder og avdelingsledere. Rådet har fast møtearena en gang i kvartalet.

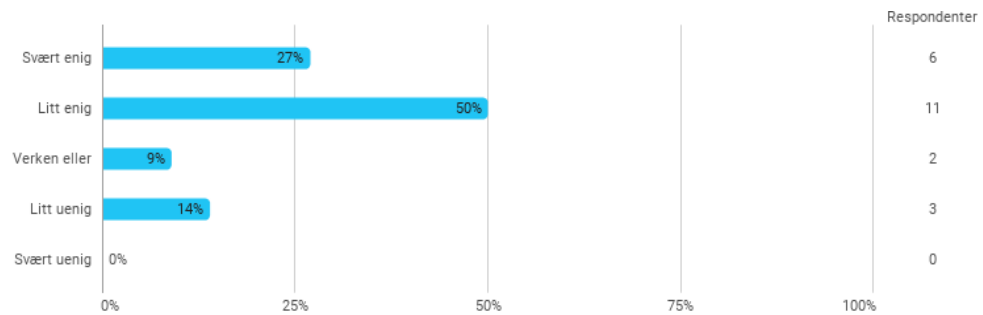
Pårørende- og brukerundersøkelse

Enheten har gjennomført brukerundersøkelse i 2018 og 2020, og det er utført årlig brukertilfredsevaluering i regi av Helsedirektoratet og BrukerPlan kartlegging. Det vises også til at det nylig er gjennomført en pårørendeundersøkelse, der man nå har satt ned en arbeidsgruppe som jobber med resultatene og for å etablere tiltak.

Avdelingsleder for sosialambulerende team viser til at resultatene fra gjennomførte brukerundersøkelser blir gjennomgått i brukerråd og i samarbeid med brukerorganisasjonene. Eksempelvis har man arbeidet med å forbedre tilgjengelig informasjon om tjenestetilbudet, som det av forrige brukerundersøkelse fremgikk at brukerne ikke opplevde som

tilfredsstillende nok. Dette støttes opp av avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenester, som beskriver at resultatene av brukerundersøkelsene følges opp, og at tjenestene spisses etter de tilbakemeldingene man får.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen stilt påstanden: «*Brukere og pårørende blir gitt god mulighet til å gi tilbakemeldinger på tjenesten, og dette blir vektlagt i tjenestens videre arbeid*» (N=22)



Av resultatene fremgår det at 77 % er litt eller svært enige i dette, mens ingen sier seg svært uenige.

3.1.5 REVISORS VURDERINGER

Enhet psykisk helse og rus ble opprettet 1. januar 2019, ved at fagområder fra tre ulike enheter ble organisert i en felles enhet. Etter revisjonens vurdering medfører den nye organiseringen at brukere med samtidige rus- og psykiske helseutfordringer får en mer helhetlig oppfølging. Dette støttes opp av enhetsleder og avdelingsledere. Kommuneoverlegen viser i henvendelse fra revisjonen til at hans klare oppfatning er at enheten etter omorganiseringen i 2019 har kunnet gi bedre, mer samordnede og planmessige tjenester til brukerne, der det jobbes vedvarende med kvalitetsforbedringer og tjenesteutvikling.

Som en del av enhetens arbeid med å sikre helhetlig forebygging, behandling og ettervern for brukerne av rus og psykisk helsevern i Grimstad kommune, fremstår det at samarbeid med interne og eksterne tjenesteaktører utgjør en vesentlig faktor. Det fremgår i henhold til lovkrav av helse- og omsorgstjenesteloven, at kommunen har en plikt til å tilrettelegge for samhandling mellom involverte tjenester.

Revisjonen vurderer at enhet for psykisk helse og rus i det store bildet har etablert gode samarbeidsarenaer, både med interne og eksterne instanser. Det fremgår av oversendt dokumentasjon at det i de fleste tilfeller er utarbeidet samhandlingsrutiner og samarbeidsavtaler mellom enheten og relevante tjenesteaktører, der det også vises til flere prosjekter og samarbeid som er opprettet i henhold til opplevd behov. Blant annet vises det til samarbeidsprosjekt mellom enheten og spesialisthelsetjenesten, der man har utarbeidet rutine med tiltak for å redusere bruken av tvangsinnleggelse, samt pågående forsøksordning med Tjenestekontoret der psykisk helse i større grad gjennomfører kartlegging av brukere selv i forbindelse med tjenestetildeling.

På tross av godt etablerte samarbeidsarenaer i den nye organisasjonen, vurderer revisjonen at den nye organiseringen har ført til at samarbeidet i brukeroverganger mellom Familiesenteret og enhet for psykisk helse og rus er svekket. Dagens organisering innebærer at brukere må forholde seg til to ulike enheter ut ifra alder (over/under 18 år). Etter Familiesenterets erfaring har flyttingen av psykisk helse, først organisatorisk ut av helsetjenesten, og deretter fysisk til rådhuset, skapt større avstand og færre kontaktpunkter, og med dette bidratt til å svekke Familiens hus som samarbeidsmodell.

Når det gjelder brukerinvolvering har enheten etter revisjonens vurdering lagt ned mye arbeid for å sikre brukers rett til involvering, i henhold til lovkrav som fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven. En rekke tiltak ble innført for å rette opp i de lovbrudd som fremgikk av Statsforvalters tilsyn i 2019, herunder utarbeidelse og revidering av rutiner, sjekklister og gjennomføring av månedlig internkontroll i dokumentasjonssystemet.

Revisjonen gjennomførte i sin revisjon en gjennomgang av dokumentasjon hos 22 brukere av Vossgate/miljøtjenesten, der brukerinvolvering på individnivå var undersøkelsesobjektet. Av mappegjennomgangen fremgikk det at det hos seks av 22 brukere var fylt ut sjekklister i løpet av de siste seks månedene, i henhold til enhetens rutine. Av revisjonens totalt 22 gjennomgatte brukere hadde åtte av dem samtykkeerklæring med gyldig dato. Revisjonen fant

at totalt fire av brukerne hadde individuell plan, mens ingen av brukerne hadde utarbeidet samordnet plan, som det av enhetens rutine fremgår at skal utarbeides hos brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester som ikke har individuell plan. Etter revisjonens vurdering er innholdet i de fire gjennomgåtte individuelle planene i hovedsak utarbeidet i tråd med de krav til innhold som fremgår av forskrift om habilitering og rehabilitering. Det er imidlertid i alle planene mangelfull informasjon om planperiode og tidspunkt for revisjon, og tre av de fire planene er mer enn to år gamle.

Med bakgrunn i oversendt dokumentasjon og mappegjennomgang vurderer revisjonen at enheten har tilstrekkelige systemer i form av rutiner, maler og sjekklister for å sikre at brukerinvolvering på individnivå ivaretas, men at dette ikke systematisk nok følges opp i møte med den enkelte bruker. Revisjonen anser det imidlertid som positivt at enheten har etablert et system for internkontroll som et ledd i utbedringen av dette.

Enheten har etter revisjonens vurdering iverksatt ulike tiltak for å sikre brukerinvolvering på systemnivå, som i henhold til overordnede lovkrav blant annet innebærer involvering av brukere og pårørende når tjenester skal evalueres og utvikles. Blant tiltakene enheten har iverksatt fremgår oppstart av flere samarbeidsprosjekter med brukerorganisasjonene, blant annet gjennom prosjektene BRUS, Praxis-bruker og brukerstyrt seng og likemannstjenesten. Tjenesten har også nylig opprettet eget brukerråd, som skal være tjenestenes formelle organ for brukermedvirkning. Det gjennomføres kontinuerlige brukerundersøkelser, både i egenregi og i statlig regi gjennom BrukerPlanKartlegging og Brukertilfredsevalueringen. Både avdelingsledere og enhetsleder viser til at man følger opp resultatene fra brukerundersøkelser ved at tjenestene spisses etter de tilbakemeldinger tjenesten får, og 86 % av de ansatte sa seg enige eller forholdt seg nøytrale til påstanden om dette i revisjonens spørreundersøkelse.

3.2 RESSURSBRUK OG KOMPETANSE

2. Sikrer Grimstad kommunes tilbud innen rus- og psykisk helsevern hensiktsmessige prioriteringer ved forvaltning av ressurser, med fokus på økonomistyring, bemanning og kompetanse?

3.2.1 REVISJONSKRITERIER

I følgende delkapittel vil det presenteres formelle krav, normer og standarder innenfor økonomistyring, bemanning og kompetanse, som utgjør grunnlaget for de vurderinger og konklusjoner som trekkes av revisjonen.

Bruk av ressurser

Grimstad kommune har i henhold til kommunelovens § 1 et overordnet mål om rasjonell og effektiv forvaltning av de kommunale og fylkeskommunale fellesinteresser, noe som fordrer god økonomistyring og optimal produktivitet i kommunens enheter.¹³

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd har kommunen en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med krav i lov eller forskrift.¹⁴ Etter lovforarbeidene innebærer kravet til *planlegging* at kommunen må vurdere behovet for tjenestene og planlegge hvordan behovet skal dekkes. Spesielt viktig er her kommunens ansvar for å vurdere behovet for nødvendig personell og kompetanse og legge planer for rekruttering for til enhver tid å kunne tilby nødvendige og forsvarlige tjenester som dekker behovet i kommunen. Kravet til *gjennomføring* innebærer at kommunen har ansvar for at tjenestene blir organisert og gjennomført i henhold til vedtatte planer, og at tjenestene som tilbys er forsvarlige. Krav til *evaluering* går ut på at kommunen har ansvar for å evaluere gjennomføringen av tjenestetilbudet systematisk, og kravet til *korrigering* innebærer at kommunen er ansvarlige for å korrigere uforsvarlige og uønskede forhold.¹⁵

De ovennevnte pliktene reguleres nærmere i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, hvor det i forskriftens § 3 heter at den med det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, og at medarbeiderne i virksomheten skal medvirke til dette.¹⁶

¹³ LOV-1992-09-25-107 Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

¹⁴ LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)

¹⁵ Ibid side 141-142

¹⁶ FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Sykefravær

To tiltak er lovbestemt når det gjelder oppfølging av sykemeldte, jf arbeidsmiljøloven § 4-6 ledd 3 og 4.¹⁷ Dette gjelder tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne og omhandler arbeidsgivers plikt til å utarbeide en oppfølgingsplan, samt gjennomføre dialogmøte. Oppfølgingsplanen skal utarbeides i samråd med arbeidstaker med mindre dette er åpenbart unødvendig.

Kompetanse

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er det krav til at kommunens virksomhet skal sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse innen det aktuelle fagfeltet.¹⁸ Dette fremgår også av Helse- og omsorgstjenestelovens § 8-2, der kommunens plikt til å sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven, får påkrevd videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like, beskrives.

Oppsummert vil revisjonen ta utgangspunkt i følgende kriterier:

- Det skal sikres god økonomistyring og optimal produktivitet i kommunens enheter.
 - Kommunen plikter å følge krav til styringssystem; plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og koordinere virksomhetens aktiviteter.
 - Kommunen er pliktige i å følge opp sykemeldte som er helt eller delvis borte fra jobb gjennom dialogmøte og oppfølgingsplan.
 - Medarbeidere i virksomheten skal ha nødvendig kunnskap og kompetanse innen aktuelt fagfelt.
-

¹⁷ LOV-2021-06-18-127 Lov om arbeidsmiljø. Arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)

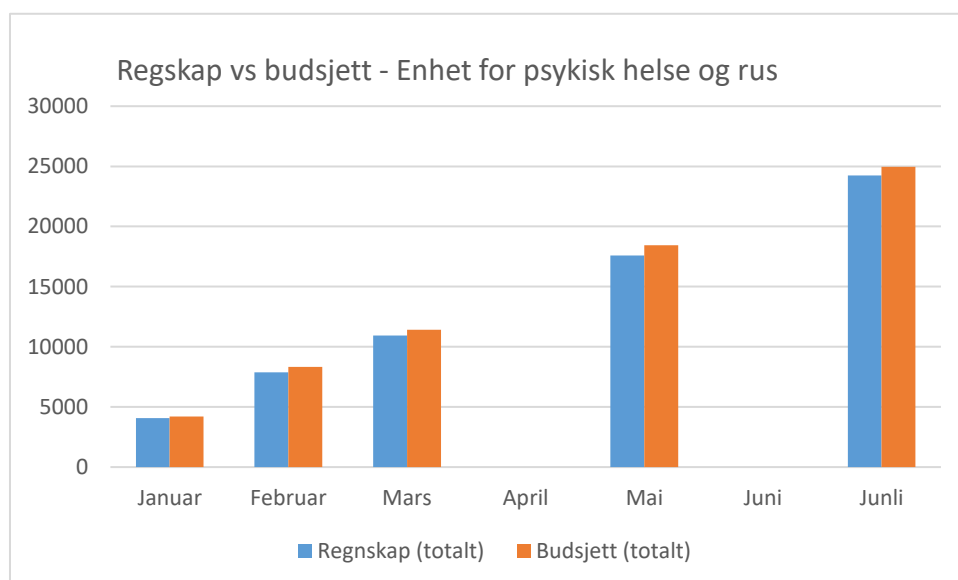
¹⁸ FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

3.2.2 ØKONOMISTYRING

Enhet for psykisk helse og rus har siden ny organisering i hovedsak hatt et forbruk i tråd med vedtatt budsjett. Enheten hadde i 2019 sitt første år med selvstendig budsjett, og fikk da et mindreforbruk på 3 millioner kroner fra revidert budsjett på 41,6 millioner kroner. Årsaken til mindreforbruket blir forklart gjennom refusjoner fra ressurskrevende brukere¹⁹. I 2020 fikk enheten et merforbruk på 350.000 kr, mot revidert budsjett på 42,4 millioner kr.²⁰ Av enhetens årsmelding for 2020 vises det til at man ble pålagt innsparingskrav, noe enheten har innfridd ved å redusere med 2,5 årsverk på natt i tillegg til å kutte ett årsverk i miljøtjenesten.

Av enhetens oversendte månedsrapporter for 2021 fremgår det at enheten i stor grad har overholdt sin budsjetttramme for året, der man per juli 2021 ligger an til et mindreforbruk på kr 700.000

Tabell 10 - Månedsrapportering 2021



Av årsrapporter og intervju med enhetsleder fremgår det at enhetens budsjetttramme har vært relativt stabil for de tre årene enheten har eksistert. Enhetsleder viser til at enheten, som de fleste andre enheter innen sektoren, har fått enkelte nedtrekk, men at man foreløpig har hatt rom nok i budsjettet til å klare disse kuttene uten at det har ført til merforbruk. Etter enhetsleders erfaring er det stor takhøyde for å drøfte budsjettet med kommunalsjef og økonomirådgiver dersom man ser at det ikke er tilstrekkelig budsjettdekning. Dette har imidlertid i liten grad vært nødvendig som følge av at man i hovedsak opplever å ha god nok dekning slik det er i dag.

¹⁹ Enhetens årsmelding 2019

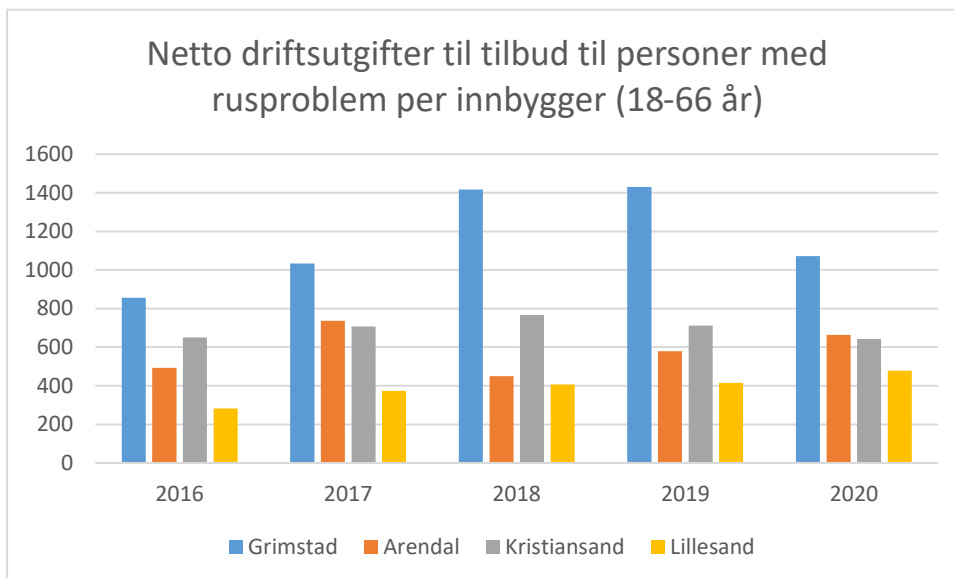
²⁰ Enhetens årsmelding 2020

Når det gjelder å sikre at enheten overholder vedtatt budsjettramme viser enhetsleder til at dette hvert år er et stort fokus. Det vises til at enheten jobber for å tenke nytt rundt hvordan man kan bruke ressursene på smartest mulig måte, og det gjøres hele tiden tiltak for å levere gode tjenester i henhold til rammen. Blant annet har enheten satset mye på velferdsteknologi, der det eksempelvis er tatt i bruk digital hjemmeoppfølging som tiltak innen psykisk helse. Den digitale oppfølgingen er noe man håper vil favne flere brukere, uten at dette vil gå utover kvaliteten på tjenestetilbudet.

KOSTRA

Av data fra KOSTRA fremgår det at enheten har hatt høye utgifter til personer med rusproblemer per innbygger i kommunen (18-66 år) sammenlignet med Arendal, Lillesand og Kristiansand.

Tabell 11 - Netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer per innbygger (18-66 år) fra KOSTRA



I henhold til datagrunnlaget fremgår det at Grimstad kommune brukte opp mot 1400 kr per innbygger (18-66 år) på tilbud til personer med rusproblemer. Det har i henhold til fremstilt data imidlertid vært en nedgang i 2020 til omkring 1000 kr per innbygger. Kommunen ligger på tross av nedgangen likevel nær dobbelt så høyt som sammenlignbare kommuner på området.

I intervju med avdelingslederne og enhetsleder vises det til at data som fremgår av KOSTRA ikke er reelle, og at de avvikende verdiene skyldes feilregistrering i systemet, blant annet i forbindelse med aktivitetstilbudet. Dette ble enheten gjort kjent med i fjor, og det pågår nå arbeid med å rette opp grunnlaget. Det er forventet at KOSTRA for 2021 med dette vil være en bedre indikator for de faktiske kostandene per innbygger som tjenesten har til personer med rusproblemer.

Rolle- og ansvarsfordeling - økonomi

Avdelingslederne har et selvstendig ansvar for personell, økonomi, fag og informasjon (PØFI-ansvar) på sine respektive avdelinger, mens enhetsleder er involvert i dette på et mer overordnet nivå. Enkelte områder av avdelingsledernes økonomiansvar er av ressurs hensyn lagt hos enhetsleder, slik som oppfølging av refusjoner for ressurskrevende brukere. Dette gjennomføres etter avtale mellom enhetsleder og avdelingsleder for sosialambulerende team ved at det en gang i måneden oversendes registrering av tid hos ressurskrevende brukere, som igjen har sin bakgrunn i jevnlig rapportering av de ansatte i personalgruppa på avdelingen. Enhetsleder involverer videre økonomirådgiver i forbindelse med å søke refusjoner for disse brukerne.

Enhetsleder opplever å ha et godt samarbeid med økonomirådgiver og administrasjonen, der det er lagt gode og tydelige ansvarsrammer. Sektoren har månedlige fellesmøter med HR/økonomi, i tillegg til at enheten, ved enhetsleder og avdelingsledere, gjennomfører månedlige økonomimøter med kommunalsjef og økonomirådgiver. Avdelingslederne leverer månedlige økonomirapporter til enhetsleder, som videre samler disse sammen til en felles rapport til økonomisjef. Etter enhetsleders oppfatning er ansvarsfordelingen hensiktsmessig organisert da man med dette i større grad kan se de to avdelingene under ett. Selv om enhetsleder sitter med overordnet økonomiansvar, kan avdelingsledere til enhver tid gå inn i budsjettet og sjekke fakturaer for sine avdelinger i sine budsjetter. Etter enhetsleders oppfatning er det god kommunikasjon mellom avdelingsleder og enhetsleder rundt disse transaksjonene, og enhetsleder slutfører aldri en faktura uten å konsultere dette med avdelingslederne dersom dette omfatter utgifter enhetsleder ikke har kjennskap nok til.

Avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenester viser til at omorganiseringen for sin del har ført til en redusert oversikt over avdelingens midler. De stramme rammene som kommer fra ledelsen har medført at avdelingsleder opplever at det har blitt vanskeligere å bruke budsjettet som et styringsverktøy. Avdelingsleder ser det i denne sammenheng som avgjørende at man i tiden fremover definerer rollene og ansvarsfordelingen tydeligere, da denne avklaringen frem til nå oppleves å ha gått litt for fort.

Tilskudd og refusjoner

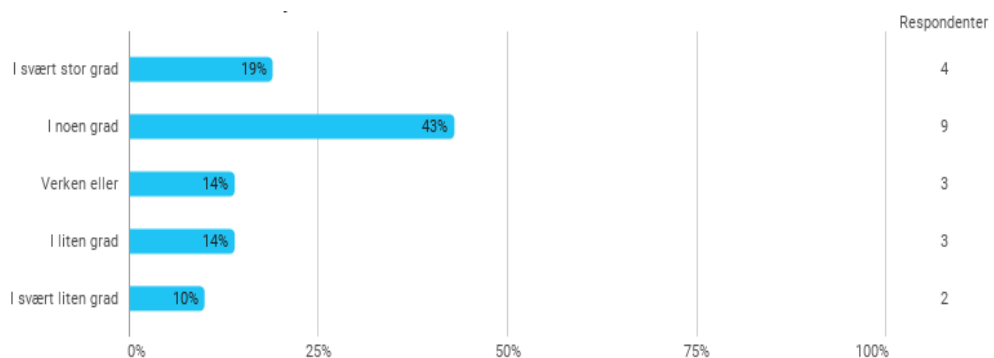
Innsatsteamet som ble opprettet i 2020 er et resultat av tilskuddsmidler tildelt av Statsforvalteren, og tilskuddet skal drifte teamet de fire første årene. Innsatsteamet ble politisk godkjent med bakgrunn i at enheten skal finansiere tjenestetilbudet selv etter at tilskuddsmidlene opphører. I denne forbindelse viser enhetsleder til at man prøver å ligge i forkant, og at det nå jobbes for å avsette fremtidige midler i budsjettet nok til å kunne drifte tjenesten når tilskuddsperioden etter hvert opphører. Blant annet viser enhetsleder til at man ser dette i forbindelse med naturlige avganger innen enheten, og lar være å besette stillinger der dette lar seg gjøre, slik at midlene på sikt kan gå til finansiering av innsatsteamet. På samme måte er booppfølgingstjenesten et resultat av tilskuddsmidler, der man på tilsvarende måte jobber for å kunne ivareta tjenestetilbudet når tilskuddsmidlene opphører.

I forbindelse med oppfølging av refusjoner fra ressurskrevende brukere, opplever enhetsleder og avdelingsleder for sosialambulerende team, som tidligere beskrevet, tydelige rolle- og ansvarsavklaringer i forbindelse med oppgaven. Enhetsleder opplever å inneha tilstrekkelig oversikt over brukerne, der man mottar de refusjonene man har krav på. Inntektene har imidlertid blitt noe lavere år etter år, noe enhetsleder ser i sammenheng med enhetens visjon «målrettet mestring». Målsettingen med enhetens bistand er at brukerne skal bli så selvstendige som mulig. At man på sikt opplever mindre ressurskrevende brukere ses i denne sammenheng som et kvalitetstegn på tjenestene man gir.

Informasjon til de ansatte - økonomi

Avdelingene avholder personalmøter hver 6. uke. I tillegg har enheten planlagt fire personalmøter for enheten i året, men under pandemien har det kun vært avholdt et digitalt møte. Enhetsleder viser til at dette har ført til situasjoner der ansatte stiller spørsmål om hvorfor man ikke kan leie inn ekstra når man nettopp har lest i avisen at enheten går i pluss. Enhetsleder opplever dette som en uheldig situasjon, som skyldes at man ikke har fått informert godt nok om tankegangen bak at ting ser ut slik som det gjør for enheten. Det vises til at innsatsen de ansatte legger ned gjennom den nøkterne driften enheten opprettholder, blant annet kommer til syne gjennom handlingsrommet enheten har til å for eksempel kunne prioritere kurs og utdanning. Enhetsleder påpeker at hun anser at enheten har et forbedringspotensial gjennom å videreformidle denne informasjonen til personalgruppa.

I spørreundersøkelsen ble de ansatte stilt spørsmålet «*Opplever du at leder orienterer om enhetens økonomiske situasjon?*» (N=21)



Av svarene fremgår det at hoveddelen (62%) av de ansatte i svært stor, eller noen grad opplever å bli orientert om økonomisk situasjon. Samtidig svarer én av fire at de i liten eller svært liten grad opplever dette. Det fremkommer også en signifikant forskjell mellom de to avdelingene, hvor ansatte fra sosialambulerende team i mindre grad opplever å motta denne typen informasjon enn hva de ansatte på avdeling for forebyggende og rehabiliterende tjenester gjør.

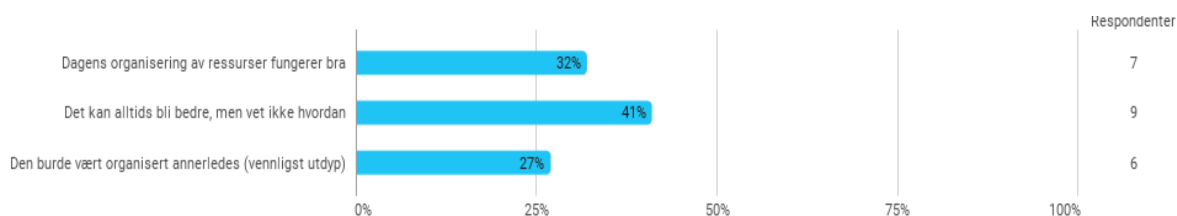
3.2.3 PERSONALRESSURSER

Enheten har per april 2021 57,4 årsverk, hvorav 33,7 av disse årsverkene er underlagt sosialambulerende team, 19 er underlagt avdeling for forebyggende og rehabiliterende tjenester, mens fire av årsverkene inngår i enhetens ledelse og fagstøtte. Enhetsleder viser til at årsverkene innen de to avdelingene har vært stabile over en lengre periode, der tidligere avdeling for psykisk helse - som nå inngår i avdeling for forebyggende og rehabiliterende tjenester - har beholdt sine årsverk gjennom omorganiseringen. Av enhetens årsverk er 93 % av dem faste årsverk, mens de resterende er midlertidige. De ansatte på enhet for psykisk helse og rus har i gjennomsnitt en stillingsstørrelse på 83,8 %.²¹

Sosialambulerende team har i hovedsak ansatte i turnus, der det på Charlottenlund, Vossgate/Miljøtjenesten og Fjæreveien er personale både dag og kveld, med ambulerende nattevaktstjeneste fra Vossgate. På avdeling for forebyggende og rehabiliterende tjenester er de ansatte kun i dagstillinger.

Avdelingsleder for sosialambulerende team er ansvarlig for utarbeidelsen av turnus for sin avdeling, og det er i hovedsak kun henne og tillitsvalgte som er involvert i dette arbeidet. Tjenesten praktiserer ønsketurnus, der de ansatte kan ønske seg vakter i henhold til eget behov. Etter avdelingsleders oppfatning vil det alltid være noen som ikke er helt fornøyd med vaktene i turnus, men det jobbes for å sette denne opp slik at alle både må gi og ta litt i perioder, og hovedoppfatningen er at de ansatte er fornøyde.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen stilt spørsmålet «*Hvordan vil du best beskrive dagens organisering av personalressurser og turnusplanlegging?*» (N=22)



Av svarene fremgår det at 32 % av de ansatte opplever at dagens organisering fungerer bra, mens de resterende 68 % enten svarte at det kan organiseres bedre uten å vite hvordan, eller at det burde vært organisert annerledes. Av forslag til hvordan dette burde vært organisert annerledes er det lite gjennomgående temaer som kommenteres på, men et punkt som flere ansatte viser til, er at det anses som hensiktsmessig med økt fokus på å få inn riktig kompetanse ved innleie av ekstravakter. Ingen av de ansatte kommenterer noe om at tildeling og planleggingen av vaktene i turnusen burde vært gjort annerledes, men det nevnes av enkelte at man gjerne skulle hatt ferie- og høytidsturnuser i litt bedre tid for å øke ansattes

²¹ Tertialrapport (1) 2021

forutsigbarhet. Det påpekes også at man ser et ressurspotensiale i å lære opp alle tjenestens ansatte enda bedre i EPJ-systemet, Geric, slik at mindre rapportering må foregå muntlig.

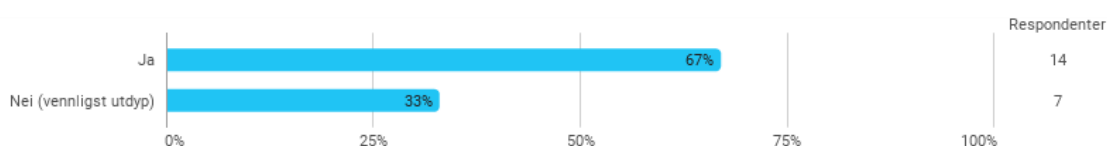
Fordeling av ressurser

Enheten viser gjennom sin rapportering til et nøkternt bruk av innleie ved fravær i grunnbemanning. Avdeling for forebyggende og rehabiliterende tjeneste leier ikke inn ved fravær, noe avdeling for sosialambulerende tjenester gjør, som følge av at sosialambulerende tjenester tilbyr flere heldøgnbaserte tjenester der de ansatte går i turnus. Enhetsleder beskriver at man ved fravær i grunnturnus innen sosialambulerende tjenester gjør faglige vurderinger vedrørende om det er behov for innleie eller ikke. Det beskrives at enheten har et bevisst fokus på å drifte nøkternt, uten at dette skal gå på bekostning av kvaliteten på tjenestene.

Av enhetens månedsrapportering for 2021 fremgår det at sosialambulerende team unnlot å leie inn ved fravær på totalt 30 vakter i januar og februar, 14 vakter i mars og 23 vakter i juli. Det vises i tillegg til at det ble brukt lite overtid i denne perioden. Videre fremgår det av månedsrapportering at avdeling for forebyggende og rehabiliterende tjenester har hatt sykefraværsrefusjoner uten å leie inn ved fravær, som er brukt til å dekke opp for eventuelle merkostnader ved innleie på sosialambulerende team.

I intervju med avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenester beskrives det som forståelig at det ikke leies inn ved korttidsfravær på avdelingen, da dette ikke anses som hensiktsmessig med tanke på relasjonsbygging, og at slikt innleie ville forstyrret én-til-én kontakten de ansatte på avdelingen har med brukerne. Når det gjelder sykemeldinger som går over lengre tid ser avdelingsleder imidlertid et større behov for å ta i bruk ekstra personalressurser, slik at ikke all den ekstra belastningen ved fraværet faller på personalet som allerede er i jobb. Etter samme avdelingsleders oppfatning har det siden omorganisering vært et veldig fokus på innsparing i enheten, uten at midlene som spares inn kommer personalet til gode. Avdelingsleder viser til at dette påvirker de ansattes motivasjon til å ta i et ekstra tak, og at man gjerne skulle sett at det kom mer anerkjennelse fra ledelse til personalgruppa for innsatsen. Avdelingsleder beskriver at psykisk helse etter hans oppfatning har vært en salderingspost i alle år, og at det hadde vært ønskelig at politikerne i større grad kunne se det hele bildet av dette.

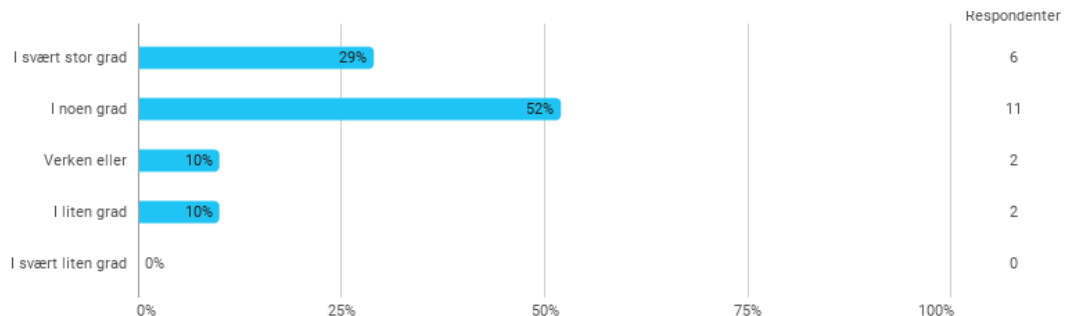
De ansatte ble i spørreundersøkelsen stilt spørsmålet: «*Opplever du at personalressursene innen rus- og psykisk helsevern er hensiktsmessig fordelt mellom de ulike tjenestene?*» (N=21)



Av svarene fremgår det at 67 % opplever en hensiktsmessig fordeling av ressursene, mens 33 % ikke gjør dette. Det er en like stor andel fra begge avdelingene som opplever at ressursene

ikke er hensiktsmessig fordelt, og det fremgår av kommentarene til de som har svart nei på spørsmålet, ingen gjennomgående skjevfordeling til enkelte tjenester fremfor andre.

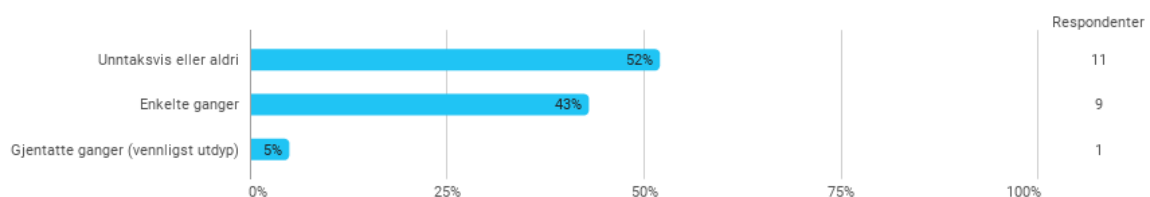
Videre fremgår det av spørsmålet «*Mener du at dagens bemanning sikrer tilstrekkelig kvalitet på tjenestene?*» (N=21), at de ansatte i hovedsak opplever å være bemannet nok til å kunne gi tjenester av tilstrekkelig kvalitet



Blant respondentene er det en noe høyere andel av ansatte fra avdelingen for forebyggende og rehabiliterende tjenester som opplever at dagens bemanning sikrer tilstrekkelig kvalitet på tjenestene. Fra denne avdelingen har kun to svart verken eller, og ingen har svart i liten eller svært liten grad.

Dette støttes opp i spørsmål om bemanningssituasjonen har ført til kritiske situasjoner for bruker, der ingen ansatte fra avdeling for forebyggende og rehabiliterende tjenester svarte gjentatte ganger, mens bare 10 % svarte at dette har skjedd enkelte ganger. Fra avdeling for sosialambulerende team svarte derimot 73 % at man har opplevd dette enkelte ganger, mens 7 % svarte at man har opplevd dette gjentatte ganger. Av personvern hensyn vises bare total oppslutning for enheten i sin helhet.

«*Har du opplevd at bemanningssituasjonen har ført til kritiske situasjoner for bruker?*» (N=21)



Sykefravær

Enheten har siden den oppstod 1. januar 2019 hatt et totalt sykefravær på mellom 9 % og 14 %. Til sammenligning lå landsgjennomsnittet for totalt sykefravær i kommunal helse- og

omsorgstjeneste i 2019 på 11 %.²² Av enhetens virksomhetsplan for 2021 fremgår et mål om et totalt sykefravær på 8 %.

Tabell 12 - Sykefravær enhet psykisk helse og rus

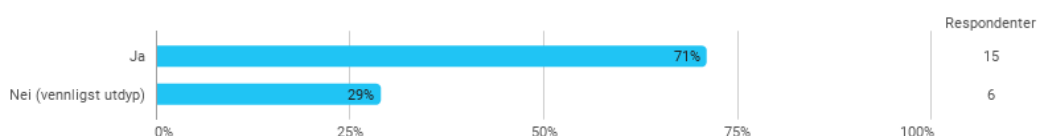
Måleindikator	Korttid	Langtid	Totalt
2019	1,9%	9,7%	11,6%
2020	2,7%	11,1%	13,8%
2021	2,1%	7,0%	9,1%

Av enhetens årsmelding og tertialrapport fremgår det at fraværet i liten grad er jobbrelatert, der man jobber godt i begge avdelinger for å redusere sykefravær. Dette vises også til i samtlige intervjuer. Enhetsleder beskriver at sykefraværet for enheten i stor grad skyldes tilfeldigheter som kronisk sykdom, der de ansatte med langtidsfravær har hatt store stillingsprosenter, som dermed utgjør mye av det totale fraværet. Enhetsleder viser til at avdeling for forebyggende og rehabiliterende tjenester har hatt et fravær opp mot det dobbelte av hva avdeling for sosialambulerende tjenester har hatt, der man i utgangspunktet kunne forventet at det var motsatt som følge av turnusbelastningen sosialambulerende team har.

Avdelingsleder for sosialambulerende team beskriver at det arbeides for å følge opp sykefraværet tett, og det holdes en jevnlig kontakt med de sykemeldte. Avdelingsleder viser til at det til at det gjennomføres dialogmøte og utarbeides oppfølgingsplan for ansatte der dette er relevant, i henhold til lovkrav fra arbeidsmiljøloven (AML). Det påpekes også at ansatte med langtidsfravær blir gitt gode muligheter for tilrettelagt arbeid.

Også avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenester viser til å ha et stort handlingsrom når det gjelder tilrettelegging, der det tilstrebes å følge opp de ansatte på en måte som ivaretar de sykemeldte på best mulig måte. Sykefraværet på avdelingen er på vei til å bedres, blant annet som følge av naturlig avgang hos flere av de langtidssykemeldte ansatte. Avdelingsleder viser til at det i tilfeller der det anses som relevant, gjennomføres dialogmøter, der avdelingsleder ringer, møter og følger opp de ansatte med plan, i henhold til lovkrav i AML.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen stilt spørsmålet: «*Kostnader ved sykefravær er en vesentlig faktor for merforbruk. Opplever du at ledelsen involverer ansatte med å redusere dette?*» (N=21)



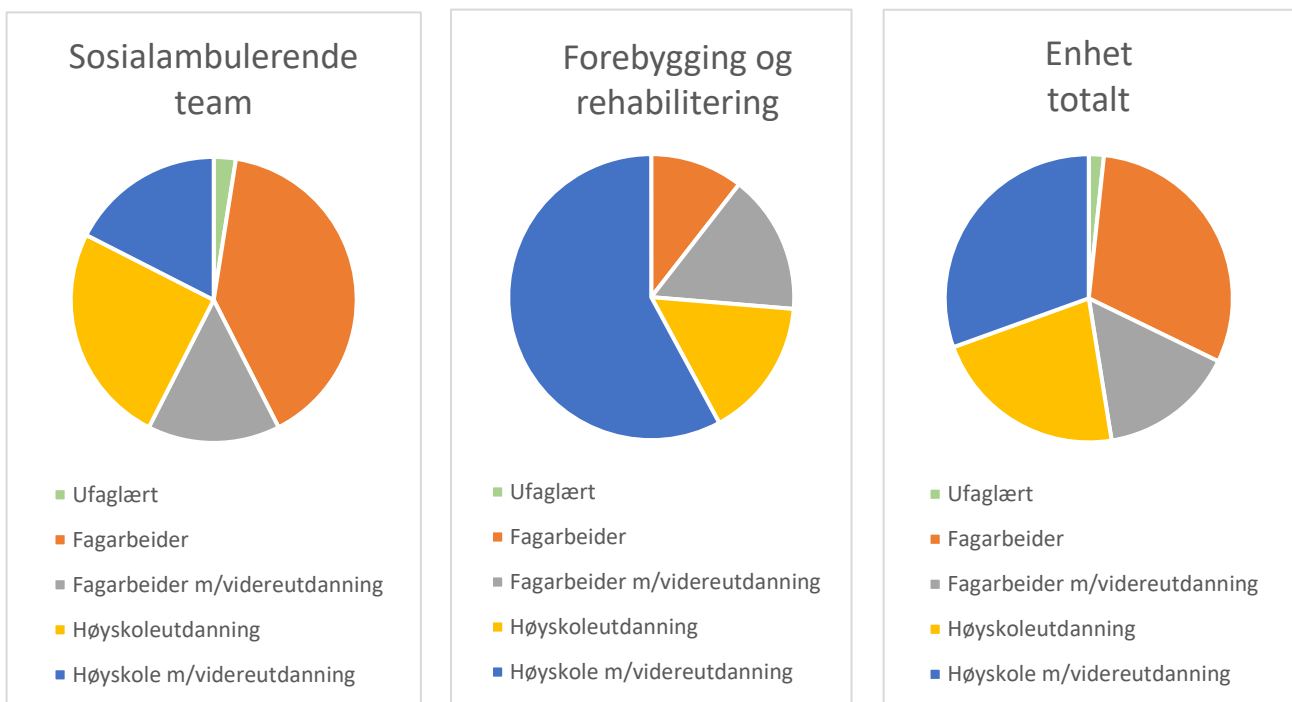
²² Helsedirektoratet 2021. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). *Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.*

Av svarene fremgår det at 71 % opplever at ledelsen involverer de ansatte, mens 29 % svarer at man ikke opplever dette. Også her er det en vesentlig forskjell mellom de to avdelingene, der omkring halvparten på sosialambulerende team svarer nei, mot 10 % av de ansatte på avdeling for forebyggende og rehabiliterende tjenester. Av kommentarene til de som sier nei til dette, viser flere til at de ikke opplever å ha god nok dialog med ledelsen, der ansattes synspunkter ikke kommer tydelig nok frem. Enkelte ansatte viser til at temaet har vært tatt opp på møter uten at man har sett at det har ført med seg tiltak eller endringer. De ansattes oppfatning av å ikke bli informert nok ved sykefraværsoppfølging, bør ses i sammenheng med tidligere avsnitt, der flere påpekte at de savnet mer informasjon om hva som foregikk i enheten.

3.2.4 KOMPETANSE

Enheten har en kompetansesammensetning bestående av ansatte som i hovedsak har fag- eller høyskoleutdanning.

Figur 2 - Kompetanse blant ansatte



Enhetsleder viser til at det stilles krav om bachelor og videreutdanning for ansatte som jobber som ruskonsulenter eller psykisk helsearbeidere på avdeling forebygging og rehabilitering, mens man ikke har dette kravet for ansatte på aktivitetssenteret under samme avdeling. Etter enhetsleders oppfatning ser man tendensen av dette også på sosialambulerende team, der en stadig større andel ansatte er høyskole- og videreutdannet. Avdelingsleder for sosialambulerende team viser til at avdelingen opplever å få mange kvalifiserte søkere med høy kompetanse ved rekruttering.

Av Grimstad kommunes strategiske kompetanseplan for helse og omsorg fremgår det at sektorens kompetanseutvikling anses som et så viktig strategisk område at ansvaret for dette tillegges kommunalsjefen for helse og omsorg. Enhetsleder har ansvar for å ha oversikt over enhetens kompetansebehov og for å iverksette og gjennomføre vedtatte tiltak. Som et ledd i dette skal det utvikles handlingsplan for kompetanse i den enkelte enhet, som skal evalueres og revideres årlig.

Revisjonen har fått oversendt enhetens handlingsplan for kompetanse for 2021-2024.

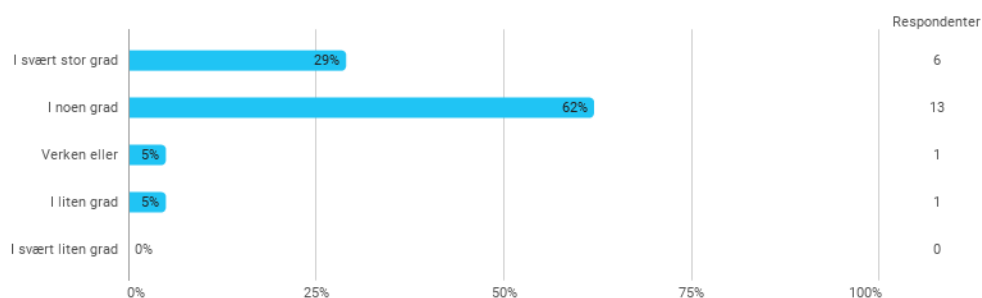
Tabell 13 – Enhetens handlingsplan for kompetanse 2021-2024

Kompetanse	
Videreutdanning i psykisk helse	2 ansatte i utdanningsløp
Videreutdanning i rus og psykisk helse	1 ansatt i utdanningsløp
Brukermedvirkning i tjenesteutvikling (UiA)	3 ansatte i utdanningsløp
Traumebevisst omsorg	Alle ansatte i 2021
Recovery (NAPHA)	Alle ansatte i 2021
Samtykkekompetansevurdering	Alle ansatte i 2020
Kurs i motiverende intervju	Alle får tilbud og de fleste har opplæringen
Kurs i depresjonsmestring	5 ansatte
Selvmord og selvskading (Korus)	4 ansatte
Grunnkurs praktisk etikk (UiO)	2 ansatte

Utover det som fremgår av tabellen har alle ansatte i enheten førstehjelpskurs, kurs i brannforebygging og slukking, samt medikamenthåndteringskurs hos ansatte med ansvar for håndtering av dette.

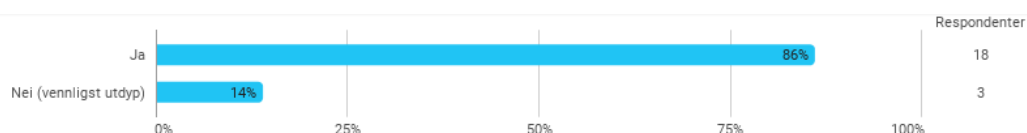
Enhetsleder viser til at enheten den senere tid har jobbet aktivt med traumebasert omsorg og recovery, i regi av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), der alle ansatte har hatt kurs i 2021. Dette beskrives av enhetsleder som kurs der man opplever mye påfyll for enheten, uten at det medfører så store kostnader. Enheten er tydelige på at de ønsker ansatte med videreutdanning, og har flere ansatte i slike videreutdanningsløp. Det arbeides for å tilrettelegge for muligheten til at ansatte uten videreutdanning tar dette, blant annet gjennom å tilby kompetansehevende midler fra Statsforvalteren, der ansatte kan få refusjon for midler til faglitteratur og andre utgifter på opp mot 10.000 kr i året. I tillegg tilbys medarbeidere i flere av videreutdanningsløpene permisjon med lønn på undervisningsdager. Etter enhetsleders oppfatning gir rammene i budsjettet muligheter til å nå enhetens kompetansemål, med bakgrunn i at man er kostnadsbevisst rundt hvilke kurs som dekkes og unngår å leie inn for ansatte som er på kurs eller i videreutdanning der dette lar seg gjøre.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen stilt spørsmålet: «I hvilken grad opplever du at det er tilrettelagt for videreutdanning eller kompetanseheving i ditt aktuelle fagfelt?» (N=21)

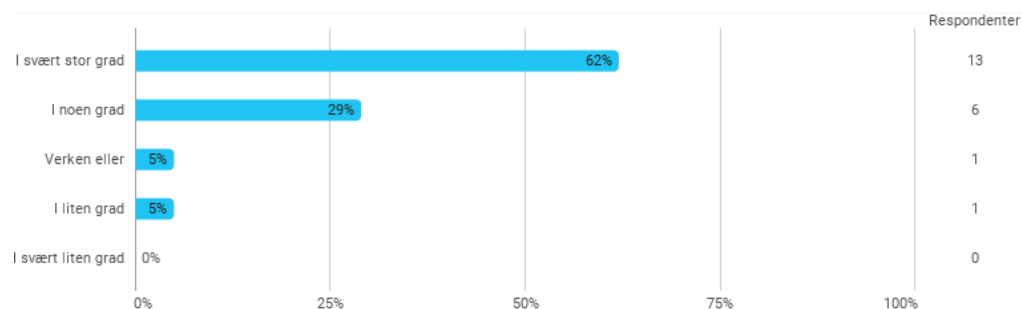


Av svarene fremgår det at 90 % av de ansatte i svært stor eller noen grad opplever at det er tilrettelagt for kompetanseheving. Respondentene er relativt jevnt fordelt mellom de to avdelingene, og det er heller ingen signifikante forskjeller mellom dette og utdanningstype eller ansettelseslengde.

Av spørreundersøkelsen fremgår det videre av spørsmålet «*Opplever du at enheten har nødvendig kompetanse på tjenestens fagområder?*» (N=21), at de ansatte i stor grad opplever å inneha nødvendig kompetanse i enheten, der 86 % svarte ja på dette spørsmålet.



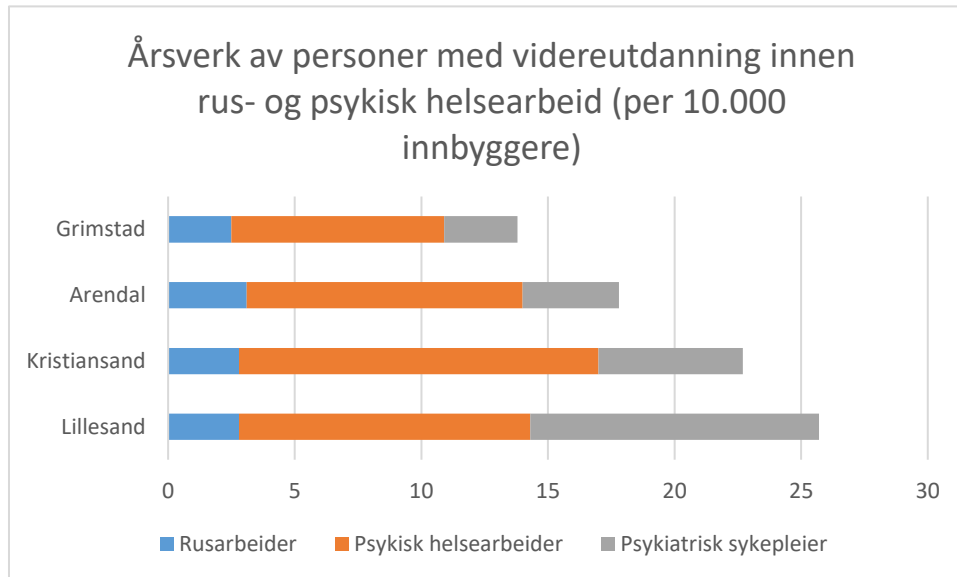
De ansatte virker også å ha det klart for seg hvem de kan kontakte dersom man har faglige spørsmål av ulik art, hvor 90 % svarte i svært stor eller noen grad på spørsmålet: «*Er det tydelig for deg hvem du skal kontakte ved faglige spørsmål av ulik art?*» (N=21)



KOSTRA

Av data fra KOSTRA fremgår det at enheten har en betraktelig lavere andel årsverk videreutdannede innen rus og psykisk helse enn hva Arendal, Kristiansand og Lillesand har.

Tabell 14 - Årsverk med videreutdanning innen rus- og psykisk helsevern i 2020



I henhold til datagrunnlaget har Grimstad kommune en andel årsverk videreutdannede per 10.000 innbyggere på i underkant av 14, mens Arendal, Kristiansand og Lillesand har en tilsvarende andel på henholdsvis 18, 23 og 26.

I intervju med avdelingslederne og enhetsleder vises det til at data som fremgår av KOSTRA ikke er reelle, og at de avvikende verdiene, på lik linje som med netto driftsutgiftene, skyldes feilregistrering i systemet. Dette ble enheten gjort kjent med i fjor, og det pågår nå arbeid med å rette opp grunnlaget. Det er forventet at KOSTRA for 2021 med dette vil være en bedre indikator for den faktiske andelen årsverk med videreutdanning innen fagfeltet.

3.2.5 REVISORS VURDERINGER

Revisjonen vurderer at enhet for psykisk helse og rus, i henhold til lovkrav som fremgår av kommunelovens § 1, ivaretar kommunale fellesinteresser gjennom god økonomistyring. Enheten har siden sin opprettelse 1. januar 2019 hatt et regnskap i tråd med vedtatt budsjett, der man etter revisjonens vurdering har gjort flere faglige vurderinger for å tilstrebe at dette overholdes. Blant tiltakene beskrives at enheten ikke leier inn ekstra ressurser ved korttidsfravær på avdeling for forebyggende og rehabiliterende tjenester, noe ledelsen gir uttrykk for å være omforent om at er en riktig vurdering. De ansatte på samme avdeling viser gjennom svar fra spørreundersøkelsen til at de i hovedsak ikke anser at kvaliteten på avdelingens tjenester påvirkes av for lav bemanning. Det påpekes i denne sammenheng at avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenester opplever et større behov for innleie til avdelingen i forbindelse med lengre fraværsopphold hos ansatte. Enhetens overholdelse av budsjetttramme vurderes også å ha sin bakgrunn i de vurderinger som gjøres i forbindelse med fravær på sosialambulerende team, der tjenestene ved flere tilfeller har klart å unngå kostbar innleie og overtid. Etter revisjonens vurdering er dette i tråd med det som fremgår av lovforarbeidene til helse og omsorgstjenesteloven § 3-1, hvor enhetens plikt til å vurdere behov og planlegge hvordan dette behovet skal dekkes, omtales.

Det fremgår av data fra KOSTRA at Grimstad kommune har høye netto driftsutgifter per innbygger til personer med rusproblemer sammenlignet med andre kommuner. Dette forklares av enhetens ledelse å skyldes feilregistrering av data over tid, og det pågår nå arbeid med å rette opp disse avvikene. Revisjonen har ikke gjort seg opp noen vurdering om hvorvidt de avvikende KOSTRA-registreringene skyldes uhensiktsmessige budsjetttrammer eller om dette har sin bakgrunn i feilregistrering. Revisjonen anser det imidlertid som hensiktsmessig å følge opp at dataene er mer i samsvar med andre sammenlignbare kommuner når datagrunnlaget for enheten er korrekt registrert.

I forbindelse med informasjon til de ansatte om enhetens økonomiske situasjon vurderer revisjonen at enheten ikke i tilstrekkelig grad sikrer medarbeiderne i virksomheten dette. Enhetsleder viser til at en viktig arena for denne typen informasjonsdeling er gjennom personalmøter, noe man siden pandemiens oppstart kun har fått avholdt ett av, i digital form. Som følge av at man ikke har fått informert de ansatte tilstrekkelig om enhetens økonomiske situasjon vises det til uheldige situasjoner der ansatte leser ting i avisene fremfor å høre bakgrunnen for at ting er som det er fra arbeidsgiver. Avdelingsleder for forebyggende og rehabiliterende tjenester viser til at det har vært mye fokus på innsparing den siste tiden, uten at effekten av de innsparte midlene nødvendigvis kommer de ansatte til syne. At ansatte opplever å ikke få tilstrekkelig informasjon fremgår også av spørreundersøkelsen, der én av fire respondenter i liten eller svært liten grad viser til at de opplever å bli orientert om enhetens økonomiske situasjon. Av de ansatte som ikke opplever tilstrekkelig informasjon, er en signifikant høyere andel ansatte fra avdeling for sosialambulerende team.

Etter revisjonens vurdering har enheten iverksatt flere kompetansehevende tiltak for å sikre nødvendig kunnskap om og kompetanse innen det aktuelle fagfeltet, i henhold til det som

fremgår av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Enheten har en kompetansesammensetning som i all hovedsak består av fag- og høyskoleutdannede ansatte. Avdeling for forebygging og rehabilitering har, med unntak av for aktivitetssenteret, høyere utdanning som ansettelseskrav, og andelen høyskole- eller videreutdannede øker også på avdeling for sosialambulerende team. Enheten utarbeider årlige handlingsplaner for kompetanse, der ansatte som innehar spesialkompetanse og kurs synliggjøres. Av spørreundersøkelsen fremgår det at 90 % av de ansatte opplever å ha det klart for seg hvem de skal spørre dersom de har spørsmål av faglig art, at 86 % anser at enheten har nødvendig kompetanse på tjenestens fagområder og at 90 % opplever at det er tilrettelagt for kompetanseheving.

4. REVISJONENS AVSLUTTENDE KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Etter revisjonens vurdering har den nye organiseringen av enheten ført til at brukere med samtidige rus- og psykiske helseutfordringer får en mer helhetlig oppfølging. Dette støttes opp av enhetsleder og avdelingsledere, og kommuneoverlegen viser i tilsvarende til henvendelse fra revisjonen til at hans klare oppfatning er at enheten etter omorganiseringen i 2019 har kunnet gi bedre, mer samordnede og planmessige tjenester til brukerne, der det jobbes vedvarende med kvalitetsforbedringer og tjenesteutvikling.

Revisjonen vurderer at enhet for psykisk helse og rus i det store bildet har etablert gode samarbeidsarenaer, både med interne og eksterne instanser. På tross av dette, vurderer revisjonen at den nye organiseringen har ført til at samarbeidet i brukeroverganger mellom Familiesenteret og enhet for psykisk helse og rus er svekket. Dagens organisering innebærer at brukere må forholde seg til to ulike enheter ut ifra alder (over/under 18 år), noe som etter avdelingsleder for forebygging og rehabilitering og Familiesenterets erfaring har bidratt til å svekke Familiens hus som samarbeidsmodell.

Når det gjelder brukerinvolvering vurderer revisjonen at enheten har tilstrekkelige systemer i form av rutiner, maler og sjekklister for å sikre at brukerinvolvering på individnivå ivaretas, men der rutine og sjekklister ikke systematisk nok følges opp i møte med den enkelte bruker. Revisjonen anser det imidlertid som positivt at enheten har etablert et system for internkontroll som et ledd i utbedringen av dette.

Enheden har etter revisjonens vurdering iverksatt hensiktsmessige tiltak for å sikre brukerinvolvering på systemnivå, der det er inngått ulike samarbeidsprosjekter med brukerorganisasjonene i tillegg til at det nylig er opprettet et eget brukerråd. Tjenesten gjennomfører brukerundersøkelser i egen regi hvert andre år, og er i tillegg deltagende på årlige brukerundersøkelser i statlig regi. Enheden arbeider etter revisjonens vurdering kontinuerlig med oppfølging av de tilbakemeldinger som fremgår av disse undersøkelsene, i henhold til det som fremgår av lovkrav.

Revisjonen vurderer at enhet for psykisk helse og rus ivaretar kommunale fellesinteresser gjennom god økonomistyring. Enheden har siden sin opprettelse 1. januar 2019 hatt et regnskap i tråd med vedtatt budsjett, der man etter revisjonens vurdering har gjort flere faglige vurderinger for å tilstrebe at dette overholdes.

Det fremgår av data fra KOSTRA at Grimstad kommune har høye netto driftsutgifter per innbygger til personer med rusproblemer sammenlignet med andre kommuner, noe enhetsleder beskriver at skyldes feilregistrering. Revisjonen har ikke gjort seg opp noen vurdering om hvorvidt de avvikende KOSTRA-registreringene skyldes uhensiktsmessige budsjettrammer eller om dette har sin bakgrunn i feilregistrering. Revisjonen anser det imidlertid som hensiktsmessig å følge opp at dataene er mer i samsvar med andre sammenlignbare kommuner når datagrunnlaget for enheten er korrekt registrert.

I forbindelse med informasjon til de ansatte om enhetens økonomiske situasjon vurderer revisjonen at enheten ikke i tilstrekkelig grad sikrer medarbeiderne i virksomheten dette. Det vises i den sammenheng til uheldige situasjoner der ansatte leser ting om enhetens økonomiske situasjon i avisene fremfor å høre bakgrunnen for at ting er som det er fra arbeidsgiver. Vurderingen støttes opp av funn fra spørreundersøkelsen, der én av fire ansatte viser til at de i liten eller svært liten grad opplever å bli orientert om enhetens økonomiske situasjon.

Etter revisjonens vurdering har enheten iverksatt tiltak for å sikre nødvendig kunnskap om og kompetanse innen det aktuelle fagfeltet, i henhold til det som fremgår av lovverk. Enheten har en kompetansesammensetning som i all hovedsak består av fag- og høgskoleutdannede ansatte, der tjenestene opplever å ha mange kvalifiserte søkere i rekrutteringsprosesser. Enheten utarbeider årlige handlingsplaner for kompetanse, der ansatte som innehar spesialkompetanse og kurs synliggjøres. Av spørreundersøkelsen fremgår det at 90 % av de ansatte opplever å ha det klart for seg hvem de skal spørre dersom de har spørsmål av faglig art, at 86 % anser at enheten har nødvendig kompetanse på tjenestens fagområder og at 90 % opplever at det er tilrettelagt for kompetanseheving.

4.1 KONKLUSJON

Revisjonen har i rapportens første problemstilling undersøkt om Grimstad kommunes tjenestetilbud innen rus- og psykisk helsevern er organisert på en måte som sikrer helhetlig forebygging, behandling og ettervern, samt tilstrekkelig grad av brukerinvolvering, opp mot de myndighetskrav som er gjeldende, gjennom følgende problemstilling:

- 1) Er tjenestetilbudet organisert på en måte som i henhold til lovkrav sikrer helhetlig forebygging, behandling og ettervern og tilstrekkelig grad av brukerinvolvering på individ og systemnivå?***

Revisjonen konkluderer med at tjenestetilbudet innen rus- og psykisk helsevern i Grimstad kommune i all hovedsak er organisert på en måte som sikrer helhetlig forebygging, behandling og ettervern. Revisjonen vil likevel fremheve at den nye organiseringen har ført til det revisjonen vurderer som et svekket samarbeidsforhold i brukeroverganger mellom enheten og Familiesenteret for brukere av tjenestetilbud innen psykisk helse.

Når det gjelder enhetens brukerinvolvering på individ- og systemnivå konkluderer revisjonen med at enheten har etablert systemer som etter revisjonens vurdering i tilstrekkelig grad sikrer dette. Basert på de funn som fremgår av mappegjennomgangen vurderer revisjonen at disse systemene ikke følges opp systematisk nok i møte med den enkelte bruker.

Revisjonen har i rapportens andre problemstilling undersøkt hvorvidt enheten sikrer hensiktsmessige prioriteringer ved forvaltning av kommunens ressurser, gjennom følgende problemstilling:

- 2. Sikrer Grimstad kommunes tilbud innen rus- og psykisk helsevern hensiktsmessige prioriteringer ved forvaltning av ressurser, med fokus på økonomistyring, bemanning og kompetanse?***

Revisjonen konkluderer med at enhet for rus- og psykisk helsevern i Grimstad kommune i all hovedsak prioriterer sine ressurser i henhold til kommunelovens krav om rasjonell og effektiv drift. Revisjonen påpeker at man ser et forbedringspotensiale i å informere de ansatte om enhetens økonomiske forhold.

4.2 ANBEFALINGER

Revisjonen har følgende anbefalinger til Grimstad kommune:

- Revisjonen anbefaler at det arbeides med å styrke samarbeidet mellom enheten og Familiesenteret slik at brukere av tjenestetilbud innen psykisk helse sikres gode brukeroverganger.
- Revisjonen anbefaler at tjenestene sikrer at brukerinvolvering i møte med den enkelte bruker utføres i henhold til det som fremgår av enhetens rutiner og sjekklister.
- Revisjonen anbefaler at de ansatte sikres informasjon om enhetens og avdelingens økonomiske situasjon.

4.3 KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Det er kommunedirektørens vurdering at revisjonen har gjennomført en grundig revisjonsrapport og at rapportens anbefalinger peker på områder det er viktig å ha kontinuerlig fokus på.

Grimstad kommune ved helse og omsorgssektorens enhet psykisk helse og rus har gjennom flere år jobbet målrettet med å utvikle en bærekraftig og samordnet tjeneste. Kommunens mål har vært at brukere med samtidige rus- og psykiske utfordringer skulle få en mer helhetlig oppfølging.

Før omorganiseringen var tjenestene til mennesker med utfordringen innen områdene rus og psykisk helse fordelt på tre ulike enheter, noe som ble vurdert til å være lite hensiktsmessige både for brukere og medarbeidere. Oppdraget har derfor vært å få til målrettede prosesser for å yte bedre, mer planmessige og samordnede tjenester til kommunens brukere.

Enhet psykisk helse og rus har jobbet og jobber kontinuerlig med kvalitetsforbedringer og tjenesteutvikling.

Kommunedirektøren mener at ny organisering ikke har endret samarbeidsarenaene i brukerovergangene fra oppfølging via Familiens hus til enhet psykisk helse og rus.

Enhet psykisk helse og rus yter tjenester til brukere over 18 år. Sektoren har hatt og har samarbeid og samarbeidsmøter med de ulike enhetene/ tjenestene, et samarbeid som også inkluderer Tjenestekontoret når det gjelder overganger.

Den organisatoriske endringen har medført at medarbeidere i psykisk helse har flyttet fra Dømmesmoen til rådhuset hvor de er blitt samlokalisert og samorganisert med ruskonsulentene i en nyopprettet avdeling med navnet forebygging og rehabilitering.

Familiens hus er en del av enhet helse og barnevern, og er en modell/metodikk hvor ulike tjenester på tvers av sektorer samarbeider; barnevern, PPT, helsesykepleiere, Familiesenter, PMTO-rådgivere mv. PPT og barnevernet har hatt sine arbeidsplasser på rådhuset selv om de er en del av Familiens hus-konseptet. Enhet psykisk og rus helse deltar i samarbeidsmodellen som inngår i Familiens hus.

Slik kommunedirektøren ser det har medarbeiderne som tidligere var organisert inn under den tidligere helseenheten fått redusert noen av de uformelle treffpunktene man hadde ved å være lokalisert på Dømmesmoen. Når det gjelder hjelp til den enkelte bruker/familie er det imidlertid ikke kommunedirektørens vurdering at samarbeidet mellom tjenestene er blitt nedprioritert – snarere tvert imot.

5. LITTERATUR

LOV-2021-06-18-127 Lov om arbeidsmiljø. Arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)

LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (Helse- og omsorgstjenesteloven)

LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)

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

LOV-1992-09-25-107 Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (Helse- og omsorgstjenesteloven)

FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

FOR-2012-08-29-842 Forskrift om fastlegeordning i kommunene

FOR-2011-12-16-1256 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering)

Helsedirektoratet (2021). Nasjonale kvalitetsindikatorer. *Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.*

VEDLEGG 1 – INTERVJUGUIDE

Organisering og samarbeid:

- 1) Kan du innledningsvis beskrive hvordan avdelingen din er organisert?
 - a. Tjenestetilbud
 - b. Årsverk
 - c. Tillitsvalgte/verneombud/fagressurser ved de ulike seksjonene?
- 2) Kan du fortelle litt om tjenestens arbeid og tilbud innen ettervern?
 - a. Boligtilbud, aktivitetstilbud, terapi etc.
 - b. Opplevs det som hensiktsmessig organisering mellom de to avdelingene - eksempelvis Charlottenlund og Vikhuset dagsenter?
- 3) I problemstillingen fremgår det at vi vil se på organiseringen av hele tjenesten, fra forebygging, til behandling til ettervern.
 - a. Kan du fortelle litt om hvordan disse områdene samhandler?
 - b. Sikrer dette at man har et godt nok tjenestetilbud med nok ressurser til forebyggende arbeid og ettervern?
- 4) Opplevs tilgangen på kommunale boliger som tilstrekkelig?
 - a. Oversikt over antall, ledige og i bruk.
 - b. I henhold til data fra KOSTRA fikk 25 % av dem som søkte på kommunal bolig i 2020 avslag på dette (dobbelte av Arendal). Har du noen tanker rundt årsaken til dette? Får disse tilbud om andre tjenester?
- 5) Kan du si noe om omfanget av tjenestebehov, hvordan dette er i endring og hva som gjøres for å møte fremtidens behov?
- 6) Kan du si litt om omorganiseringen den senere tid, og hvordan dette har påvirket enheten og avdelingene?
 - a. Hvordan arbeides det for å involvere og informere de ansatte i prosessene?
- 7) Hvordan er tjenesten organisert med hensyn til personaloppfølging, møtevirksomhet etc?
 - a. Gjennomføres felles fagmøter hver 6 uke i henhold til virksomhetsplan?
 - b. Gjennomføres avdelingsmøter?
- 8) Opplever du at dagens organisering bidrar til at brukere får hjelp på riktig nivå og av riktig instans?
- 9) Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom de ulike tjenestene/avdelingene og i hvilken grad er det behov for samarbeid på tvers i tjenesten?

- 10) Hvordan oppleves samarbeidet internt i kommunen og med eksterne tjenesteytere?
- Mellom tjenestene
 - Med den andre avdelingen
 - Med NAV, Helsestasjon, Barnevern, tjenstekontor, kommunepsykolog?
 - Med fastleger
 - Med andre kommuner
 - Med spesialisthelsetjenesten
- 11) Hvordan fungerer kommunens samarbeidsavtale med helseforetak?
- Samarbeid rundt utskrivningsklare pasienter?
 - Opplever dere å kunne gi et tilbud til utskrivningsklare brukere?
- 12) I henhold til kommunens interne rutine for samarbeid skal Gerica brukes aktivt for å sikre informasjonsflyt mellom ulike tjenesteytere. Opplever du at tjenesten har lyktes i dette?
- Bruk av samordnet plan
 - Bruk av tiltaksplan – og funksjonen samhandling
 - Internmeldinger
 - Innhenting av samtykke
 - Til eksternt korrespondanse, som henholdsvis PLO-meldinger.

Brukerinvolvering:

- 13) Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med bruker.
- I hvilken grad involveres bruker i dette arbeidet?
 - Opplever du at arbeidet med sjekklister 4 gjennomføres i henhold til rutine, og både til nye brukere og ved evaluering av eksisterende tilbud?
 - Brukes rutinen for vurdering og innhenting av samtykke konsekvent?
- 14) I henhold til helse og omsorgstjenesteloven har brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester krav på tilbud om individuell plan og koordinator. Hvordan arbeider tjenesten for å sikre dette?
- Brukes eget punkt i sjekklister 4?
 - Av brukerundersøkelsen fremgikk det at 63 % av respondentene hadde en koordinator. Opplever du at de fleste med et reelt behov får - og takker ja - til tilbudet?
 - Hvordan oppleves samarbeidet med Tjenstekontoret/(koordinerende enhet) rundt IP?
- 15) Brukere og pårørendes erfaringer er viktige å ta utgangspunkt i ved utvikling og evaluering av tjenester. Hvordan har eksempelvis resultater fra brukerundersøkelse 2020 og 2018 blitt brukt til dette?
- Eksempelvis svarte så mye som 20 % at de var uenige i at de fikk god informasjon om hva brukermedvirkning innebærer

- b. 30 % var uenige i at de er kjent med hvor de skal gå dersom de har noe å klage på.

16) Kan du utdype litt om brukerrådet – hyppighet, agenda, deltakere (utover to brukere og representanter fra Alarm LPP og mental helse?)

- a. Meldes saker inn?
- b. Hvordan løftes saker videre herfra?

Bruk av ressurser:

17) Hvordan har enheten organisert personalressursene blant de ulike tjenestene?

- a. Årsverk per tjeneste?
- b. Bruk av personale på tvers?

18) Opplever du å ha tilstrekkelig kapasitet til å ha oppfølgingsansvar for de ansatte?

- a. Tid til turnusarbeid? Hvordan arbeides det med turnus?
- b. Hvordan involveres tillitsvalgte i arbeidet?

19) Opplever du at dagens bemanningssituasjon er på et slikt nivå at det sikrer tilstrekkelig kvalitet på tjenestene?

- a. Er personalressursene hensiktsmessig fordelt mellom de ulike tjenestene?
- b. Opplever bemanningen sårbar mtp sykefravær?
- c. Opplever dere å få inn tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse ved for eksempel ferieavvikling?
- d. Bruk av ufaglærte vikarer?

20) Er det stor forekomst av overtidarbeid, beordring eller forskjøvet arbeidstid?

21) I hvilken grad benyttes avdelingenes budsjett som et styringsverktøy i den løpende drift og oppleves dette som realistisk å styre etter?

- a. Hvordan er rutine for underveis-rapportering av mer/mindreforbruk innen tjenesten?
- b. Hvordan arbeides det med å iverksette tiltak dersom man underveis opplever at utgiftene overstiger vedtatt budsjett?

22) Opplever du å ha tilstrekkelig faglig støtte til avgjørelser innen bruk av kommunens midler?

- a. Fra nærmeste leder?
- b. Fra kommuneadministrasjon?

23) I hvilken grad er de ansatte kjent med de økonomiske rammene tjenesten må forholde seg til, og hvordan er kulturen og forståelsen for dette som styringsverktøy?

24) Opplever rutiner vedrørende å sikre inntekter (tilskudd, refusjoner ved ressurskrevende brukere) som tilfredsstillende – og følges de opp?

- 25) I henhold til data fra KOSTRA ligger kommunen høyt når det gjelder driftsutgifter til personer med rusproblemer (1400,- per innbygger i kommunen i 2019, noe lavere i 2020. Arendal, Tvedestrand, Lillesand og KG9 ligger på omkring 500 kr/per innbygger.)
- Har du noen tanker om årsaker til dette?
- 26) Tjenesten ligger høyt når det gjelder sykefravær (14,5% i 2020) Et av tiltakene er å ha tett sykefraværsoppfølging.
- Hvordan arbeides det med oppfølging av langtids/korttidsfravær?
 - Hvordan er verneombud og tillitsvalgt involvert i arbeidet?
- 27) Er det utarbeidet rutine for oppfølging av ansatte som er sykemeldte, og overholdes denne?
- Gjennomføres dialogmøte med den sykemeldte? (Innen syv uker)
 - Utarbeides det oppfølgingsplan? (Innen fire uker)
 - Arbeides det for tilrettelegging – for eksempel gjennom omdisponering av ansatte?

Kompetanse:

- 28) Opplever du at kompetansekrav og kompetansebehov er tilstrekkelig identifisert for tjenesten?
- Ressurspersoner
 - Fagansvarlige
 - Kursede ansatte
- 29) Opplever dere utfordringer med å få tak i, samt beholde, nødvendig og rett kompetanse for å ivareta et forsvarlig tjenestetilbud?
- Jobber man for eksempel bevisst med studenter ifm rekruttering?
- 30) I henhold til data fra KOSTRA ligger tjenesten lavt på personell med videreutdanning innen rus- og psykisk helse. Er dette å anse som reelt og kan du fortelle noe om eventuelle årsaker til dette?
- Er det innført tiltak for å øke andelen videreutdannede?
- 31) Opplever dere at de ansatte er omforent om viktigheten med kompetanse, og oppleves de som motivert for kursing, videreutdanning el.?

VEDLEGG 2 – SJEKKLISTE

Referanse	Sjekkpunkt	Mappegjennomgang
Sjekkliste 4	Sjekkliste 4 (journalkode 500) er utført på nye brukere og ved store endringer, men ellers minst en gang hver 6 måned	
Sjekkliste 4	Under 3. Kartlegging og brukermedvirkning i sjekkliste 4 er punktet «hva er viktig for deg» utfyllt i henhold til beskrivelse (Hvordan er din situasjon og hva er viktig for deg nå)	
Sjekkliste 4	Under 3. Kartlegging og brukermedvirkning i sjekkliste 4 er punktet «individuell plan og koordinator» utfyllt i henhold til beskrivelse. <ol style="list-style-type: none"> 1. Har bruker bruk for individuell plan? 2. Har bruker fått tilbud om individuell plan? 3. Har bruker takket ja til individuell plan? 	
Intern rutine for individuell plan Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven	Individuell plan skal inneholde <ol style="list-style-type: none"> 1. En oversikt over mål, ressurser og behov for tjenester 2. En oversikt over hvem som deltar med planen 3. En angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordning og fremdrift i arbeid med plan 4. En oversikt over hva bruker og pårørende vil bidra med 5. En oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem 6. En beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres 7. En angivelse av planperiode og tidspunkt for revisjon 8. Brukers samtykke til utarbeidelse av plan og involverte parter tilgang til taushetsbelagte opplysninger 9. En oversikt over samarbeid med eksterne tjenesteytere 	
Intern rutine for samhandling	Ved behov for koordinerte tjenester der tjenestemottaker ikke ønsker individuell plan, er samordnet plan benyttet	

Intern rutine for samordnet plan	Samordnet plan skal inneholde: <ol style="list-style-type: none"> 1. Oversikt over brukers ressurser og behov for tjenester 2. Oversikt over andre involverte samarbeidspartnere 3. Oversikt over hva bruker, tjenesteytere og pårørende bidrar med i oppfølgingen og tjenesteytingen 4. En oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem 5. Hvem som har ansvar for de ulike tiltakene 6. Dato for evaluering av tjenestene 	
Intern rutine for samhandling	Ved samarbeid mellom flere tjenester skal det i tiltaksplanen i Gerica opprettes en situasjon som heter Samhandling, der alle tjenesteyterne kan legge inn tiltak etter behov som beskriver hva samarbeidet består av.	
Intern rutine for samhandling	Internmelding i Gerica skal brukes aktivt mellom de involverte tjenesteyterne for å sikre god kommunikasjon og informasjonsflyt	
Intern rutine for samhandling	Ved samarbeid mellom flere tjenester skal samtykke med dato for dette være innhentet og scannet inn i Gerica.	
Intern rutine for innhenting av samtykke	Innhenting av samtykke skal skje i henhold til rutine for innhenting av samtykke. <ol style="list-style-type: none"> 1. Ved søknad om kommunale tjenester har bruker signert på samtykke 2. Dersom samtykke ikke er utfyllt ved søknad, er dette innhentet i etterkant 3. Dersom bruker ikke ønsker å gi samtykke plikter tjenesteutøver å rette seg etter dette med mindre det er fare for liv, helse eller opplysningsplikten inntreffer (I slike tilfeller bør det gjøres en faglig vurdering av tjenestens nytteverdi) 	

VEDLEGG 3 – SPØRREUNDERSØKELSE

Hei!

Aust-Agder revisjon IKS (Grimstad kommunes revisor) arbeider for tiden med et prosjekt knyttet til organisering, bemanning, kompetanse og brukerinvolvering innen rus- og psykisk helsevern i Grimstad kommune. Prosjektet er bestilt av kommunens kontrollutvalg og den endelige rapporten vil behandles i kommunestyret og sendes til kommunens ledelse.

Det gjennomføres mer omfattende samtaler med enhetsleder og avdelingsledere, men for å sikre at alle ansattes synspunkter skal bli hørt, har vi utarbeidet noen spørsmål vi håper dere vil svare på.

Deres svar vil være et viktig bidrag for våre konklusjoner. Undersøkelsen vi kun ta et par minutter. Alle besvarelser vil være anonyme.

På forhånd tusen takk.

Innen hvilken tjeneste av rus- og psykisk helsevern arbeider du?

- (2) Vossgate og miljøtjenesten
- (3) Fjæreveien
- (13) Charlottenlund
- (5) Hjemmetjenesten
- (8) Aktivitetssenteret
- (9) Psykisk helsearbeider
- (11) Ruskonsulent
- (12) Annet

Hvor lenge har du arbeidet innen rus- og psykisk helsevern i Grimstad kommune?

- (1) Over 5 år
- (2) 3-5 år
- (3) 1-3 år
- (4) Under 1 år

Hva slags utdanning har du?

- (1) Ufaglært
- (2) Yrkesfaglig utdanning
- (3) Yrkesfaglig med relevant videreutdanning
- (4) Høyere utdanning (Tilsvarende bachelornivå)
- (5) Høyere utdanning (Tilsvarende masternivå)
- (6) Annet (vennligst utdyp) _____

Organisering

Jeg opplever at tjenesten er organisert på en måte som er hensiktsmessig for samarbeidet om et helhetlig pasientforløp

- (1) I svært stor grad
- (3) I stor grad
- (4) Verken eller
- (5) I liten grad
- (6) I svært liten grad

Jeg opplever at det er etablert og tilrettelagt for et godt samarbeid mellom min tjeneste og:

	I svært stor grad	I stor grad	Verken eller	I liten grad	I svært liten grad	Ikke aktuelt
Fastleger	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
NAV	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Tjenestekontoret	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Barnevernet	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Helsestasjon	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Andre kommuner	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Spesialisthelsetjenesten	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

Jeg har kjennskap til tjenestens interne samarbeidsrutine

- (1) Svært enig
- (3) Litt enig
- (4) Verken eller
- (5) Litt uenig
- (2) Svært uenig
- (6) Ikke aktuelt

Internmeldinger og tiltaksplan i kommunens EPJ (Geric) brukes aktivt for å sikre informasjonsflyt mellom involverte tjenesteytere

- (1) Svært enig
- (2) Litt enig
- (3) Verken eller
- (4) Litt uenig
- (5) Svært uenig
- (6) Ikke aktuelt

Jeg opplever at dagens organisering sikrer at brukere får hjelp på riktig nivå og av riktig instans

- (1) Svært enig
- (2) Litt enig
- (3) Verken eller
- (4) Litt uenig
- (5) Svært uenig

Brukerinvolvering

Brukere og pårørende blir involvert ved utforming av tjenestetilbud

- (1) Svært enig
- (2) Litt enig
- (3) Verken eller
- (4) Litt uenig
- (5) Svært uenig

Det utarbeides individuell plan til de brukere med behov for dette

- (1) Svært enig
- (3) Litt enig
- (4) Verken eller
- (5) Litt uenig
- (6) Svært uenig

Brukere og pårørende blir gitt god mulighet til å gi tilbakemeldinger på tjenesten, og dette blir vektlagt i tjenestens videre arbeid

- (1) Svært enig
- (2) Litt enig
- (3) Verken eller
- (4) Litt uenig
- (5) Svært uenig

Bemanning

Hvordan vil du best beskrive dagens organisering av personalressurser og turnusplanlegging?

- (1) Dagens organisering av ressurser fungerer bra
- (2) Det kan alltid bli bedre, men vet ikke hvordan
- (3) Den burde vært organisert annerledes (vennligst utdyp) _____

Har du opplevd at bemanningssituasjonen har ført til kritiske situasjoner for brukere?

- (1) Unntaksvis eller aldri
- (2) Enkelte ganger

(3) Gjentatte ganger (vennligst utdyp) _____

Mener du at dagens bemanning sikrer tilstrekkelig kvalitet på tjenestene?

- (1) I svært stor grad
- (2) I noen grad
- (3) Verken eller
- (4) I liten grad
- (5) I svært liten grad

Opplever du at personalressursene innen rus- og psykisk helsevern er hensiktsmessig fordelt mellom de ulike tjenestene?

- (1) Ja
- (2) Nei (vennligst utdyp) _____

I hvilken grad vil du si bemanningen er sårbar i forhold til fravær?

- (1) I svært stor grad
- (2) I noen grad
- (3) Verken eller
- (4) I liten grad
- (5) I svært liten grad

Kompetanse

I hvilken grad opplever du at det er tilrettelagt for videreutdanning eller kompetanseheving i ditt aktuelle fagfelt?

- (1) I svært stor grad
- (2) I noen grad
- (3) Verken eller
- (4) I liten grad
- (5) I svært liten grad

Opplever du at enheten har nødvendig kompetanse på tjenestens fagområder?

- (1) Ja
- (2) Nei (vennligst utdyp) _____

Er det tydelig for deg hvem du skal kontakte ved faglige spørsmål av ulik art?

- (1) I svært stor grad
- (2) I noen grad
- (3) Verken eller
- (4) I liten grad
- (5) I svært liten grad

Jeg opplever at lærlinger, elever og studenter tilbys god faglig oppfølging

- (1) I svært stor grad

- (2) I noen grad
- (3) Verken eller
- (4) I liten grad
- (5) I svært liten grad

Økonomi

Opplever du at kommunens økonomi påvirker kvaliteten og tjenestetilbudet som tilbys?

- (1) I svært stor grad
- (2) I noen grad
- (3) Verken eller
- (4) I liten grad
- (5) I svært liten grad

Opplever du at leder orienterer om enhetens økonomiske situasjon?

- (1) I svært stor grad
- (2) I noen grad
- (3) Verken eller
- (4) I liten grad
- (5) I svært liten grad

Kostnader ved sykefravær er en vesentlig faktor for merforbruk. Opplever du at ledelsen involverer ansatte i arbeidet med å redusere dette?

- (1) Ja
- (2) Nei (vennligst utdyp) _____

Har du avslutningsvis noen utfyllende kommentarer?

Tusen takk for ditt bidrag!

