



Vestfold
og Telemark
revisjon

Rus og psykisk helse – boligsosialt arbeid

Forvaltningsrevisjon | Skien kommune

Innhold

Sammendrag	3
1. Innledning	6
1.1. Kontrollutvalgets bestilling	6
1.2. Problemstillinger og revisjonskriterier	6
1.3. Avgrensning.....	7
1.4. Metode og kvalitetssikring	7
1.5. Kommunedirektørens uttalelse.....	7
2. Rus og psykisk helse - brukergrupper	8
3. Problemstilling 1 – Organisering og tjenestetilbud	10
3.1. Organisering - Helse og velferd	10
3.2. Organisering - Rus og psykisk helsearbeid	11
3.3. Tjenestetilbud innenfor rus og psykisk helse	11
3.4. Oppsummering problemstilling 1	25
4. Problemstilling 2 – Tjenestetilbud tilpasset personens behov	26
4.1. Utredning av hjelpebehov	26
4.2. Brukermedvirkning	35
4.3. Helhetlige og koordinerte tjenester	40
4.4. Vedtak, utforming og etterlevelse.....	43
4.5. Konklusjon problemstilling 2	51
5. Problemstilling 3 – Bystyrets vedtak 174/20	53
5.1. Oppfølging av bystyrets vedtak 174/20 – data	53
5.2. Oppsummering problemstilling 3	56
6. Anbefalinger	58
Litteratur og kildereferanser	59
Vedlegg	60
Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse	60
Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring	61

Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt følgende tre problemstillinger:

1. Hvilke tjenester og tilbud har kommunen til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet, og hvordan er disse organisert?

Kommunalområdet Helse og velferd i Skien kommune er delt inn i fem fagområder. Et av disse fagområdene, Rus og psykisk helsearbeid, har ansvar for tjenester innen rus og psykisk helse. Rus og psykisk helsearbeid består av syv enheter. Disse er Psykisk helse og livsmestring, MMO¹-senter RUS, Meensveien og Moflataveien (bofellesskap), Røymyr og Vestre Gulset (bofellesskap), Findal (bofellesskap) og Team Findal/ ambulansetjeneste, Fengselshelsetjenesten og Krisesenteret. Tjenestetilbudet innenfor rus og psykisk helse spenner seg fra lavterskeltilbud uten vedtak til vedtaksbaserte tjenester. Alle tjenestene er frivillige.

I Helsedirektoratet veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne² inndeles brukergrupper/lidelser i tre hovedforløp; 1 - milde og kortvarige problemer, 2 - Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser, 3 - Alvorlig og langvarige problemer/lidelser. Skien kommune tilbyr tjenester til brukere i alle disse forløpene.

2. I hvilken grad sikrer Skien kommune at personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får tjenester tilpasset eget behov?

Våre undersøkelser viser at Skien kommune i stor grad sikrer at personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får tjenester tilpasset eget behov.

Det er Tjenestekontoret som har ansvar for å behandle søknader og fatte vedtak om helse- og omsorgstjenester. Vi har registrert at det fattes få vedtak innenfor MMO, mens det innenfor Psykisk helse og livsmestring (PHL) er mange vedtak. PHL har hatt og har utfordringer knyttet til ventetid for oppstart av tjenester. Dette skyldes både forhold innenfor egen enhet og til tider forsinkelser hos Tjenestekontoret. Tilsvarende utfordringer finner vi ikke hos MMO, da enheten i all hovedsak utreder brukerne selv og setter i gang tjenesten raskere. Fagsjef Rus og psykisk helse ser imidlertid at det er behov for å øke antall vedtak i MMO senter rus, og vil se nærmere på dette. PHL har fått økte ressurser det siste året.

¹ Mottak, motivasjon, oppfølging (MMO)-senter RUS

² Helsedirektoratets veileder IS-2076 Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Vi mener at kommunen i all hovedsak har rutiner og praksis som sikrer at brukernes hjelpebehov blir forsvarlig utredet, men at det kan være behov for rutiner/ kriterier for utredning av behov for vedtaksbaserte tjenester innenfor MMO.

Når det gjelder brukermedvirkning, konkluderer vi med at kommunen har tiltak og rutiner for å sikre at den enkelte bruker får medvirke i eget tjenestetilbud. Vi mener også at kommunen til en viss grad bruker brukererfaringer systematisk til å utvikle tjenestene, men at dette i større grad bør sikres innenfor rus-området.

Kommunen har etablert koordinerende enhet, og har et elektronisk system for å utarbeide individuell plan. Tilbakemeldinger fra både enhet PHL og MMO, er at personer med langvarige og sammensatte behov får tilbud om koordinator og en individuell plan, og at de får helhetlige og koordinerte tjenester. Begge enhetene opplever at de samarbeider godt med andre enheter i kommunen samt spesialisthelsetjenesten, for denne brukergruppen. Vi har ikke grunnlag for å vurdere om alle brukere, som har behov for koordinator og individuell plan, får dette tilbudet, og heller ikke hvordan de helhetlige og koordinerte tjenestene fungerer i praksis.

Vår stikkprøvegjennomgang av vedtak, i både enhet PHL og MMO, viste en praksis med vedtak som inneholder begrunnelser, målsetning med tjenesten som tilbys og opplysninger om klageadgang og klagefrist. Videre viste vedtakene hvilke tjenester som skal gis. Vedtakene var noe mangelfulle når det gjaldt omfang av tjenesten, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder. Fire av vedtakene var også utgått på dato, selv om tjenestene fortsatt var aktive. Det er ikke et absolutt krav at vedtak skal ha en sluttdato, men når kommunen ikke har tidsbegrensning i sine vedtak, krever det at kommunen følger opp vedtakene/ tjenestemottakerne regelmessig og systematisk.

I stikkprøvekontrollen så vi også at det i all hovedsak var samsvar mellom vedtak, tiltaksplan og tjenesten som ble gitt.

3. Hvordan har kommunen fulgt opp bystyrets vedtak 174/20?

Vår gjennomgang viser at Skien kommune har fulgt opp bystyrevedtaket 174/20. Saken har vært utredet av administrasjonen og behandlet i ulike politiske organ.

Investeringsprosjektet *Nye boformer* i Sandvikvegen 3 er vedtatt, hvor eksisterende bolig skal rives og bygges opp igjen som en ny boform. Prosjektet er et tverrfaglig samarbeid mellom Helse- og Velferd, NAV og Eiendom. 10 mill. kroner var opprinnelig bevilget av bystyret til prosjektet, men kostnaden er nå stipulert til totalt 12 mill. kroner. Prosjektet startet opp i 2022 og vil, ifølge eiendomssjefen i kommunen, være ferdig i slutten av 2023.

NAV, Helse og Velferd og Eiendom har hatt møter for å sette i gang arbeidet rundt driften/innholdet i tjenesten. Det er nå (mars 2023) avtalt at NAV skal ha hovedansvaret for innholdet, og at det skal lages en egen sak om innhold/bemanning og videre behov for ulike boformer.

Anbefalinger

Vi anbefaler Skien kommune å:

- vurdere om det skal fattes flere vedtak innen MMO-senter RUS, for tjenester i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd, nr 6, bokstav a) helsetjenester i hjemmet og b) praktisk bistand, opplæring og støttekontakt
- vurdere om det er behov for å etablere en rutine/ kriterier/ vedtaksmal for tjenester innen MMO-Senter RUS
- sikre at vedtak med sluttdato blir revurdert, dersom klienten fortsatt har behov for tjenesten
- sikre brukermedvirkning i større grad på systemnivå innenfor rus-området

Horten, 15. mai 2023

1. Innledning

1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Skien kommune i sak 55/22. Bakgrunnen for bestillingen er plan for forvaltningsrevisjon 2020-2023.

Kontrollutvalget gjorde noen justeringer på vårt forslag til problemstillinger i sak 05/23.

Reglene om forvaltningsrevisjon står i kommuneloven § 23-2 første ledd bokstav c, jf. § 23-3 og § 24-2 og i forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

1.2. Problemstillinger og revisjonskriterier

1.2.1. Problemstillinger

Rapporten handler om følgende problemstillinger:

1. Hvilke tjenester og tilbud har kommunen til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet, og hvordan er disse organisert?
2. I hvilken grad sikrer Skien kommune at personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får tjenester tilpasset eget behov?
Her har vi undersøkt:
 - utredning av hjelpebehov
 - brukermedvirkning
 - om tjenestene er helhetlige og koordinerte
 - utforming av vedtak
 - etterlevelse av vedtak
3. Hvordan har kommunen fulgt opp bystyrets vedtak 174/20?

1.2.2. Revisjonskriterier

Problemstilling 1 og 3 er beskrivende problemstillinger uten revisjonskriterier, det vil si at kun problemstilling 2 har revisjonskriterier.

Revisjonskriteriene³ er først og fremst utledet fra helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Utledningen av kriterier framgår innledningsvis i problemstilling 2, dvs. kapittel 4 i rapporten.

1.3. Avgrensning

Forvaltningsrevisjonen gjelder kommunens tjenestetilbud til voksne og ungdom over 18 år med psykiske vansker/ lidelser og/eller rusavhengighet. Vi har avgrenset mot kommunale tilbud som retter seg særskilt mot barn og yngre ungdom, eksempelvis skolehelsetjeneste, helsestasjon, barnevern og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).

Stikkprøvekontrollene, nevnt under problemstilling 2, er avgrenset til vedtaksbaserte tjenester innen Psykisk helse (PHL) og livsmestring og MMO-senter RUS.

1.4. Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Hanne Britt Nordby Sveberg, med Bente Hegg Ljøsterød som oppdragsansvarlig.

Vi har innhentet sentral dokumentasjon fra kommunen, og har intervjuet ansatte både på ledernivå og lenger ned i organisasjonen. Vi har også sett på et utvalg vedtak. Det står mer om metode og tiltak for kvalitetssikring i vedlegg 2 til rapporten.

1.5. Kommunedirektørens uttalelse

Rapporten er presentert i et møte med administrasjonen i kommunen og sendt til uttalelse 15.05.23, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Kommunedirektørens uttalelse ligger i vedlegg 1.

³ Det skal alltid etableres revisjonskriterier i forvaltningsrevisjon, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15. Revisjonskriterier er de regler og normer som gjelder innenfor det området vi skal undersøke. Revisjonskriteriene er grunnlaget for revisors analyser, vurderinger og konklusjoner.

2. Rus og psykisk helse - brukergupper

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder⁴ i lokalt psykisk helse- og rusarbeid. I veilederen inndeles brukergupper/lidelser i tre hovedforløp. De tre hovedforløpene skiller seg fra hverandre med hensyn til problemets art, alvorlighetsgrad og varighet, relevante mål og tiltak, ansvars plassering og samarbeidsrelasjoner. Formålet med inndelingen av hovedforløp er å beskrive hvordan tjenester kan tilrettelegges for ulike personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblematikk.

Helsedirektoratet presiserer at det vil være glidende overganger og overlappinger mellom de ulike forløpene, og at den enkeltes situasjon kan endre seg raskt.

Skien kommune bruker hovedforløpene aktivt for å vurdere hvilket tjenestenivå som er riktig.

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer

Dette forløpet omfatter problemer som forventes å være milde og kortvarige. Eksempler på tilstander som dekkes av forløpet:

- nyoppstått angst eller depresjon av mild til moderat grad
- selvskading uten samtidig personlighetsforstyrrelse
- bruk av illegale rusmidler uten klar funksjonssvikt
- høyt alkoholkonsum som skaper problemer uten å oppfylle krav til skadelig bruk

Brukere i dette forløpet skal behandles i kommunen.

Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser

Hovedforløpet omfatter tilstander som er alvorlige, men kortvarige, og tilstander som er milde, men langvarige. Eksempler på slike tilstander er:

- akutte psykoser med god prognose
- tidsbegrenset skadelig bruk av alkohol
- illegale rusmidler uten avhengighet
- langvarige mildere depresjoner eller angstlidelser
- mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser eller spiseforstyrrelser
- skadelig bruk av alkohol uten markert funksjonstap og tilbakevendende depressive episoder

Kommunen skal forestå innledende kartlegging og behandling av disse brukerne, og henvise til spesialisthelsetjeneste ved behov.

Hovedforløp 3: Alvorlig og langvarige problemer/lidelser

⁴ Veileder IS-2076 Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Hovedforløpet omfatter alvorlige og langvarige problemer/lidelser, eksempelvis:

- medikament- og rusmiddelavhengighet
- alvorlige bipolare lidelser
- alvorlig depresjon
- schizofreni
- alvorlige personlighetsforstyrrelser

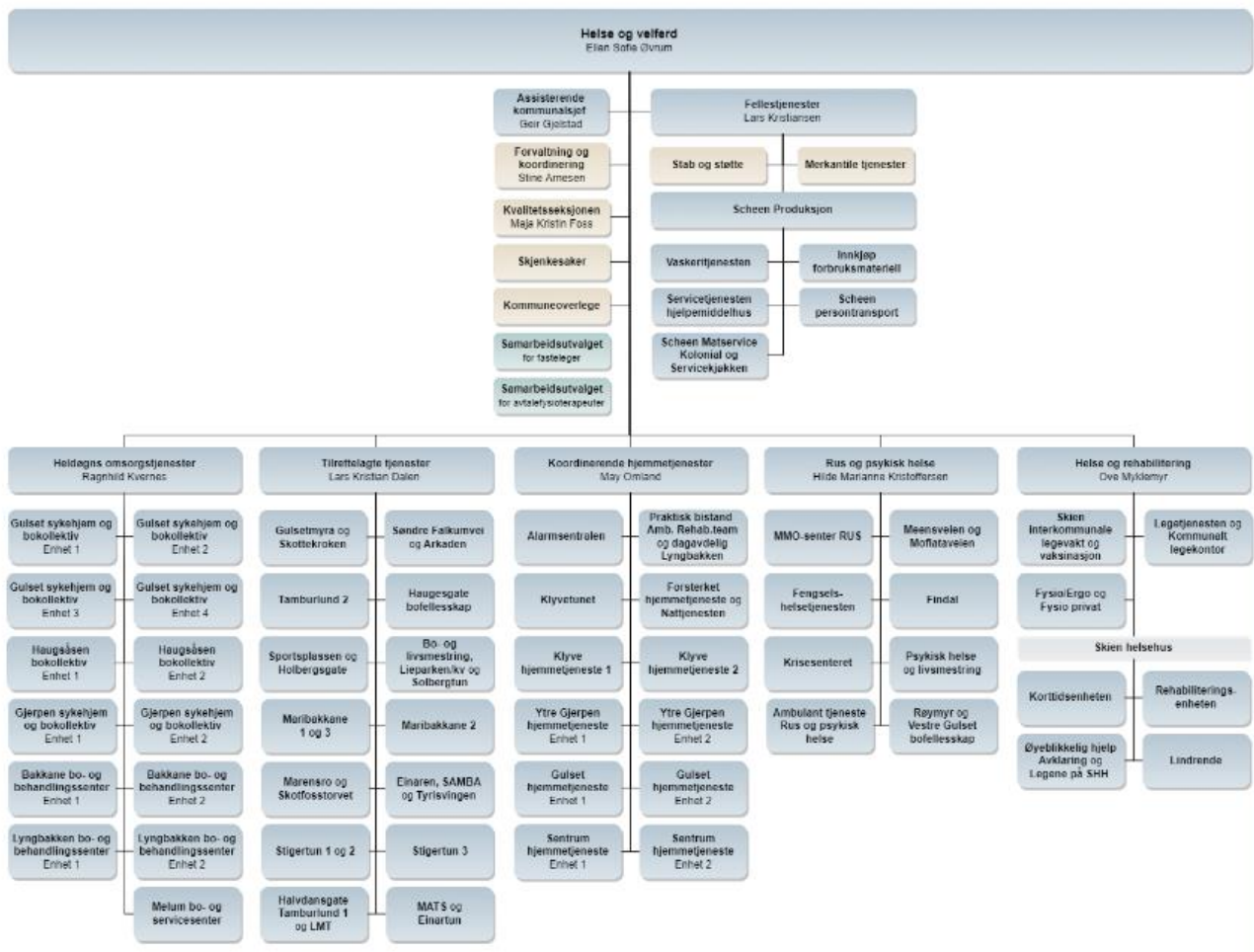
Behandling og oppfølging av disse brukerne skal skje både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen.

3. Problemstilling 1 – Organisering og tjenestetilbud

Problemstilling 1: Hvilke tjenester og tilbud har kommunen til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet og hvordan er disse organisert?

3.1. Organisering - Helse og velferd

Kommunalområdet *Helse og velferd* består av ca. 1512 årsverk fordelt på ca. 2200 ansatte. Området er delt inn i fem fagområder, som hver ledes av en fagsjef.



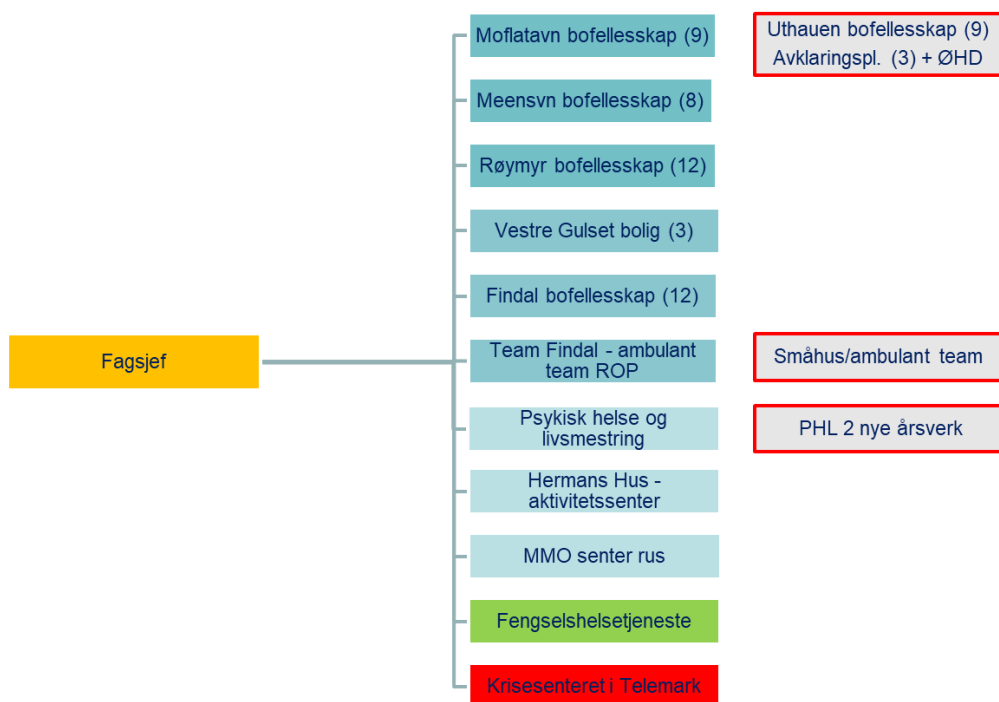
Figur 1 - Organisasjonskart - Helse og velferd - Skien kommune

Fagområdet *Rus og psykisk helsearbeid* består av syv enheter. Til sammen er det ca. 160 årsverk i fagområdet, fordelt på ca. 260 ansatte (+ vikarer/tilkallingsvikarer).

Rus og psykisk helsearbeid samarbeider med *Tjenestekontoret*, som fra 1.1.2023 er en egen seksjon (*Forvaltning og koordinering*) under kommunalområde Helse og velferd. Tjenestekontoret behandler alle søknader om vedtaksplichtige helsetjenester i kommunen.

3.2. Organisering - Rus og psykisk helsearbeid

Kommunen har oversendt en presentasjon av fagområdet Rus og psykisk helsearbeid, med følgende organisasjonskart:



Figur 2 – Organisasjonskart – Rus og psykisk helsearbeid - Skien kommune.

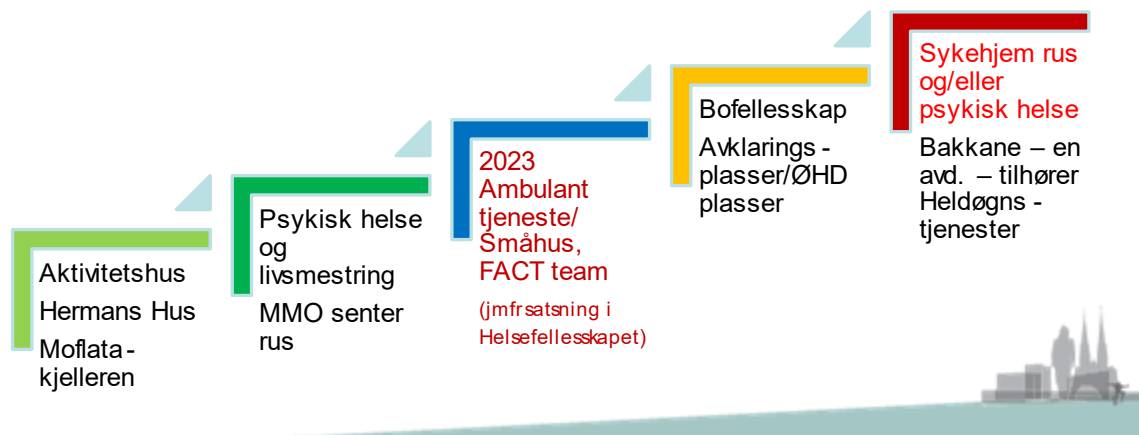
Kommunen forklarer organisasjonskartet slik:

- Blå: bofellesskap med døgndrift. Alle tjenester er vedtaksplichtige.
- Lys blå: tjenester med drift hverdager/dagtid (noen dager til kl 20.00). Både lavterskel (dvs tjenester som ikke er vedtaksplichtige) og vedtaksplichtige tjenester.
- Grønn: dette er en helt egen tjeneste, men hvor Rus og psykisk helse bidrar med helse-/fastlegetjeneste i fengselet.
- Rød: her er det mottak 24 timer i døgnet, syv dager i uken. Tjenesten krever ikke vedtak.
- Grå/rød kant: dette er planlagte tjenester/endringer i 2023.

3.3. Tjenestetilbud innenfor rus og psykisk helse

Figuren på neste side viser kommunens tjenestetilbud innenfor rus og psykisk helse.

Tjenestetilbud



Figur 3 - Tjenestetilbud - Rus og psykisk helse – Skien kommune

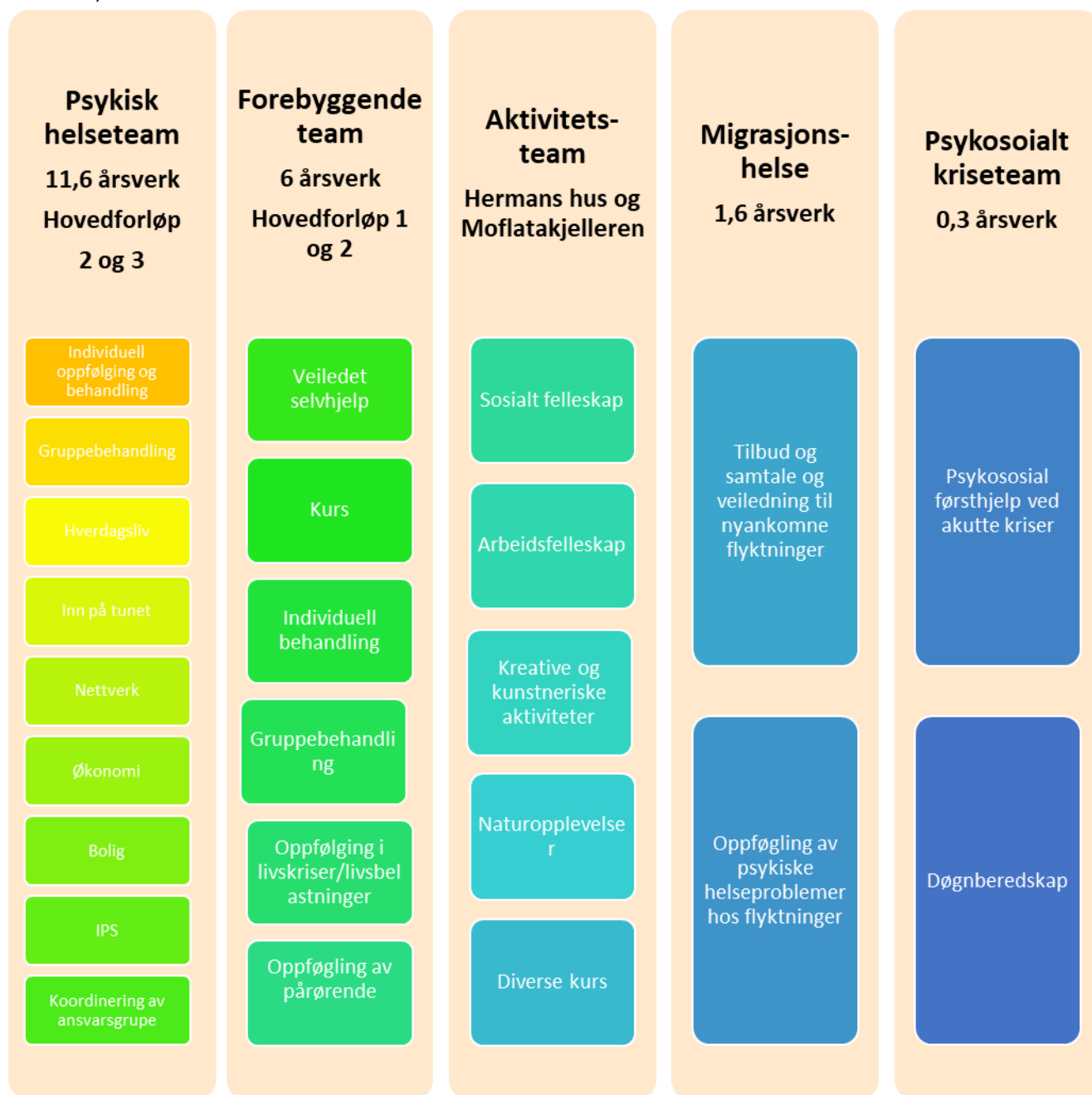
Første nivå i tjenestetilbudet er lavterskeltilbud uten vedtak. Nivå to har tjenester både med og uten vedtak. Nivå tre skal etableres i 2023. Nivå fire og fem er vedtaksbaserte tjenester. Alle tjenestene innenfor rus og psykisk helse er frivillige. Mer om tjenestene følger nedenfor.

3.3.1. Psykisk helse og livsmestring (PHL)

Enheten Psykisk helse og livsmestring (PHL) ble etablert 1. mars 2019, for å samle kommunens helsetjenester innen psykisk helse. PHL jobber tverrfaglig, og består av sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagog, psykomotorisk fysioterapeut, fysioterapeut, spesialpedagog, psykolog, erfaringskonsulent og ernæringsfysiolog. Alle har utdanning på bachelornivå, flere med videreutdanning/ master, og mange med lang erfaring.

PHL har totalt 26,8 årsverk og det er ca 590 brukere/ klienter innenfor enheten per i dag (mai 2023). Det tilbys først og fremst tjenester på dagtid, men Aktivitetsteamet har noe tilbud frem til kl 20.00. Enheten har både lavterskel og vedtakspliktig tjenester. Alle tjenestene er gratis og frivillige.

PHL består av fem team, som tilbyr ulike tjenester (tjenestene fremkommer av de fargelagte boksene):



Figur 4 - Enhet Psykisk helse og livsmestring - fagområde Rus og psykisk helse - Skien kommune

Målsettingen med tjenestetilbudet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv.

Psykisk helseteam

Psykisk helseteam gir vedtaksplichtige tjenester (behandling), som brukerne søker om via Tjenestekontoret.

Brukerne har moderate til alvorlige psykiske lidelser, det vil si hovedforløp 2-3.

På kommunens nettside vises tilbudet til Psykisk helseteam:

- *Samtaler om motivasjon og endring med utgangspunkt i dine ressurser og mestringsstrategier*
- *Oppfølging i å danne nettverk, øke sosial kompetanse og etablere meningsfulle aktiviteter*
- *Oppfølging i hverdagsmestring som eksempelvis å etablere struktur, ivareta kosthold, aktivitet og hvile*
- *Veiledning i å utarbeide kriseplan og/eller selvhjelpsplan*
- *Koordinering av ansvarsgruppe og individuell plan*
- *Oppfølging i å finne utdanning eller jobb i samarbeid med jobbspesialist fra NAV (IPS)*
- *Livsmestringsgruppe*
- *Kroppsbevissthetsgruppe*

På nettsiden finnes også link til digitalt søknadsskjema.

Forebyggende team

Forebyggende team tilbyr rask psykisk helsehjelp i form av lavterskel behandlingstilbud (uten behov for henvisning og uten vedtak). Dette er kortvarige forløp, det vil si at brukerne ikke skal benytte tjenesten over lang tid. Hjelpen skal være tidsbegrenset og ha både et forebyggende- og behandlende perspektiv.

Brukerne innenfor denne gruppen har lettere til moderate plager, det vil si hovedforløp 1 og 2.

Ifølge enhetens tjenestebeskrivelse, skal tjenestene være lett tilgjengelige, ha høy kompetanse og lav terskel inn til behandling.

Aktivitetsteam

Aktivitetsteamet består av Hermans hus og Moflatakjelleren. Teamet har lavterskeltilbud (uten vedtak og uten behov for henvisning).

Hermans hus

- Ca 120 faste brukere
 - er i kontakt med flere brukere enn de faste
- Hoveddelen av brukerne har psykose problematikk
- Ca halvparten av brukerne har en alvorlig psykisk lidelse og tilhører hovedforløp 3
- Klientene svinger i symptombilde, mange har prøvd ut arbeidsrettede tiltak og er ikke aktuelle for dette, men trenger å bli inkludert i meningsfull og trygg aktivitet for å opprettholde stabilitet og for å bli fanget opp når symptomtrykket øker og det ikke går så bra

Moflatakjelleren

- Moflatakjelleren er et værested for mennesker med psykiske utfordringer som trenger et trygt sted og et inkluderende felleskap. Det er til sammen ca 20 brukere av stedet.
- På Moflatakjelleren har de en jentegruppe som møtes hver mandag, og åpent værested med lunsj hver tirsdag og fredag.

Migrasjonshelse

Teamet har 1,6 årsverk + 1 årsverk merkantil (som jobber for hele enheten). Teamet jobber med oppfølging av nyankomne flyktninger, i form av:

- Helsekartlegging
- Undervisning og psykoedukasjon
- Samhandling KIE⁵ og VO⁶
- Tilbud om samtale og veiledning

Psykososialt kriseteam

Teamet har fast 0,3 stilling + vaktordning med 12 personer (ulike yrkesgrupper) som tilkalles ved kriser. Ansvarsområdet for kriseteamet er:

- Psykososial førstehjelp ved akutte kriser
- Døgnberedskap

Hva fungerer bra/ mindre bra i enheten?

Vi har spurt enhetsleder om hva som fungerer bra og mindre bra i hennes enhet.

Hun opplever at det er ganske mange ting som er bra. De har utviklet et bredt tjenestetilbud, med gode tverrfaglige team som har bred kompetanse, og de tilbyr mange ulike behandlinger og oppfølging.

Enhetsleder trekker frem at de har tatt i bruk et tilbakemeldingsverktøy - FIT – Feedback Informed Treatment, som måler både brukernes livskvalitet/ lidelsestrykk og hvordan brukere opplever kvaliteten på relasjonen med sin terapeut. FIT brukes hver gang de er i kontakt med klient, for å kunne justere/gi ny behandling til brukerne, dersom den de får ikke har effekt. Hun mener FIT er et godt virkemiddel i hverdagen, både som terapeutisk verktøy og for å sikre brukervedvirkning. Dette er en systematisk metode å jobbe på overfor brukerne, som hun er stolt av.

Ved hjelp av FIT kan de måle hvorvidt klientene får det bedre i kontakt med tjenesten. Da telles antall klienter som har hatt en bedring som regnes «signifikant». På landsbasis (både i spesialisthelsetjenesten og kommunen) er målet 40-50 %. Totalt i enheten har de målt at 58,3% av

⁵ Kvalitet og integreringsenhet (KIE)

⁶ Voksenopplæring (VO)

de de er i kontakt med får det bedre etter kontakt med tjenesten. I aldersgruppen 16-30 år var det bedring i 60% av forløpene, i aldersgruppen 30-60 60,3% og i aldersgruppen 60 + 46,8 %. Av de som benytter gruppetilbud oppgir 65% å ha fått det bedre.

Av forhold som ikke er så bra, ga enhetsleder uttrykk for at lange ventelister er en utfordring. De ønsker derfor å gi så mange som mulig lavterskelhjelp, det vil si uten vedtak, og ser på muligheten for å utvide deres tilgjengelighet, for å møte dette behovet.

Enhetsleder påpeker også at de er veldig prisgitt det som blir gjort i spesialisthelsetjenesten. Ved avslag der, kommer klientene til PHL, hvor det skal mye til for å få avslag. Fordi det ikke er ønskelig å jobbe lenge med ting som ikke virker, er det veldig viktig å være faglig gode og jobbe med endringsprosesser. Hun opplever at det er en forventning i befolkningen at tjenesten skal gi støtte over lang, selv om ting ikke virker.

Enhetsleder opplyser at de har hatt rekordstor pågang etter nyttår, både i februar og mars. De som tar kontakt er i alle aldre, det vil si fra 16 til 80 år.

Vi spurte også ansatte i gruppeintervju, hva de mente fungerer bra og mindre bra i enheten. De opplyste at fra oppstart av enheten mestret ikke eier (Skien kommune) å være i flyt med tjenestens ressursbehov. Bystyrevedtak fra 2021 og 2022 har styrket dette. Enheten er under utvikling og har fortsatt utfordringer med hensyn til ressurser. De mener oppfølgingen i hovedutvalget bør vurderes videreført.

De opplyste også at ventetid til psykisk helseteam i perioder preges av lang saksbehandlingstid ved Tjenestekontoret. De uttrykte at det kan være hensiktsmessig å se nærmere på alternative grep, f.eks. organisatorisk ved å flytte saksbehandlingen til enheten og/ eller senke terskel for innkomst til tjenesten (færre vedtaksbaserte tjenester og mer direktehenvendelser).

3.3.2. MMO (mottak, motivasjon, oppfølging) – senter RUS (MMO)

Enhet MMO-senter for Rus (MMO) består av eget inntaksteam, fire fagteam og flere metodegrupper/ tilbud. Enheten ble etablert i 2019, da tjenester for rus og psykisk helse ble delt.

Enheten har totalt 28,75 årsverk, fordelt på 29 personer. Dette er inkludert en person som er ansatt i Nav og en person som er ansatt i GREP⁷. Disse to stillingene er tilknyttet tiltaket Opp & Jobb⁸, som også er underlagt MMO.

⁷ GREP er en attføringsbedrift som er eid av Skien, Porsgrunn, Bamble og Siljan kommune.

⁸ Opp & Jobb som er ett samarbeidsprosjekt mellom MMO-senter RUS, NAV og GREP som retter seg til personer mellom 18-35 år som har falt ut av ordinært arbeid eller skole.

MMO har høy tverrfaglig kompetanse på rus- og endringsarbeid, og består av sosialfaglig-, helsefaglig- og aktivitetsfaglig kompetanse, samt psykologspesialist. Tre ansatte har egne erfaringer som rusmisbruker. Ifølge enhetsleder er ansattgruppa robust og stabil, og med stor tilgjengelighet til de mest utfordrende brukergruppene.

MMO tilbyr tjenester til ca. 440 ulike tjenestemottakere per i dag (Mai 2023), mange av disse har flere tjenester samtidige hos MMO. Alle tjenestene er frivillige. Enheten tilbyr tjenester med drift på dagtid på hverdager, noen ganger frem til kl 20.00.

Tjenestene som tilbys er i hovedsak ikke vedtakspliktige, og bygger på Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) § 3-2. 4. ledd, «utredning og behandling» og HOL § 3-2.5. ledd «psykososial rehabilitering». Ved avdekket behov for tjenester knyttet til HOL § 3-2. 6 ledd «praktisk bistand og opplæring» over 14 dager, tas det rutinemessig kontakt med Tjenestekontoret for vedtak. Det hender også at enheten får brukere fra Tjenestekontoret med vedtak som hovedsakelig følges opp fra MO-team.

Feltpleien/LAR, Rusteam og MO-team, samt ansatte i aktivitetsterapi-gruppene, har sine kontorlokaler i Holtbygget i Kverndalen. Selve aktivitetene til aktivitetsgrupper, metodegrupper, UNG team og Opp & Jobb er plassert andre steder rundt Kverndalen. Det er to ettervernsboliger på Gulset og Strømdal.

Enhetsleder MMO har gitt oss følgende beskrivelse av inntaksteamet, fagteamene og metodegruppene:

Inntaksteam

Inntaksteamet har ca. 90 % stilling, fordelt på tre personer. Inntaksteamet avklarer alle søknader inn til enheten.

Brukere kan oppsøke tjenesten selv, enten ved søknadsskjema, via telefon eller ved oppmøte. Det kan være andre som hjelper brukerne inn, for eksempel spesialisthelsetjenesten eller fastlege. Det avholdes en avklaringssamtale innen 1 uke. Avklaringssamtalen avgjør hvilke team som kan hjelpe brukeren best, ut fra fremkommet ønske og behov. Etter at avklaringssamtalen er gjennomført igangsettes tjenestene. Teamene samarbeider internt, slik at brukere kan få tjenester fra flere team samtidig ved behov.

Teamet mottar og vurderer også bekymringsmeldinger HOL § 10.1 (tvang etter melding fra pårørende).

Inntaksteamet er også rådgivende enhet for russaker, en ny lovpålagt tjeneste i 2022.

Rådgivende enhet for russaker, behandler henvisninger fra politi/påtalemyndighet, og har;

- Ansvar for innkalling og samtale etter straffeloven §37 første ledd, bokstav k
- Ansvar for ruskontroll etter straffeloven § 37 første ledd, bokstav d

Fagteamene:

Feltpleie/LAR

Feltpleie/ LAR⁹ har 5 stillinger (500%). Det er, per mars 2023, 96 brukere av feltpleie og 44 brukere i LAR. LAR-utlevering (utleveringspost for medikamentell substitusjonsbehandling for opiatavhengige) blir finansiert / kjøpt av spesialisthelsetjenesten.

Feltpleien er et drop in lavterskeltilbud, som blant annet jobber med overdoseforbyggende arbeid, og tilbyr opplæring, sårstell, sosialfaglig hjelp, aktiviteter, arbeidstiltak, kvinnegruppe mm. Noen ønsker jevnlig kontakt og støttesamtaler, mens andre har behov for mer ad hoc oppfølging til praktisk bistand innenfor 14 dager. Feltpleien er både oppsøkende ute og inne i lokalene i Holtbygget i Kverndalen. Der har de LAR utlevering, skiftestue for blant annet sårstell og urintakingsrom.

Brukerne innenfor Feltpleie / LAR har gjerne fra milde og kortvarige rusproblemer til moderate og alvorlige ruslidelser/ ROP-lidelser, ref. hovedforløp 1 – 3.

MO - team (Motivasjon og oppfølgingsteam)

MO-team har 5 stillinger (500%). MO-team har, per mars 2023, 54 brukere, alle med mer alvorlig psykiske lidelser og rusavhengighet. Noen av disse, 5 per i dag, har vedtak fra Tjenestekontoret. Noen brukere har også vedtaksbaserte tjenester innenfor enhet for PHL. Noen kan ha behov for praktisk bistand ad hoc innenfor 14 dager, mens andre kan ha behov for langvarige tjenester som krever vedtak. MO-team har mye samarbeid med sykehuset om pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Brukerne innenfor MO-team har moderate til alvorlige ruslidelser/ ROP-lidelser, ref. hovedforløp 2 – 3.

Ung- team

Ung-team har 230 % stilling, og har, per mars, 2023 17 brukere. Ung-team har lavterskeltilbud, man kan bare møte på døra. Det er ikke krav til rusfrihet, men krav til at bruker ikke skal være

⁹ LAR Legemiddelassistert rehabilitering

synlig ruspåvirket. De driver med ulike sosiale, kulturelle og fysiske aktiviteter, samt samtaler, motivasjonsarbeid og bistand til kontakt med andre offentlige tjenester og NAV. For de som ønsker det benyttes kartlegging med EuroADAD (European Adolescent Assessment Dialogue) – et strukturert intervju for å kartlegge problemer og hjelpebehov hos ungdommer med rusproblemer (alle livsområder, familie, sosiale relasjoner, skole, venner, seksualitet, kriminalitet, fysisk og psykisk helse, jobb, økonomi mv). Det er en omfattende kartlegging, for å kartlegge ulike problemområder og hvem som bør trekkes inn i det videre hjelpearbeidet for at ungdommen kan nå sine mål.

Brukerne innenfor Ung-team har milde og kortvarige rusproblemer til moderate til alvorlige ruslidelser/ ROP-lidelser, ref. hovedforløp 1 - 2.

Rus-team

Rus-team har 770 % stilling, og har, per mars 2023, 152 brukere. Rus-teamet følger brukeren hele tiden brukeren er i kontakt med MMO, også ansvar for forvaltning av tvang (etter HOL §§ 10-2 og 10-3, det vil si tvangsinnleggelse også for gravide). Tjenesten tar utgangspunkt i psykososial rehabilitering uten vedtak.

Ruskonsulentene benytter Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB)¹⁰ og koordinerer arbeidet, som ligger under rusrehabiliteringen. Dette er som oftest brukere uten langvarige og sammensatte behov for helhetlige koordinert tjenester, utover rusrehabilitering. Teamet tilbyr en rekke metodetilbud, i tillegg til poliklinisk behandling og oppfølging, samt etterverns-grupper og tilbud.

Brukerne innenfor Rus-team kan ha fra milde og kortvarige rusproblemer til moderate og alvorlige ruslidelser/ ROP-lidelser, ref. hovedforløp 1 – 3.

Metodegrupper:

Opp & Jobb

Opp og jobb har 400% stilling (inkludert 1 fra NAV og 1 fra Grep), og har, per mars 2023, 24 brukere (18 i Opp-delen, 6 i Jobb-delen). Det er mange unge under 30 år i denne gruppa. Opp-delen er lavterskel, du trenger ikke være rusfri ved oppstart, men det er et mål. Tilbudet er fem dager i uka, i form mange fysiske og sosiale aktiviteter, som matlaging, samtalegrupper, fysisk aktivitet, arbeidstrening mm. Målet er å få et stabilt oppmøte og ruskontroll. Dersom Opp-delen blir

¹⁰ TSB – tverrfaglig spesialisert rusbehandling – er den norske betegnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå. At tjenestene er tverrfaglige, betyr at de skal utføres av personell med medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse. At tjenestene er spesialiserte betyr at de skal fylle krav til helsetjenester på spesialistnivå.

for tøff, kan man få tilbud i ung-team til de igjen blir klare for neste steg. I Jobb-delen skal brukeren «selges» ut til bedrifter, skole og arbeidstiltak med oppfølging over tid fra Opp & Jobb. Opp og Jobb har mye kontakt med andre team – særlig Rus-team og Ung-team.

Inntaket til gruppa skjer direkte til tiltaket via ruskonsulent, NAV, Talenhuset, TSB m.v.

Brukerne innenfor metodegruppa Opp og Jobb er innenfor hovedforløp 1 og 2.

Aktivitetsterapi og yoga

Denne gruppa har 225 % stilling, og har, per mars 2023, 49 brukere. Dette er også tilbud for brukere av Psykisk helse og Livsmesting. Gruppa driver med Medisinsk og Restorativ Yoga individuelt og i grupper, samt kombinasjonsgrupper med kognitivt metodikk og IOPT¹¹. Gruppa tilbyr også styrke- og kondisjonstrening m.m.

Tilbudet er til brukere innenfor hovedforløp 1, 2 og 3.

IOPT (IdentitetsOrientert PsykotraumeTerapi)

IOPT har, per mars 2023, 16 deltakere. IOPT-terapeut i Rusteam driver terapi både individuelt og i grupper.

Dette er et tilbud til brukere innenfor hovedforløp 1 og 2.

Alkoholgruppe

Alkoholgruppa har, per mars 2023, 9 deltakere, og drives av ansatte i Rusteam.

Askepotter og Askeladder

Dette er kjønnsdelte ettervernsgrupper. Askepotter har, per mars 2023, 7 brukere, mens Askeladder ikke har noen.

Rusfritt hus

Rusfritt hus har en 90% stilling. Per mars 2023, bor fem brukere her. Dette er brukere som har vært i behandling og er motiverte. Rusfritt hus består av:

- **Høyåsstien** med fire hybelrom og en permisjonshybel med felles stue, kjøkken, bad mv. og fellesskap som metode.
- **Strømdalskåsa ettervernsbolig** med to separate leiligheter.

¹¹ IOPT – Identitetsorientert psykotraumeterapi

Boligene tildeles av MMO, og er ett ledd i tilbudsrekken for rusrehabiliteringen.

Brukere i Alkoholgruppa, Askepotter og Askeladder, samt Rusfritt hus, er i hovedsak for brukere innenfor hovedforløp 2.

Hva fungerer bra/ mindre bra i enheten?

Enhetsleder ble i intervju spurt om hva som fungerer bra/ mindre bra i enheten.

Ifølge enhetsleder har både brukerne og samarbeidstjenester gitt uttrykk for å være mer fornøyd med tjenestenes tilgjengelighet etter at MMO fikk sitt eget mottak med avklaring for alle egne tjenester.

Enhetsleder opplever det som positivt at de nå har fått helhetlige tjenester, det vil si tjenester til alle motivasjonsstadier, fra førmotivasjonsstadiet til ettervernstadiet. De samarbeider godt med frivilligheten i forhold til helhetlige tilbud, og de samarbeider godt med spesialisthelsetjenesten samt også godt innad.

Enhetsleder har fått tilbakemelding på at de er lette å komme i kontakt med, at de har tilgjengelige tjenester og mange gode tilbud. Videre er det positivt at de har brukererfaring i egne rekker, og et nært forhold til bruker- og pårørendeorganisasjoner. På systemnivå, så har de en ressursgruppe av brukere i forhold til utvikling av tiltak og tilbud.

Av forhold som kan bli bedre, nevnes å ta i bruk feedbackverktøyet FIT. Enheten har heller ikke gjennomført brukerundersøkelser i senere tid. Videre er det behov for mer integrert behandlingskompetanse for personer med alvorlig rus og alvorlige psykiske lidelser. Dette bør gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Kommunen har igangsatt ett samarbeidsprosjekt om Småhus sammen med sykehuset, der en ser på en felles plattform jfr. integrert behandlingskompetanse for de mest syke ROP-pasientene. Det er behov for bedre felles plattform på dette.

Ansatte i enheten ble også spurt om hva som fungerer bra/ mindre bra i gruppeintervju. Vi fikk tilbakemelding om at de er positivt at de har et godt ettervern, følger opp folk lenge, også etter at de er rusfrie. De har godt kjedede tiltak, fra lavterskel til høyterskel. Brukerne kan kvalifisere seg innad i tiltakskjeden. De mener også at personalgruppen er godt tverrfaglig sammensatt og med generell høy faglig kompetanse.

3.3.3. Bofellesskapene

Generelt om bofellesskapene

Kommunen har 5 bofellesskap innen fagområdet Rus og psykisk helse. Leilighetene er i tilknytning til en base som er bemannet 24/7 med helsepersonell. Dette er sykepleiere/vernepleiere, helsefagarbeidere, assistenter osv. Alle bofellesskapene har beboere med alvorlig psykisk lidelse, dvs de tilhører hovedforløp 3. Et av bofellesskapene er også for de med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP). I alle bofellesskapene leier beboer sin leilighet. Dette er en tildelt kommunal bolig. For å kunne tildeles kommunal bolig i et bofellesskap må man samtidig ha behov for helsetjenester tilsvarende hovedforløp 3.

Nedenfor har vi tatt inn informasjon om de ulike bofellesskapene:

Røymyr bofellesskap

I bofellesskapet er det 12 leiligheter (4 leiligheter i 2 rekker og 4 leiligheter i samme bygg som base og fellesareal), og det jobber 15,7 årsverk. Bofellesskapet er hovedsakelig for de med alvorlig psykiske lidelser.

Vestre Gulset

I bofellesskapet er det 3 leiligheter med en ressurskrevende bruker tilknyttet en base, men ikke felles areal. Det jobber 9,54 årsverk der. Bofellesskapet er hovedsakelig for de med alvorlig psykiske lidelser.

Meensveien bofellesskap

I bofellesskapet er det 8 leiligheter (2 med inngang fra utsiden og 6 med inngang i bygget), felles areal og base. Det arbeider 11,08 årsverk her. Bofellesskapet er hovedsakelig for de med alvorlig psykiske lidelser.

Moflataveien bofellesskap

I bofellesskapet er det 9 leiligheter beliggende i en etasje i en blokk, tilknyttet en base. Det arbeider her 12,8 årsverk. Beboerne har alvorlige psykisk lidelser, noen med rusavhengighet i tillegg (ROP).

Findal bofellesskap

I bofellesskapet er det 12 leiligheter, 4 på et kvinnetun og 8 på et herretun. Det er felles arealer i midten med en base. Her finner vi beboere med ROP lidelser, det vil si i aktiv rus. Det jobber 20,92 årsverk her. Av sikkerhetsmessige årsaker er det høy bemanning her.

3.3.4. Team Findal/ambulant tjeneste

Dette teamet har eksistert siden 2017. Teamet følger opp pasienter skrevet ut på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), sikkerhetspasienter, personer med høy voldsrisiko osv. og MAS¹²-brukere. Av sikkerhetsmessige grunner jobber alltid to ansatte sammen. Per i dag er det 7,46 årsverk her. I forbindelse med bygging av seks småhus på Sykehuset Telemark sin tomt, vil teamet bli utvidet med flere stillinger. Disse skal jobbe ambulant både i de 6 små husene og slik de gjør i dag. Småhus er planlagt bygget i år.

3.3.5. Fengselshelsetjenesten

Kommunen gir helsetjenester til innsatte i Telemark fengsel. Her er det 82 plasser. Fordi fengselsvesenet er under ombygging (det skal bygges nye større fengsel), er det økt trykk i Skien.

3.3.6. Krisesenter i Telemark

Krisesenteret i Telemark er et interkommunalt samarbeid. Krisesenteret er et lavterskeltilbud for barn, kvinner og menn utsatt for vold i nære relasjoner. Man trenger ingen henvisning, det er gratis og døgnåpent. I tillegg til å være et midlertidig botilbud tilbys også dagsamtaler. Tilbudet er til både kvinner og menn.

3.3.7. Småhusprosjektet

Fagsjef for spesialiserte tjenester innen Rus og psykisk helse har gitt oss følgende informasjon om Småhusprosjektet og status i saken:

Prosjektet omfatter etablering av seks kommunale småhus, på sykehuset Telemark (STHF) sin tomt i nærhet til klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. Dette er et unikt prosjekt omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

Småhusene er for personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte i kombinasjon med rus, de som faller mellom respektive ansvarsområder, personer med strafferettslig utilregnelighet eller tvil om tilregnelighet og/eller personer med kvalifiserende kriminalitet med historie på henleggelse og påtaleunntatelse. Flere har begått/vært siktet for alvorlige handlinger som drap/drapsforsøk og grov vold.

Småhusene skal se ut som en bolig, men likevel være skjermet fra andre boliger.

Status i saken, per februar 2023, er at boligene er vedtatt bygget, og forslag til bygg/tegninger er utarbeidet, men det er ikke avklart hvor boligene skal ligge.

¹² MAS- «Mellom Alle Stoler» – brukere, se mer under pkt. 2.4.9

3.3.8. MAS-samarbeid

Den 31.05.21 inngikk Skien kommune en to-årig samarbeidsavtale vedrørende personer «Mellom alle stoler» – MAS-samarbeid – med spesialisthelsetjenesten (Sykehuset i Telemark HF - STHF) og Politiet i Telemark.

Bakgrunnen for avtalen er at det i Skien kommune er flere personer med utfordringer og behov, som gjør at de trenger tett oppfølging fra både STHF, kommunen og politiet. Utfordringen er særlig tydelig for et lite, men ressurskrevende antall personer som faller mellom respektive ansvarsområder. Disse personene kjennetegnes av strafferettslig utilregnelighet eller tvil om tilregnelighet, samt kvalifiserende kriminalitet med historie på henleggelse og påtaleunntatelser. Erfaring indikerer at tidlig og riktig intervensjon, samt konkretisert tverretattlig samarbeid, er suksessfaktorer for å sørge for god ivaretagelse av enkeltindividet og for å forebygge ytterligere uønskede hendelser. Det vil også legge til rette for en bedre ivaretagelse av lokalsamfunnet og løsning av avtalepartenes samfunnsoppdrag.

Riktig ivaretagelse av disse personene, fordrer et godt samarbeid avtalepartene imellom.

Avtalen henviser til Helse og Omsorgsdepartementet og Helsedirektoratets prosjekt «Mellom Alle Stoler» MAS for utilregnelige lovbrøyttere som begår vedvarende og særlig samfunnsskadelig eller plagsom kriminalitet. Prosjektets mandat og rapporter danner grunnlaget for kommunens samarbeidsavtale, sammen med gjeldende rammer for respektive avtaleparter.

Samarbeidsavtalen sier at det skal etableres regelmessige, overordnede MAS-møter om konkrete personer i aktuell målgruppe mellom påtaleansvarlig i politiet og rus- og psykisk helsefaglige ansvarlige ved henholdsvis STHF og kommunen. Møtefrekvensen er minimum to ganger per halvår.

Team Findal – ambulerende tjeneste, følger opp MAS-brukere i kommunen.

3.3.9. Utfordringsbildet for fagområdet

Fagsjef for spesialiserte tjenester innen Rus og psykisk helse, har gitt oss en oversikt over det hun per nå mener er utfordringsbildet for fagområdet. Hun trekker særlig frem at tjenestene er ressurskrevende, med stadig flere brukere. Hoveddelen av økningen er innen psykisk helse og rus

Per i dag mangler fagområdet et tjenestenivå/mellomnivå innen psykisk helse. Dette skal løses ved at et ambulanseteam skal etableres nå i 2023. Det skal også etableres avklaringsplasser i løpet av 2023. Fagsjefen påpeker også at mange brukere er i behov av tjenestene hele livet, noe som utfordrer pasientflyt/overligger/tjenestetilbudet.

3.4. Oppsummering problemstilling 1

Kommunalområdet Helse og velferd i Skien kommune er delt inn i fem fagområder. Et av disse fagområdene, Rus og psykisk helsearbeid, har ansvar for tjenester innen rus og psykisk helse. Rus og psykisk helsearbeid består av syv enheter. Disse er Psykisk helse og livsmestring, MMO¹³-senter RUS, Meensveien og Moflataveien (bofellesskap), Røymyr og Vestre Gulset (bofellesskap), Findal (bofellesskap) og Team Findal/ ambulant tjeneste, Fængselshelsetjenesten og Krisesenteret. Tjenestetilbudet innenfor rus og psykisk helse spenner seg fra lavterskeltilbud uten vedtak til vedtaksbaserte tjenester. Alle tjenestene er frivillige.

I Helsedirektoratet veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne¹⁴ inneles brukergrupper/lidelser i tre hovedforløp; 1 - milde og kortvarige problemer, 2 - Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser, 3 - Alvorlig og langvarige problemer/lidelser. Skien kommune tilbyr tjenester til brukere i alle disse forløpene.

¹³ Mottak, motivasjon, oppfølging (MMO)-senter RUS

¹⁴ Helsedirektoratets veileder IS-2076 Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

4. Problemstilling 2 – Tjenestetilbud tilpasset personens behov

Problemstilling 2: I hvilken grad sikrer Skien kommune at personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får tjenester tilpasset eget behov?

- Her har vi undersøkt:
 - o utredning av hjelpebehov
 - o brukermedvirkning
 - o om tjenestene er helhetlige og koordinerte
 - o utforming av vedtak
 - o etterlevelse av vedtak

4.1. Utredning av hjelpebehov

4.1.1. Revisjonskriterier

Regelverk og veiledere om utredning av behov for helsehjelp

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Kommunen skal sørge for at personer, som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, 1. og 2. ledd. Begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» må ses i sammenheng med forsvarlighetskravet i helse og omsorgstjenesteloven¹⁵ og retten til nødvendig hjelp i pasient- og brukerrettighetsloven¹⁶. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, 3. ledd.

Hvilke tjenester kommunen som et minimum plikter å yte, følger av helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 3, hvor § 3-2 er en særlig sentral bestemmelse. Kommunen skal drive forebyggende arbeid, og gi befolkningen et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tjenestetilbud med utgangspunkt i lokale forhold. Tilbudene skal omfatte diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg.

¹⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1

¹⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Pasient og bruker har rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjenester, jf pasient og brukerrettighetsloven § 2-1a.

Ifølge Norsk lovkommentar gir «nødvendige helse- og omsorgstjenester» krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Omfang og nivå på hjelpen må derfor vurderes konkret. Det avgjørende er den hjelpetrengendes behov ut fra en helse- og sosialfaglig vurdering.

Forvaltningsloven

Vi legger til grunn at det skal fattes enkeltvedtak for tildeling av enkelte tjenester innen rus og psykisk helse, se nærmere redegjørelse i punkt 3.4.1. Det innebærer at forvaltningsloven (fvl) kapittel IV - *Om saksforberedelse ved enkeltvedtak* og V - *Om vedtaket* gjelder for disse tjenestene. Ifølge fvl § 17 skal forvaltningsorganet påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

IS-2442: Veileder for saksbehandling¹⁷

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for saksbehandling for tildeling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Når det gjelder utredning av tjenestebehov sier veilederen blant annet:

- Når en pasients behov skal utredes, må det gjøres en konkret vurdering av hvilke opplysninger som skal innhentes. Saksbehandler må sørge for at alle relevante forhold blir belyst. Veilederen mener at kartleggings skjema eller tilsvarende hjelpemidler kan være nyttige som sjekklister/huskelister ved innhenting av informasjon.
- I mange saker vil det være viktig med en tverrfaglig utredning av behovet, for å sikre at pasienten får en individuell og tilpasset utforming av tjenestene. Tverrfaglig vurdering kan gi riktigere vurdering av tjenestebehovet, og dermed være en forutsetning for en forsvarlig utredning av saken.
- Avhengig av hva saken dreier seg om, kan det være aktuelt å innhente opplysninger om helsetilstand/diagnose, funksjonsnivå, familieforhold, sosiale forhold, boforhold, nåværende tjenester, egne ressurser mv. Det kan være aktuelt å innhente opplysninger fra pasienten/brukeren selv, fastlege, spesialisthelsetjenesten, kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester og andre instanser som barnevernstjenesten, NAV mv.

IS-2076: Sammen om mestring. Veileder i lokalt helsearbeid og rusarbeid for voksne¹⁸

Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring» gir råd og retningslinjer for hvordan psykisk helsearbeid kan gjennomføres i praksis i kommunene. Her vises det til at kommunen bør ha

¹⁷ Helsedirektoratet: IS-2442 Veileder for saksbehandling

¹⁸ Helsedirektoratet: Veileder IS-2076 Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

hovedansvaret for å ivareta personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer som forventes å bli milde og kortvarige. Kommunen må kunne tilby rask hjelp med lavterskeltjenester.

Om utredning av hjelpebehov sier veilederen:

- Lokale tjenesteutøvere som yter eller tilbyr tjenester til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer har ansvar for å kartlegge og/eller utrede brukerens/pasientens tilstand. En rekke personellgrupper vil kunne foreta utredning, diagnostisering og behandling, innenfor kravet om faglig forsvarlighet. Den eller de som foretar utredningen må ha tilstrekkelig kompetanse og benytte anbefalte verktøy. Samtalen/dialogen er rammen for utredning og kartlegging, og må baseres på en tillitsfull relasjon.
- Utredning er ofte en tidkrevende prosess. Utredningen bør omfatte brukerens opplevde problemer, evnen til å mestre dagliglivet og konsekvensene av problemet for brukeren/pasienten og pårørende. Den bør vurdere om brukerens/pasientens symptomer eller atferd utfordrer vanlige sosiale normer og gir risiko for isolasjon og utstøtning. Bolig, økonomi, arbeid og familieforhold bør kartlegges. Utredningen bør gi oversikt over brukerens ressurser og eventuell støtte i sosialt nettverk.
- Enkle og lett tilgjengelige standardiserte kartleggingsverktøy kan øke mulighetene for å identifisere personer som trenger nærmere oppfølging. Findiagnostikk av lidelsen er bare nødvendig når det har konsekvenser for prognose, behandling og oppfølging.

Regelverk og veiledere om styringssystem/internkontroll

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 4, 5 og 7

Forskriften sier at den som er ansvarlig for virksomheten (dvs. kommunen) skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Styringssystemet skal tilpasses til virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Det skal dokumenteres i det omfang det er nødvendig, hvordan pliktene etter forskriften etterleves.

Det følger av forskriften § 7 at kommunen skal utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til forskriften¹⁹

¹⁹ Helsedirektoratet 2018: Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift

Veilederen sier at faglige rutiner er nødvendig når det er behov for å sikre lik utførelse av oppgaver. For å sikre samarbeid mellom flere aktører er rutiner og avtaler om oppgavefordeling viktig. Rutiner og avtaler som plasserer ansvar og oppgaver, og som eventuelt beskriver hvordan oppgavene skal utføres, letter kommunikasjon og trygger samhandling. Det er dessuten viktig å ha fastsatte rutiner dersom det er lite kontinuitet og lav kompetanse blant de ansatte i virksomheten. Oppgaver som gjennomføres sjelden bør også sikres gjennom fastsatte rutiner. Fastsatte rutiner er et viktig styringsvirkemiddel i situasjoner der feil, forglemmelse og utelatelse kan få alvorlige konsekvenser for pasient og bruker.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha rutiner og tiltak som sikrer at pasienters/brukeres behov blir forsvarlig utredet.**
- **Kommunen skal utrede den enkelte pasients/brukers behov for tjenester innen rus og psykisk helse.**

4.1.2. Søknad om tjenester og ventetid

På kommunens nettside ligger informasjon om hvordan man skal gå frem for å søke helse- og omsorgstjenester. Det er Tjenestekontoret som behandler søknader om vedtaksbaserte tjenester og beslutter hvilke tjenester den enkelte har rett på i forhold til behov. Tjenester som ikke krever vedtak håndteres av PHL og/eller MMO.

Når Tjenestekontoret har fattet vedtak, går bestillingen til de som skal utføre tjenesten i kommunen, innenfor psykisk helse og rus vil det si PHL og MMO.

Enhet PHL har ca. 150 vedtak om tjenester. De har hatt utfordringer knyttet til ventetid, og oppstart av tjenesten etter vedtak fattet av tjenestekontoret.

Mottatt statistikk viser at ventetiden i 2022, for team Psykisk helsehjelp, varierer fra 3-4 mnd. til 7 mnd. i 2022. I desember 2022 var ventetiden 5 mnd. For team Rask psykisk helsehjelp, lavterskel (ikke vedtaksbaserte tjenester) varierte ventetiden fra 4 uker til 9 uker i 2022. I desember 2022 var ventetiden 6 uker.

Tabellen på neste side viser statistikk ventetid i 2023 for Psykisk helseteam og Rask psykisk helsehjelp, lavterskel:

Psykisk helseteam				Rask psykisk helsehjelp, lavterskel		
2023	Januar	Februar	Mars	Januar	Februar	Mars
Antall nye klienter	8	12	14	55	61	43
Antall avsluttet	15	5	5	14	13	34
Antall oppstartet	19	8	11	21	14	28
Antall på venteliste	8	11	14	50	70	57
Ventetid	2-3 mnd	2 mnd	2 mnd	9-10 uker	10 -12 uker	10 uker

Tabell 1 - Ventetid Psykisk helseteam og Rask psykisk helsehjelp, lavterskel – januar – mars 2023

Tabellen viser at ventetiden har vært stabil i 2023 - til tross for stor pågang til tjenesten i 2023. Ventetiden for oppstart av tjenester, er fortsatt høy i begge teamene.

MMO fatter i liten grad enkeltvedtak for sine tjenester, og har ifølge enhetsleder, ikke ventetid på sine tjenester. Fagsjef Rus og psykisk helse har opplyst at de ser det er behov for å øke antall vedtak i MMO, mer om dette under punkt 4.4.2.

I stikkprøvene så vi også at Tjenestekontoret til tider har lang saksbehandlingstid (utover fire uker).

4.1.3. Rutiner, tiltak og praksis

Tjenestekontoret har ansvar for å utrede søknader og fatte vedtak om vedtaksppliktige tjenester.

Seksjonen har 25 årsverk, bestående av en leder, 21 saksbehandlere, to i koordinerende enhet og en helsejurist. Kompetansen i seksjonen er bred og tverrfaglig.

Ifølge enhetsleder Psykisk helse skal det søkes om tjenester via tjenestekontoret for brukere, som har moderate til alvorlige psykiske lidelser, jf. hovedforløp 2-3.

Som nevnt under pkt. 2.4.2, er tjenestene i MMO-senter for Rus i hovedsak ikke vedtaksppliktige tjenester. MMO kartlegger og utreder derfor i stor grad selv de, som søker tjenester for ruslidelser, uten involvering av Tjenestekontoret. De få vedtakene som finnes i MMO-senter for RUS, er utredet og fattet av Tjenestekontoret.

Rutiner/ Prosedyrer

Ifølge seksjonsleder for Tjenestekontoret, har kommunen ingen egne rutiner for saksbehandling av vedtak. De bruker HDIRs Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og

omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8²⁰. Kapittel 2 i veilederen omhandler utredning av behovet for tjenester.

Kommunen har et søknadsskjema; *Søknad om helse og omsorgstjenester*, som skal brukes ved alle søknader om nødvendige helse- og omsorgstjenester etter Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3. Skjemaet ligger tilgjengelig på kommunes nettside, sammen med informasjon om hvordan søknadsprosessen foregår. Søknaden skal sendes Tjenestekontoret for Helse og velferd. Vedlagt søknadsskjemaet, ligger samtykkeerklæring og informasjon om saksbehandlingsprosess og tjenestetilbud. Dette skjemaet skal benyttes ved søknad om vedtakspliktige tjenester. Ved søknad om lavterskeltilbud, er det ikke behov for å skrive søknad.

Kommunen bruker pasientjournalssystemet Cosdoc. I dette ligger blant annet krav til IPLOS-kartlegging. IPLOS (Individbasert pleie og omsorgsstatistikk) er et sentralt helseregister, som danner grunnlag for nasjonal helsestatistikk. Det inneholder et kartleggingsverktøy, som innebærer scoring av funksjonsevne, til de som mottar ulike helse- og omsorgstjenester.

Tjenestekontoret og enhet PHL har utarbeidet to rutiner med kriterier som heter *Psykososial rehabilitering i hjemmet – helsetjenester i hjemmet* og *Psykisk helsehjelp og praktisk bistand og opplæring*. Disse benyttes i saksbehandlingen omkring vedtak. Det fremgår av rutinene at følgende kriterier skal vurderes:

- *Samtykkekompetanse skal være vurdert.*
- *Søkers og eventuelt pårørendes ønsker og synspunkt angående organisering av tjenestetilbudet, tas med i vurderingen.*
- *Nødvendige undersøkelser og utredninger skal ligge til grunn. Nødvendige medisinske opplysninger fra fastlege/ spesialist skal innhentes.*
- *Kartlegging av behov med IPLOS-vurdering skal gjennomføres.*

Tjenestekontoret har også vedtaksmaler for ovennevnte tjenester, med overskrifter for hva som skal fylles inn i vedtaket, som «bakgrunn for henvendelsen om tjenester», «faktiske forhold» med underpunkter mm. Det står ikke noe om IPLOS-kartlegging i vedtaksmalene. Tjenestekontoret har ikke tilsvarende rutiner/ kriterier/ vedtaksmal for tjenester innenfor MMO.

Enhet MMO har et eget søknadsskjema, som skal sendes enheten; *Søknad om oppfølging hos Mottak, Motivasjon og Oppfølgingssenter RUS*. Dette skjemaet ligger også på kommunen nettside, under fane for Rusmestring. Til den nærmere kartlegging av brukeren benyttes Karrus, et eget kartleggingsverktøy med en omfattende mal, som enheten har brukt lang tid på å utarbeide.

Enhet MMO har et flytskjema, som viser gangen i en ny henvendelse til MMO, og veien videre.

²⁰ Helsedirektoratets veileder IS-2442 Veileder for saksbehandling - tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8, utgitt 02/2016, revidert 07/2017

Enhet PHL har også et flytskjema, som viser gangen i hvordan en ny klient skal håndteres, med ulike faser fra oppstart, arbeidsfase, evaluering, og til avsluttet tjeneste.

Praksis beskrevet i intervjuer

Tjenestekontorets utredning

Tjenestekontorets saksbehandling starter ved at personer henvender seg til dem, eller de mottar en bekymringsmelding. I utgangspunktet skal den som ønsker tjenester selv søke. Hvis personen ikke samtykkekompetent, kan pårørende eller helsepersonell søke på vegne av personen.

Ved søknad om vedtaksbaserte tjenester innenfor forløp 2 og 3 utreder saksbehandler saken i samarbeid med den det gjelder, ev pårørende hvis det er ønskelig. Det innhentes informasjon fra f.eks. fastlege og spesialisthelsetjenesten. Det benyttes IPLOS- kartlegging, som ligger i pasientjournalssystemet Cosdoc. De aller fleste som er aktuelle for forløp 2 eller 3 har vært i spesialisthelsetjenesten først – DPS²¹. Ved tjenester i forløp 2 – rehabilitering – og hvis pasienten er i målgruppen, blir det ikke gjort store utredninger. Mye av utredning blir da gjort av utfører som et ledd i selve oppfølgingen. Ved tjenester i forløp 3, gjennomføres større utredninger.

Tjenestekontoret benytter ikke skjema for saksutredning, men alle personnødvendige medisinske opplysninger skal innhentes. Kartlegging skjer både på telefon, i fysiske møter og på hjemmebesøk. Når vedtak skrives benyttes vedtaksmalen.

Tjenestekontoret har faste ukentlige møter med Psykisk helseteam, for å drøfte hva som kan være riktig tjeneste for den enkelte bruker. Både søknader og igangsatte forløp kan tas opp til drøfting ved behov.

Tjenestekontoret opplyser at de følger forvaltningsloven med fire uker svarfrist på behandling av søknad om psykisk helsehjelp i hjemmet, og sender midlertidig svar dersom de ikke klarer å fatte vedtak før fristen. I det midlertidige svaret beskrives status i saken, dato for når man kan forvente svar, og info om hva de skal gjøre dersom de får en endret situasjon i ventetiden.

Enhet PHL – utredning

Enhetsleder opplyser at det er Tjenestekontoret, som har rollen med utredning og kartlegging, for vedtaksbaserte tjenester. Når de får vedtakene fra Tjenestekontoret, vurderer de hvilke tjenester

²¹ DPS – Distriktpsikiatrisk senter

som er riktige for brukeren akkurat nå. Tjenesten blir etter dette ofte justert underveis i behandlingsløpet. Det er i hovedsak Psykisk helseteam som har vedtaksbaserte tjenester.

I lavterskelteamene (uten vedtak) kartlegger teamene selv. Dette gjøres ofte på telefon.

Fra gruppeintervju med fagkoordinatorer/ tillitsvalgt PHL, fikk vi informasjon om at det er terapeuten som utreder etter igangsatt forløp, evaluerer og tilpasser tjenesten i samråd og samarbeid med klienten, og ev. andre tilknyttede hjelpetjenester. Tilbakemeldingsverktøyet FIT Outcomes, er nyttig for å korrigere tjenesten underveis i forløpet.

Enhet MMO – utredning

Enhetsleder opplyser at de i stor grad utreder selv, uten involvering av Tjenestekontoret. Enheten har et eget inntaksteam. Brukere kontakter ofte tjenesten selv, enten med søknadsskjema eller ber om time. Det kan også være andre som hjelper de inn, f.eks. spesialisthelsetjenesten eller fastlege. Innkalling til samtale/kartlegging skjer muntlig og tjenesten, som skal gis, blir det også opplyst om muntlig. I denne forbindelse opplyses det også om klageadgang. Alt skal journalføres i Cosdoc, kommunens saksbehandlingssystem.

Alle brukerne får konkrete tiltaksplaner, som bruker er med på å utarbeide mål og tiltak for.

Det skal gjennomføres en avklaringssamtale innen 14 dager etter søknad. Avklaringssamtalen avgjør hvilke team, som kan hjelpe brukeren best, ut fra fremkommet ønske og behov for tjeneste. Teamene samarbeider internt, slik at brukere ved behov, kan få tjenester fra flere team samtidig.

Fra gruppeintervju med ansatte ved MMO (med fagkoordinatorer/ inntaksansvarlig/ ruskonsulent ved MMO), fikk vi opplyst at etter avklaringssamtalen, blir klienten fordelt til en oppfølger, som starter på den grundige kartleggingen (Karrus), hvor klientene kan score sine problemområder. Det kan ta flere samtaler å komme gjennom Karrusen. Etter kartleggingen gis det et tilbud i IP-plan (individuell plan), og tjenesten igangsettes. Ikke alle ønsker en oppfølgingsplan/IP, men alle får tiltaksplan.

På spørsmål om hvorfor Tjenestekontoret ikke er koblet tettere på MMO, svarer enhetsleder at det er bedre at MMO kartlegger og utreder de som søker tjenester for ruslidelse, fordi det er de som har inngående kjennskap til tjenestene og erfaring med oppfølging. Tjenestekontorets tidsbruk har vært oppfattet som en propp i systemet, der brukere må vente på tjenester de har rett på og som kunne vært iverksatt. Oppfølging for ruslidelser skal være lett tilgjengelige tjenester.

Enhetsleder understreker at hun ikke har noe imot vedtak, og at det er en rettighet for brukerne, men at tilgjengelighet, riktig dimensjonering og flyt i tjenestene kommer brukerne til gode. Hun mener at brukere, ansatte og samarbeidspartnere er fornøyd med dagens system.

Stikkprøver

Stikkprøvekontrollene er avgrenset til vedtaksbaserte tjenester innenfor PHL og MMO. Per april 2023 har PHL ca 150 vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 6 bokstav a til c, mens MMO kun har 5 aktive vedtak etter samme lovhenviing.

Enhet PHL

I stikkprøvekontrollen så vi at Tjenestekontoret hadde vurdert kriteriene i rutinene og at vedtaksmalen var benyttet i alle sakene vi undersøkte. Søkers bakgrunn var utførlig fremstilt. Ipløs-kartlegginger var gjennomført i alle sakene.

Enhet MMO

I vår stikkprøvekontroll så vi at Tjenestekontoret hadde utredet brukerens behov for tjenester, og at Ipløs-kartlegging var gjort i alle søknadene om vedtaksbaserte tjenester vi kontrollerte. Søkers bakgrunn var utførlig fremstilt.

4.1.4. Revisors vurdering – utredning av hjelpebehov

Alle vedtak innenfor PHL og MMO fattes av Tjenestekontoret. Vi har registret at det fattes svært få vedtak innenfor MMO. Dette omtales nærmere under pkt. 4.4.

Tjenestekontoret har ikke en egen rutine for saksbehandling, men bruker HDIRs Veileder for saksbehandling.

Tjenestekontoret har, i samarbeid med PHL, etablert rutiner/ kriterier for å utrede søknader om *Psykososial rehabilitering i hjemmet – helsetjenester i hjemmet* og *Psykisk helsehjelp og praktisk bistand og opplæring*, og har også utarbeidet vedtaksmaler, som skal fylles ut og blant annet vise en beskrivelse av utredningen som er gjort i henhold til rutinen/kriteriene. Vedtaksmalen sier ikke noe om krav til IPOS-kartlegging. Tjenestekontoret har ikke tilsvarende rutiner/ kriterier/ vedtaksmal for tjenester innenfor MMO.

Våre stikkprøver, av søknader om vedtaksbaserte tjenester, viste at vedtaksmalen ble brukt i utredningen av søknader. Så langt vi kunne se, innhenter Tjenestekontoret informasjon som er relevant for å avklare søkerens behov. Ansatte i utøvende tjenester (PHL og MMO) mener at utredningen fra Tjenestekontoret er et godt utgangspunkt for deres videre oppfølging.

For de tjenester innen PHL og MMO, som ikke krever vedtak, utreder enhetene selv, uten involvering av Tjenestekontoret. Vi har ikke sett på utredningen i konkrete saker, på søknader om ikke- vedtakspiktige tjenester i de to enhetene (PHL og MMO), men ser at enhetene har ulike tiltak for utredning og kartlegging av brukernes behov.

Vi mener at kommunen, innenfor kontrollert område/ vedtaksbaserte tjenester, i all hovedsak har rutiner og praksis som sikrer at hjelpebehov blir forsvarlig utredet, men at det kan være behov for en ytterligere rutine for utredning av behov for vedtaksbaserte tjenester innenfor MMO.

4.2. Brukermedvirkning

4.2.1. Revisjonskriterier

Regelverk og veileder om brukermedvirkning

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Videre skal tjenestetilbudet, så langt som mulig, utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

IS-2442: Veileder for saksbehandling

Veilederen sier at for at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren, må kommunen gå aktivt inn for å få med pasientens/brukerens synspunkter når tjenestetilbudet utformes. Kommunen kan ikke vente på at pasienten/brukeren selv tar initiativ til dette.

Regelverk og anbefalinger om styringssystem/internkontroll

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Ifølge forskriften §§ 6-8 skal brukererfaringer brukes i planlegging, gjennomføring og evaluering av helse- og omsorgstjenestene.

IS-2076: Sammen om mestring. Veileder i lokalt helsearbeid og rusarbeid for voksne²²

Veilederen sier at økt brukerinnflytelse fordrer at alle tjenester og utøvere har en systematisk tilnærming til samarbeidet med brukeren, både i den enkeltes behandling/bedringsprosess og i utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

²² Veileder IS-2076 Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen må sikre at brukererfaringer brukes systematisk i utvikling av tjenestene.**
- **Kommunen må sikre at bruker/ pasient får medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud.**

4.2.2. Brukermedvirkning på systemnivå

Kommunen har ikke rutiner som omhandler brukermedvirkning på systemnivå.

Praksis beskrevet i intervju

Enhet PHL

Da enheten ble etablert i 2019 hadde de et brukerråd sammen med MMO. Dette fungerte imidlertid ikke så godt, og det ble derfor foreslått å dele rådet i to, med et råd for PHL og et råd for MMO. På grunn av Covid lå alt nede frem til PHL gjenopptok arbeidet i 2022.

I 2023 ble det etablert et brukerråd for PHL. Brukerrådet har hatt to møter. Brukerrådet skal være et høringsorgan for enheten, og består av representanter fra tre brukerorganisasjoner²³ og tre brukere, samt en representant fra enheten.

Enhet MMO

Enhetsleder MMO opplyser at brukererfaringer på systemnivå sikres ved bruk at egne erfaringskonsulenter, samarbeidet de har med bruker- og pårørendeorganisasjoner, samt deres egen ressursgruppe av brukere, som er med i faste møter om utviklingsarbeid i enheten og utvikling av tjenestesamarbeid med frivilligheten og andre, som Skien Diakonale senter, CRUX Tilja oppfølgingscenter, Miljøpatruljen m/flere.

Det er ikke etablert et brukerråd som ivaretar RUS-området.

Brukerorganisasjonene

Vi har henvendt oss til brukerorganisasjonene Skien Mental helse, PIVETE (Pårørendesenteret i Vestfold og Telemark – pårørende innen psykisk helse), A-larm (for brukere med rusproblematikk og pårørende) og R.O.T.-Porsgrunn (Recovery og Tilfriskning – brukerorganisasjon rus). Våre henvendelser medførte at vi intervjuet Skien Mentale helse, PIVETE og A-Larm. Temaet for intervjuet var deres møtepunkter og eventuelle erfaringsutveksling med PHL og MMO.

De vi snakket med fra Skien Mental helse og PIVETE, sitter begge i det nye brukerrådet for Psykisk helse.

²³ Brukerrådet består av representanter fra Skien Mental helse, Bipolarforeningen og PIVETE (Pårørende i Vestfold og Telemark) Senteret, som eies av LPP (Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse) Vestfold og Telemark).

Representanten fra PIVETE er veldig positiv til brukerutvalget, men stiller spørsmål ved om flere organisasjoner skulle vært med, fremfor enkeltpersoner. Hun savner også et brukerutvalg som ivaretar RUS-området, og ROP-pasientene.

Representanten fra Skien Mental helse opplyser at han også sitter i *Råd for personer med nedsatt funksjonsevne i kommunen*, som også jobber på systemnivå for psykisk helse. Han opplever at administrasjonen er veldig villig til å høre på rådet. Rådet blir involvert i nye prosjektet innenfor tjenesten, men skulle ønske å bli mer involvert, gjerne fra starten av et nytt prosjekt, slik at de kan være med på å utforme planer. De blir ofte involvert først når planene er klare. Erfaringer er at administrasjonen hører ganske mye på rådene i Skien kommune. Han jobber med brukermedvirkning på systemnivå, både mot sykehuset og kommunen. Han opplyser også at han er fornøyd med omleggingen i Skien. Han mener det er en drastisk forbedring av hvordan tjenesten er utført og organisert.

Representanten fra A-Larm opplever at han ikke er involvert på noen som helst måte på systemnivå, og at dette generelt er en stor mangel i Skien kommune. I Råd for funksjonsnedsettelse, er det en plass til Rus og en plass til Psykisk helse. Rådet ble opprettet sommeren 2021, hvor to organisasjoner fra Rus- og psykisk helse-feltet ble involvert; Mental Helse og ROT (Recovery og Tilfriskning). A-Larm opplever at de ikke er involvert i tjenesteutvikling, men blir sporadisk spurt om råd om hvordan tjenesten skal være, uten at det på noen som helst måte er en systematikk i dette. Han opplever også at brukermedvirkning er lite synlig på nettsiden i Skien kommunen, og mener at kommunen har lite fokus på brukermedvirkning innenfor dette feltet. Han opplever at enheten er flinke til å ivareta individet, men mangler mye på systemnivå.

Kommunen har ikke hatt brukerundersøkelser innenfor fagområdet de siste årene, med unntak av en undersøkelse knyttet til aktivitetstilbud i PHL i 2021.

4.2.3. Brukermedvirkning på individnivå

Rutiner/ prosedyrer

Tjenestekontoret forholder seg til HDIRs Veileder for saksbehandling. Pkt. 2.4.2 i veilederen omhandler pasient- og brukermedvirkning; hvor det står at pasienter og brukere har rett til å medvirke ved utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten/brukeren.

Tjenestekontorets kriterier for *Psykososial rehabilitering i hjemmet – helsetjenester i hjemmet* og kriterier for *Psykisk helsehjelp og praktisk bistand og opplæring*, nevnt under pkt. 3.1.2., viser at søkers, og eventuelt pårørendes ønsker og synspunkt angående organisering av tjenestetilbudet, skal tas med i vurderingen.

Tjenestekontorets vedtaksmaler for psykisk helsehjelp, har også et felt for *Søkers egen vurdering*, som skal fylles ut.

Praksis beskrevet i intervju

Tjenestekontoret

Tjenestekontoret opplyser at det er saksbehandler som utreder og fatter vedtak i enkeltsaker. Saksbehandler involverer de som er aktuelle i saksbehandlingsprosessen, og det er fokus på brukermedvirkning i denne forbindelse. Pårørendeinvolvering kan også være aktuelt i denne forbindelse.

Enhet PHL

Etter at Tjenestekontoret har fattet vedtak om Psykisk helsehjelp i hjemmet, må enheten, v/terapeut, i samarbeid med brukeren, vurdere hvilke konkrete tjenester som er riktige akkurat nå?

Fra gruppeintervju med tre ansatte i enheten, fikk vi opplyst at klientens egenopplevelse av plager, utfordringer, behov og nytte, legges til grunn i arbeidet. Terapeuten søker å unnlate å pådra seg en ekspertrolle. Recoveryperspektivet²⁴ står sentralt i alt arbeid i alle deler av tjenesten. Dette er praktisering av brukermedvirkning og integrert i alle deler og faser. Klienten påvirker tid, sted, hyppighet og metode i arbeidet. Terapeuten søker å tilføre det klienten mangler, og er i behov av, for å oppnå sine definerte mål, gjennom psykoedukasjon, livsveiledning, praktiske terapeutiske øvelser, omsorg og støtte.

Enheten bruker verktøyet FIT Outcomes, som er et hjelpemiddel som styrker brukermedvirkningen. Verktøyet innhenter systematisk tilbakemeldinger på klientens opplevelse av sin tilværelse (før samtalen) og arbeidet som utføres i relasjon med terapeuten (etter samtalen). Verktøyet er, som alt annet, valgfritt. Forutsetningen for et godt arbeid krever gjensidighet, ved at det er utviklet en relasjon basert på respekt, trygghet og tillit; en terapeutisk allianse. FIT kan gi en god rettesnor på om dette er etablert og om det metodisk arbeides på riktig måte. Terapeuten skal også ta initiativ til evalueringssamtaler ved vurdert behov, og særlig inn mot utløp av vedtak.

²⁴ Recovery er et perspektiv eller en filosofi som kan gjøre tjenestene mer personorientert og dermed mer brukerorientert.

Enhet MMO

Enhetsleder MMO opplyser at brukervedvirkning på individnivå sikres gjennom medvirkning i utarbeidelse av tiltaksplan, med vektlegging på brukerens egne mål, delmål og med tiltak den enkelte er i behov av, samt evalueringer underveis. For å oppnå målet om ruskontroll eller rusfrihet, er det nødvendig å arbeide med ulike livsområder samtidig. Dette kan være tilbud om aktivitet og arbeid, noen trenger å jobbe med traumer osv.

Fra gruppeintervju med tre ansatte i enheten, fikk vi opplyst at etter kartlegging lages en plan for oppfølging sammen med klienten. Klienten får ta med oppfølgingsplanen hjem til gjennomgang. Tiltaksplanen kommer deretter, den skal alle ha. Denne kan være ganske lik oppfølgingsplanen.

MMO vurderer å ta i bruk verktøyet FIT Outcomes.

Brukerorganisasjonene

PIVETE

Representanten fra PIVETE, opplyser at de har veldig mange samtaler med pårørende, som ikke er fornøyd med samarbeidet, i forbindelse med pasientens overgang fra sykehus til tilbud i kommunen. Vi får de henvendelsene, hvor det ikke er opplevd brukervedvirkning. Det føles at tilbudene mye er satt, ofte som en ferdig pakke, med korte frister for brukeren, overgangsmøter med liten deltakelse fra bruker. Det er altfor lite samarbeid mellom sykehusene og behandlerne i kommunen.

Det er veldig variasjon i den hjelpen du får - personavhengig. Mange føler de ikke får medvirke til eget tilbud. Skien kommune er kjent for gode dagtilbud for rus og unge, men mangler bredde i tilbudene innenfor psykisk helse, spesielt for unge.

Skien Mental helse

Representanten fra Skien Mental helse opplever at de de prater med er fornøyd med tjenesten. Han opplever at brukervedvirkning er noe tjenesten prioriterer, og at tjenesten er mer åpen for brukeren, nå etter ny organisering.

Av de han har snakket med, skjer mye av dette ved Hermans hus, hvor brukere får medvirke på sitt nivå.

A-Larm

Representanten fra A-Larm, opplever at kommunen er ganske gode til å ivareta brukervedvirkning på individnivå. Det jobber fantastiske mennesker i tjenesten, som jobber med å tilby riktige og gode tjenester til brukeren. Tjenesten har god ledelse, som er flinke til å ha fokus på god brukervedvirkning i kontakt med brukeren - flinke til å ivareta individet.

Stikkprøver

I alle vedtakene vi undersøkte, både innenfor PHL og MMO, fant vi medvirkning fra søker. I sakene, som gjaldt revurdering av vedtak, ble det vist til søkers kontakt med behandler.

4.2.4. Revisors vurdering - brukervedvirkning

Vi mener at Skien kommune til en viss grad bruker brukererfaringer systematisk til å utvikle tjenestene. Det er i 2023 etablert et brukerråd for PHL. Brukerrådet skal være et høringsorgan for enheten, og består av representanter fra tre organisasjoner og tre brukere, samt representant fra enheten. Det er ikke etablert tilsvarende brukerråd for rus-området. Tilbakemeldinger fra representanter fra brukerorganisasjoner, som er med i brukerrådet for PHL, opplever at de er involvert i brukervedvirkning på systemnivå, mens representanten fra brukerorganisasjonen A-Larm (for brukere med rusproblematikk), opplever at han ikke er involvert.

Kommunen har i liten grad gjennomført brukerundersøkelser innenfor fagområdet Rus og psykisk helse de siste årene.

Vi mener kommunen har tiltak og rutiner for å sikre at den enkelte bruker får medvirke i eget tjenestetilbud. Det er lagt opp til dette i Tjenestekontorets rutiner og mal. Informasjon gitt i intervjuer, tyder på at brukerne er aktivt med på å utforme sitt tjenestetilbud, både i tjenester innenfor PHL og MMO.

Tilbakemeldingsverktøyet FIT, som brukes av PHL, virker som et godt verktøy for å sikre god brukervedvirkning. Det er positivt at også MMO vurderer å ta i bruk FIT.

Vi vurderer at kommunen i større grad bør sikre brukervedvirkning på systemnivå innen rus-området.

4.3. Helhetlige og koordinerte tjenester

4.3.1. Revisjonskriterier

Regelverk og veiledere om krav til helhetlige og koordinerte tjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient/bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1

Kommunen skal utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. For å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte skal kommunen samarbeide med andre tjenesteytere om planen. Dersom en pasient eller bruker har behov for tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven i tillegg til

tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen også her sørge for at det blir utarbeidet individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Tilsvarende gir pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 brukere og pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, rett til å få utarbeidet individuell plan.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2

Kommunen skal tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Enheten skal også motta meldinger om behov for individuell plan og sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.

IS-2442: Veileder for saksbehandling

Kommunen har plikt til å tilby individuell plan til pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen skal ikke vente på at pasient/bruker selv ber om slik plan.

Langvarige tjenester betyr at tjenestebehovet strekker seg over en viss tid, uten at det behøver å være permanent. Koordinerte tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester.

IS-2076: Sammen om mestring. Veileder i lokalt helsearbeid og rusarbeid for voksne.

Veilederen sier at helhetlige og koordinerte tjenester forutsetter at det etableres tverrfaglige samarbeid om tjenestene, på tvers av profesjoner, instanser og forvaltningsnivåer.

Tjenesteutøverne må samarbeide om løsninger som ivaretar brukerens mål og behov.

Fagperspektivene bør forenes med utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv. Et godt samarbeid krever at utøverne utvikler felles forståelsesramme og begrepsforståelse. Gjensidig refleksjon rundt problemstillinger kan være en nøkkel i det tverrfaglige arbeidet.

På denne bakgrunn har vi utarbeidet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal sikre at brukerne får helhetlige og koordinerte tjenester, herunder**
 - **ha en koordinerende enhet**
 - **sikre at personer med langvarige og sammensatte behov tilbys en koordinator og en individuell plan**

4.3.2. Rutiner, tiltak og praksis

Kommunen har ingen særskilte rutiner for å sikre at brukere får helhetlige og koordinerte tjenester. Ifølge enhetsleder ved Tjenestekontoret skal etableringen av koordinert enhet sikre at dette blir ivaretatt. Koordinert enhet, som ble etablert i 2014, består av to ansatte og er organisert innenfor

Tjenestekontoret. Enhetsleder opplyser at Koordinerende enhet er avhengig at brukere oppsøker de, for å vurdere retten til koordinator og individuell plan. Koordinerende enhet behandler søknader om individuell plan og koordinator. Tjenestekontoret har også ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene. Kommunen benytter nå det elektroniske systemet DIPS Samspill til å utarbeide individuell plan, tidligere ble systemet ACOS-IP brukt.

Praksis beskrevet i intervjuer

Enhet PHL

Enhetsleder viser til at det er Tjenestekontoret som fatter vedtak om koordinator og individuell plan. I Psykisk helseteam har de organisert et eget team for klienter med sammensatte behov. For klienter som har utfordringer knyttet til både rus og psykiatri, samarbeider de med MMO for denne brukergruppa. Enhetsleder opplever at kommunen har tiltak, som sikrer at brukere får helhetlige og koordinerte tjenester. Fra gruppeintervju med ansatte i PHL, fikk vi informasjon om at alle klienter, som trenger helhetlige og koordinerte tjenester, skal tilbys individuell plan, men at tilbudet er valgfritt. Det er et mindretall av klientene som ønsker verktøyet og som finner det nyttig.

Mestringsplan kan være et godt supplement eller alternativ, men å fylle ut en plan er ikke et mål i seg selv. For at klienten skal oppleve nytte, kreves et eierskap til planen og arbeidet. Hvordan målplaner utarbeides og hvordan de ser ut, er derfor underordnet hva den enkelte vurderes nyttig.

I klientsaker med flere aktive tjenester blir det opprettet og koordinert en ansvarsgruppe, dersom klienten ønsker dette. Det vurderes i ansvarsgruppen, i den enkelte sak, hvor koordinatoransvaret skal legges. Det er naturlig at ansvaret legges hos den tjenesten, som har best allianse med klienten, og som yter mer langvarig oppfølging; ansvaret tilfaller vanligvis psykisk helsetjeneste.

I tillegg har Skien kommune en koordinerende enhet det kan henvises til; mer naturlig i saker der terapeuten spiller en mindre rolle eller for klienter med mange, svært sammensatte og langvarige behov.

Enhet MMO

Enhetsleder opplever at personer med langvarige og sammensatte behov får tilbud om koordinator og individuell plan av Tjenestekontoret. Enheten samarbeider godt med spesialisthelsetjenesten, enhet PHL og Hjemmetjenesten (praktisk bistand og opplæring).

Ansatte i MMO opplyste i gruppeintervju at enheten har få vedtak om koordinator, selv om de i praksis er mye koordinatorer for brukere.

Stikkprøver

Enhet PHL

Av de seks sakene vi kontrollerte, så vi at det var fattet eget vedtak om koordinator i to saker, og eget vedtak om individuell plan i en av disse. For den andre var det ikke aktuelt med individuell plan. I de fire andre kontrollerte sakene, hadde ikke brukeren behov for helhetlige og koordinerte tjenester.

Enhet MMO

Av de fem kontrollerte sakene, så vi at det var fattet eget vedtak om koordinator i tre saker. Ingen av disse hadde vedtak om individuell plan. I de to andre av sakene vi så på, hadde brukeren ikke behov for helhetlige og koordinerte tjenester.

4.3.3. Revisors vurdering – helhetlige og koordinerte tjenester

Kommunen har etablert koordinerende enhet og har et elektronisk system for å utarbeide individuell plan. Det er koordinerende enhet, som har ansvar for å fatte vedtak om koordinator, der brukeren har behov for helhetlige og koordinerende tjenester.

Tilbakemeldinger fra både enhet PHL og MMO, er at personer med langvarige og sammensatte behov, får tilbud om koordinator og en individuell plan, og at de får helhetlige og koordinerte tjenester. Begge enhetene opplever at de samarbeider godt med andre enheter i kommunen samt spesialisthelsetjenesten, for denne gruppen brukere.

Ansatte i PHL mener alle aktuelle brukere får tilbud om individuell plan, men at et mindretall benytter seg av tilbudet, da et mindretall opplever det som nyttig.

Ansatte i MMO, opplever at de i praksis er mye koordinører for brukere, selv om de ikke har vedtak om dette.

Stikkprøvene viste at det var fattet vedtak om koordinator i til sammen fem saker i de to enhetene, mens det i disse sakene kun var fattet et vedtak om individuell plan (i PHL). Vi har ikke grunnlag for å vurdere om alle brukere, som har behov for koordinator og individuell plan, får dette tilbudet, og heller ikke hvordan de helhetlige og koordinerte tjenestene fungerer i praksis.

4.4. Vedtak, utforming og etterlevelse

4.4.1. Revisjonskriterier

Regelverk og anbefalinger om vedtak

Forholdet til forvaltningsloven

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 gjelder forvaltningsloven kapittel IV og V for vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2, første ledd nr. 6 bokstav a til c og 3-8 som forventes å vare lenger enn to uker. Forvaltningsloven kapittel IV inneholder krav om hvordan enkeltvedtak skal forberedes, og kapittel V har krav til innholdet i enkeltvedtak.

Dette innebærer at det er krav om enkeltvedtak for følgende tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 6 bokstav a til c

- helsetjenester i hjemmet
- personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- plass i institusjon, herunder sykehjem

Tjenester innen RUS og Psykisk helsehjelp som ytes i hjemmet, eller i tilknytning til hjemmet (eks. ulike turer), vil være «helsetjenester i hjemmet» og det må dermed ligge et enkeltvedtak til grunn for slike tjenester. Psykisk helsehjelp, som gis i kommunes lokaler, er ikke «helsehjelp i hjemmet» og det er dermed ikke krav om enkeltvedtak.

Forvaltningsloven §§ 23 og 24

Det følger av fvl §§ 23 og 24 at enkeltvedtak som hovedregel skal være skriftlige, og at de skal begrunnes. Forvaltningsorganet skal gi begrunnelsen samtidig med vedtaket.

Forvaltningsloven § 25

Av fvl § 25 følger det at begrunnelsen

- skal vise til de regler vedtaket bygger på, med mindre parten kjenner reglene. I den utstrekning det er nødvendig for å sette parten i stand til å forstå vedtaket, skal begrunnelsen også gjengi innholdet av reglene eller den problemstilling vedtaket bygger på.
- skal nevne de faktiske forhold som vedtaket bygger på. Er de faktiske forhold beskrevet av parten selv eller i et dokument som er gjort kjent for parten, er det tilstrekkelig å vise til tidligere framstilling.
- bør nevne de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn. Er det gitt retningslinjer for skjønnsutøvingen, vil i alminnelighet en henvisning til retningslinjene være tilstrekkelig.

Forvaltningsloven § 27

I fvl § 27 går det frem at parten skal underrettes om vedtaket så snart som mulig. I underretningen skal det opplyses om klageadgang, klagefrist, klageinstans og fremgangsmåten ved klage.

IS-2442: Veileder for saksbehandling

Det følger av veilederen at når pasientens eller brukerens behov er tilstrekkelig klarlagt, må kommunen ta stilling til om vedkommende har rett på helse- og omsorgstjenester. Dersom svaret er ja, må kommunen ta stilling til hvordan vedkommendes behov for helse- og omsorgstjenester

skal oppfylles. Ifølge veilederen står kommunen langt på vei fritt når det gjelder hvordan «sørge for»-ansvaret i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal oppfylles, så lenge tjenestene oppfyller pasientens/brukerens rett og er forsvarlige. Veilederen sier videre:

- Tjenestetilbudet skal tilpasses den enkeltes behov etter en individuell vurdering. Forskjellige former for standardisering av tjenestetildeling og -utmåling, kan lett komme i konflikt med retten til individuell vurdering og individuelt tilpassende tjenester, og med den enkeltes rett til å medvirke ved utformingen av tilbudet.
- Tjenestetilbudet til den enkelte kan ikke være mindre omfattende eller på annen måte eller på annen ligge under det som til enhver tid oppfattes som en forsvarlig minstestandard. Minstestandarden påvirkes av den helse- og sosialfaglige standarden i samfunnet, og må ses i lys av god helse- og sosialfaglig praksis på området.
- Kommunen må sørge for at det ikke skjer usaklig eller tilfeldig forskjellsbehandling av pasienter eller brukere i kommunen. Eventuelle forskjeller når det gjelder omfang eller utforming av tjenestetilbud, skal være basert på saklige hensyn og relevante forskjeller i pasientens/brukerens behov eller ønsker.

Veilederen sier videre at tjenesten skal iverksettes fra det tidspunkt pasientens/brukerens behov tilsier det, det vil si innen forsvarlig tid, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Hva som er forsvarlig tid, vil bero på helse- og sosialfaglig skjønn, og skal fremgå av vedtaket.

Veilederen omtaler *Krav til enkeltvedtaket* i kapittel 3.3:

Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven IS- 2442 omtaler *Hvor detaljert skal vedtaket være?* i kapittel 3.4:

Ved tildeling av tjenester skal det fremgå av selve vedtaket hva som gis av tjenester. Vedtaket skal utformes slik at mottakeren vet hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder.

Vedtaket må være så konkret utformet at det skaper forutsigbarhet for pasienten/brukeren, samtidig som det bør være så fleksibelt at det tar høyde for normale svingninger i bistandsbehovet. Det bør ikke være så spesifikt at det stadig må endres, eller ikke overlater noe til tjenesteutøvernes faglige vurderinger, men samtidig ikke så lite spesifikt at tjenesteyternes kapasitet blir avgjørende. Det kan for eksempel utformes tiltaksplaner el. ved siden av vedtaket, med en nærmere beskrivelse av hvordan tjenesten skal utføres.

Det er viktig at vedtakene inneholder en tydelig angivelse av rammer og eventuelle mål, slik at vedtaket forplikter kommunen i tilstrekkelig grad, samtidig som det gir forutsigbarhet for

pasient/bruker. Hvis det er hensiktsmessig og pasienten/brukeren selv ønsker det, kan den nærmere tidfestingen overlates til avtale mellom pasienten/brukeren og de som skal yte tjenesten.

Vedtakene bør også angi hva som er målsetningen med de tjenester og tiltak som tilbys. Dette bidrar til forventningsavklaring hos pasienten/brukeren eller dennes representant. Samtidig vil det bidra til å konkretisere og tydeliggjøre for tjenesteyterne hva som er formålet med tjenesten.

Det skal også fremgå av vedtaket at det er klageadgang, hva klagefristen er, hva som er riktig klageinstans og nærmere fremgangsmåte ved klage.

IS-2076: Sammen om mestring. Veileder i lokalt helsearbeid og rusarbeid for voksne

Veilederen sier at fortløpende vurderinger må ligge til grunn for tilretteleggingen av helse- og rusarbeid for voksne, slik at hver enkelt får rett tilbud til rett tid. Lett tilgjengelige, fleksible og individuelt tilpassede tjenester er hovedprinsipper som skal gjelde for alle. Tiltakene som iverksettes må tilpasses den situasjon og sammenheng hver enkelt er i, og støtte opp under brukerens egen bedringsprosess.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Ved tildeling av helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse innen fagområde Rus og psykisk helse skal det fattes enkeltvedtak. Vedtaket skal være skriftlig, begrunnet, angi hva som er målsetningen med vedtaket, og inneholde opplysning om klageadgang og klageinstans. Vedtaket skal utformes slik at mottakeren vet**
 - **hvilke tjenester som skal gis**
 - **i hvilket omfang**
 - **for hvor lang tid vedtaket gjelder**
- **Det kan utformes tiltaksplaner ved siden av vedtaket, med en nærmere beskrivelse av hvordan tjenesten skal utføres**
- **Det skal være samsvar mellom vedtaket, ev. tiltaksplan og tjenesten som blir gitt.**

4.4.2. Bruk av vedtak

Som nevnt under pkt. 4.1. er det Tjenestekontoret som behandler søknader om vedtaksbaserte tjenester og beslutter hvilke tjenester den enkelte har rett på i forhold til behov.

I Skien kommune er psykisk helsehjelp en vedtakstjeneste, uavhengig av hvor tjenesten ytes. Kommunen har vurdert at tjenesten, som oftest gis i hjemmet, og at det derfor er krav om enkeltvedtak.

MMO fatter i liten grad enkeltvedtak for sine tjenester. Det fattes kun vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 6 bokstav b – personlig assistanse, herunder praktisk

bistand og opplæring og støttekontakt. Fagsjef Rus og psykisk helse i kommunen har, på vår forespørsel utdypet enhetens praksis omkring bruk av vedtak:

Vi ser at det er behov for å øke antall vedtak i MMO senter rus i henhold til lovverket du henviser til Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd, nr 6, bokstav a) og b). Deler av arbeidet i enheten er ikke vedtakspiktig. Vi vil fremover jobbe spesifikt med å skille ut vedtakspiktige tjenester i enheten i samarbeid med tjenestekontoret. Det er av stor betydning å finne en hensiktsmessig måte og gjennomføre dette på da det kan få betydning for ventetiden og evnen til å utføre lovpålagte oppgaver i henhold til Helse og omsorgstjenesteloven §10-1, Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende og § 10-2, Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke. Vi ser for oss at utfallet av dette arbeidet også vil medføre endring i organisering av arbeidet.

Rutiner/ prosedyrer

Kommunen bruker HDIRs Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8²⁵. Kapittel 3 i veilederen omhandler krav til enkeltvedtaket.

Tjenestekontoret og enhet PHL har utarbeidet rutine/kriterier for *Psykososial rehabilitering i hjemmet – helsetjenester i hjemmet* (for målgruppe: personer innen hovedforløp 2) og rutine/ kriterier for *Psykisk helsehjelp og praktisk bistand og opplæring* (for målgruppe: personer innen hovedforløp 3). Det er også utarbeidet to vedtaksmaler for disse to tjenestene, med overskrifter for hva som skal fylles inn i vedtaket, som «bakgrunn for henvendelsen om tjenester», «faktiske forhold» med underpunkter mm. Som tidligere nevnt står det ikke noe om IPLOS-kartlegging i vedtaksmalene. Vedtaksmalene ligger i tjenestekontorets saksbehandlingssystem, CosDoc. Tjenestekontoret har ikke tilsvarende rutiner/ kriterier/ vedtaksmal for tjenester innenfor MMO.

Leder av Tjenestekontoret ser ikke behov for ytterligere rutiner knyttet til hvordan de skal saksbehandle vedtak.

Praksis beskrevet i intervjuer

Tjenestekontoret

Som nevnt under 4.1, er det saksbehandler som utreder og fatter vedtak i en enkeltsak.

Saksbehandler involverer de som eventuelt er aktuelle i saksbehandlingsprosessen (bruker, evt pårørende, + fastlege, spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester som er eller skal bli

²⁵ Helsedirektoratets veileder IS-2442 Veileder for saksbehandling - tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8, utgitt 02/2016, revidert 07/2017

involvert). Tjenestekontoret har faste ukentlige møter med Psykisk helseteam, hvor søknader og aktuelle tjenester blir drøftet.

Varigheten på vedtakene kan variere. Psykisk helseteam har ofte tidsbegrensede vedtak med evalueringsdato. Utførerleddet har ansvaret for å ta kontakt med Tjenestekontoret, dersom bruker har behov for noe annet.

Brukerens koordinator har ansvar for å si fra til Tjenestekontoret dersom det er behov for endringer i tjenestetilbudet og vedtaket skal revurderes.

Enhet PHL

Enhetsleder opplyser at når de får vedtakene må de vurdere hvilke tjenester som er riktige akkurat nå og lage tiltaksplaner, som viser hvilke konkrete tjenester som skal gis. Alle klienter med vedtak har tiltaksplaner. Tiltaksplanene legges inn i CosDoc. Tiltaksplanene endres ved behov, uten at vedtaket nødvendigvis endres. Det skal hele tiden rapporteres i klientens journal, løpende journal i fagsystemet CosDoc.

Fra gruppeintervju med ansatte i enheten, fikk vi opplyst at klientens mål i vedtaket er utgangspunktet for utformingen av tiltaksplan. Journal kan føres i egen fane for journalføringer eller direkte inn i tiltaksplanen; dette utføres ulikt blant terapeutene fra enten-eller til både-og. Den enkelte terapeut er ansvarlig for å følge opp vedtaket, før det utløper. Terapeuten evaluerer da vedtaket i samråd med klienten, og melder sine anbefalinger til tjenestekontoret. På bakgrunn av informasjonen fra teapeuten forlenger Tjenestekontoret vedtaket eller avslutter tjenesten. I praksis har terapeut høy grad av innflytelse på lengden på og innholdet i vedtaket, og derigjennom også klienten. Alt arbeidet som utføres har som ambisjon å først og fremst være i tråd med klientens uttrykte og vurderte behov. Vedtak, tiltaksplaner og annet skal i så måte gjenspeile dette.

Enhet MMO

Brukere med vedtak fra Tjenestekontoret blir kartlagt videre for å lande mål og tiltaksplaner. De har evalueringstidspunkter der tiltakene kan justeres. Dette gjør den enkelte primærkontakt i samarbeid med bruker. Ved behov for vesentlige endringer i tjenester, kontaktes Tjenestekontoret for revurdering av vedtak. Alle brukere i MMO har tiltaksplaner, både de med vedtak og uten vedtak. Tiltaksplaner legges inn i CosDoc.

Fra gruppeintervju med ansatte fikk vi tilbakemelding om at tiltaksplanene oppleves tydelige. Det er de samme som skriver tiltaksplanen som følger opp brukeren, men det hender også at flere samarbeider om dette. Det kan være flere tiltaksplaner på en bruker, en for hvert team bruker er inne i. Det skal være mulig å gå inn i andres brukere. Tiltak, som ikke gjelder lenger, skal seponeres i Cosdoc. De ansatte synes at systemet fungerer godt.

Stikkprøver

Enhet PHL

Vi kontrollerte seks vedtak om helsetjenester i hjemmet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 6 bokstav a), hvor PHL er utfører av tjenestene. Alle vedtakene vi så på var skriftlige og begrunnet, de angir hva som er målsettingen med vedtaket, og inneholder opplysninger om klageadgang og klageinstans. Alle vedtakene viste hvilke tjenester som skal gis, fem av seks vedtak viste i hvilket omfang, og alle vedtakene viste for hvor lang tid vedtaket gjelder. To av vedtakene hadde gått ut på dato (i 2021 og 2022), men tjenestene stod fortsatt som aktive.

Vi så at det for alle vedtakene er utformet tiltaksplaner i CosDoc, med en nærmere beskrivelse av hvordan tjenesten skal utføres. Vi så også at tjenestene i tiltaksplanen er kvittert utført i pasientjournalen med rapporter og registreringer for kontrollerte vedtak og periode.

Vi vurderer at det var samsvar mellom vedtaket, tiltaksplan og tjenesten som ble gitt i kontrollert periode for fem av seks saker. I en av sakene var det ikke samsvar, da vedtaket ikke passet med behovet.

I en av sakene var ventetiden spesielt lang, det tok tre måneder før oppstart av saken etter at vedtak var fattet. For denne saken var tiltaksplanen på plass tre måneder etter dette. Journalen viser at det har vært jevnlig kontakt med klienten etter oppstart av tjenesten.

Enhet MMO

Vi kontrollerte fem vedtak, dette er alle vedtakene som fantes på kontrolltidspunktet, innen MMO, om personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 6 bokstav c). MMO er utfører av disse tjenestene. Alle

vedtakene er skriftlige og begrunnet, de angir hva som er målsettingen med vedtaket, og inneholder opplysninger om klageadgang og klageinstans. Alle vedtakene viste hvilke tjenester som skal gis, to av fem vedtak viste i hvilket omfang, og tre av fem viste for hvor lang tid vedtaket gjelder. To av disse vedtakene hadde gått ut på dato (utgått i 11.11.2022 og 1.2.2023), men tjenestene var fortsatt aktive. De to vedtakene, som ikke viste sluttdato, gjelder revurdering av tidligere vedtak.

Vi så at det for alle de fem kontrollerte vedtakene er utformet tiltaksplaner i CosDoc, med en nærmere beskrivelse av hvordan tjenesten skal utføres. Vi så også at tjenestene i tiltaksplanen er kvittert utført i pasientjournalen, med rapporter og registreringer for kontrollerte vedtak og periode.

Vi vurderer at det var samsvar mellom vedtaket, tiltaksplan og tjenesten som ble gitt i kontrollert periode for alle de fem sakene vi kontrollerte.

4.4.3. Revisors vurdering – vedtak, utforming og etterlevelse

I Skien kommune er det Tjenestekontoret som har ansvar for å behandle søknader og fatte vedtak om helse- og omsorgstjenester, (inkludert vedtaksbaserte tjenester innen PHL og MMO).

Kommunen har ikke en egen rutine for saksbehandling, men Tjenestekontoret opplyser at de følger HDIRs Veileder for saksbehandling. Kommunen har rutiner/kriterier for vedtaksbaserte tjenester innen PHL, og maler for utforming av enkeltvedtak for disse tjenestene. Det foreligger ikke rutiner /kriterier/ vedtaksmal for vedtaksbaserte tjenester innenfor MMO.

I Skien kommune er psykisk helsehjelp en vedtakstjeneste, uavhengig av hvor tjenesten ytes. Kommunen har vurdert at tjenesten, som oftest gis i hjemmet, og at det derfor er krav om enkeltvedtak. MMO vedtar i liten grad enkeltvedtak for sine tjenester, kun vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 6 bokstav b – personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt. Fagsjef Rus og psykisk helse har på forespørsel opplyst at de ser at det er behov for å øke antall vedtak i MMO senter rus. Vi mener at dette bør sees nærmere på.

Vår stikkprøvegjennomgang av vedtak, både i enhet PHL og MMO, viste en praksis med skriftlige vedtak ved tildeling av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand, opplæring og støttekontakt. Alle vedtakene inneholdt begrunnelser, målsetning med tjenesten som tilbys og opplysninger om klageadgang og klagefrist. Alle vedtakene, med unntak av et, viste hvilke tjenester som skal gis, på et overordnet nivå. 7 av 11 vedtak viste omfang av tjenesten, og 9 av 11 viste for hvor lang tid vedtaket gjelder. 4 av vedtakene var imidlertid utgått på dato, selv om tjenestene var aktive. Ifølge Statsforvalteren i Vestfold og Telemark er det ikke et absolutt krav til at vedtak skal ha en sluttdato. Dersom kommunen ikke har tidsbegrensning i sine vedtak, vil det imidlertid kreve at kommunen

følger opp vedtakene/ tjenestemottakerne regelmessig og systematisk, slik at det sikres riktige tjenester til enhver tid.

Videre så vi at både PHL og MMO har utformet tiltaksplaner i CosDoc for alle de kontrollerte vedtakene, med en nærmere beskrivelse av hvordan tjenesten skal utføres. Vi så også at tjenestene i tiltaksplanen er kvittert utført i pasientjournalen med rapporter og registreringer for kontrollerte vedtak og periode.

Vi så også at det i all hovedsak var samsvar mellom vedtak, tiltaksplan og tjenesten som ble gitt i kontrollerte saker i kontrollert periode.

4.5. Konklusjon problemstilling 2

I hvilken grad sikrer Skien kommune at personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får tjenester tilpasset eget behov?

Vi konkluderer med at Skien kommune i stor grad sikrer at personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får tjenester tilpasset eget behov.

Det er Tjenestekontoret som har ansvar for å behandle søknader og fatte vedtak om helse- og omsorgstjenester. Vi har registrert at det fattes få vedtak innenfor MMO, mens det innenfor Psykisk helse og livsmestring (PHL) er mange vedtak. PHL har hatt og har utfordringer knyttet til ventetid for oppstart av tjenester. Dette skyldes både forhold innenfor egen enhet og til tider forsinkelser hos Tjenestekontoret. Tilsvarende utfordringer finner vi ikke hos MMO, da enheten i all hovedsak utreder brukerne selv og setter i gang tjenesten raskere. Fagsjef Rus og psykisk helse ser imidlertid at det er behov for å øke antall vedtak i MMO senter rus, og vil se nærmere på dette. PHL har fått økte ressurser det siste året.

Vi mener at kommunen i all hovedsak har rutiner og praksis som sikrer at brukernes hjelpebehov blir forsvarlig utredet, men at det kan være behov for rutiner/ kriterier for utredning av behov for vedtaksbaserte tjenester innenfor MMO.

Når det gjelder brukermedvirkning, konkluderer vi med at kommunen har tiltak og rutiner for å sikre at den enkelte bruker får medvirke i eget tjenestetilbud. Vi mener også at kommunen til en viss grad bruker brukerefaringer systematisk til å utvikle tjenestene, men at dette i større grad bør sikres innenfor rus-området.

Kommunen har etablert koordinerende enhet, og har et elektronisk system for å utarbeide individuell plan. Tilbakemeldinger fra både enhet PHL og MMO, er at personer med langvarige og

sammensatte behov får tilbud om koordinator og en individuell plan, og at de får helhetlige og koordinerte tjenester. Begge enhetene opplever at de samarbeider godt med andre enheter i kommunen samt spesialisthelsetjenesten, for denne brukergruppen. Vi har ikke grunnlag for å vurdere om alle brukere, som har behov for koordinator og individuell plan, får dette tilbudet, og heller ikke hvordan de helhetlige og koordinerte tjenestene fungerer i praksis.

Vår stikkprøvegjennomgang av vedtak, i både enhet PHL og MMO, viste en praksis med vedtak som inneholder begrunnelser, målsetning med tjenesten som tilbys og opplysninger om klageadgang og klagefrist. Videre viste vedtakene hvilke tjenester som skal gis. Vedtakene var noe mangelfulle når det gjaldt omfang av tjenesten, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder. Fire av vedtakene var også utgått på dato, selv om tjenestene fortsatt var aktive. Det er ikke et absolutt krav at vedtak skal ha en sluttdato, men når kommunen ikke har tidsbegrensning i sine vedtak, krever det at kommunen følger opp vedtakene/ tjenestemottakerne regelmessig og systematisk.

I stikkprøvekontrollen så vi også at det i all hovedsak var samsvar mellom vedtak, tiltaksplan og tjenesten som ble gitt.

5. Problemstilling 3 – Bystyrets vedtak 174/20

Problemstilling 1: Hvordan har kommunen fulgt opp bystyrets vedtak 174/20?

Dette er en beskrivende problemstilling uten revisjonskriterier.

5.1. Oppfølging av bystyrets vedtak 174/20 – data

I forbindelse med bystyrets budsjettbehandling i 2020, sak 174/20, ble det satt føringer/mål knyttet til Boliger til mennesker med manglende bo-evne²⁶:

Politiske føringer

Sak	Tekst/føring
Byst/174/20	<p>Boliger til mennesker med manglende bo-evne</p> <p>Vedlikeholdet av disse boligene er en stor utfordring.</p> <p>UKMB ber administrasjonen utarbeide en sak som belyser muligheten for å etablere boliger for mennesker i aktiv rus med bemanning.</p>

Merknader: Vedtaket er et samarbeidsprosjekt på tvers av kommunalområdene i Skien kommune og dette ble vedtatt i 2021 og det er lagt inn i investering av en ny boformer i 2022. Eiendom vil i 2022 se på driften av nye boformer i samarbeid med NAV og Helse og Velferd

Vi har undersøkt hvordan vedtaket har blitt fulgt opp. Merknaden om at *Eiendom vil i 2022 se på driften av nye boformer i samarbeid med NAV og Helse og Velferd*, omtales under eget punkt avslutningsvis.

5.1.1. Nye boformer

Vi har kontaktet eiendomssjefen i Skien kommune, som kunne fortelle at saken *Boliger til mennesker med manglende boevne*, gjelder investeringsprosjektet **Nye boformer** for personer med lav bo-evne. Skien kommune har manglet egnede boliger til leietakere i gruppa som sliter med samtidighet i rus og psykiatri (ROP-lidelser). Disse menneskene trenger større grad av tilrettelegging av sitt boforhold, inkludert mulighet for bemanning.

Politisk behandling av saken

Politikerne i Skien kommune har ved flere anledninger behandlet saker som omhandler **Nye boformer**. Vedtakene fra de ulike utvalgene/ formannskap/ bystyret er tatt inn nedenfor:

Utvalg for klima, miljø og byutvikling (UKMB) 13.04.2020 - Sak 23/21 – Årsmelding for bolig

²⁶ Utdraget er hentet fra kommunens Årsmelding og regnskap 2021 – Skien kommune

Utvalg for klima, miljø og byutviklings vedtak/innstilling:

Årsmelding Bolig for 2020 tatt til orientering.

UKMB ber administrasjonen så raskt som mulig, å belyse muligheten for å etablere nye boenheter for de av våre innbyggere som har spesielle utfordringer med å etablere seg i ordinære boliger. UKMB ber om at modell fra Horten eller tilsvarende boenheter utredes. Det bør være et sentrumsnært leilighetskompleks hvor tilsyn og oppfølging skal være en del av løsningen. Tilbudet må være et samarbeid mellom bolig, helse og NAV.

UKMB ønsker at følgende opplysninger fremkommer i saken:

1. Mulige boenheter
2. Hvor mange boenheter Skien kommune har behov for
3. Ledige lokaler som kan være aktuelle
4. Sentrumsnært tomteområde
5. Pris så langt det er mulig

Utvalg for klima, miljø og byutvikling (UKMB) 15.06.2021 - Sak 58/21 – Nye boformer

Med bakgrunn i vedtaket fra UKMB i sak 23/21, nevnt over, utredet administrasjonen saken før ny behandling i utvalget. De fem punktene utvalget ønsket opplysninger om er svart opp i saken. Tre ulike alternativer med tanke på lokasjon og anskaffelse av egnede lokaler er presentert, samt en vurdering av fordeler og ulemper ved de tre alternativene. Utvalget vedtok kommunedirektørens innstilling i saken:

1. *Kommunedirektøren arbeider videre med å utarbeide mulighetene for etablering av bemannet bolig og hybelhus i Sandviksvegen 1 og 3. Bemannet bolig i Sandviksvegen 3 prioriteres.*
2. *Kostnadene for etableringen av disse to boformene legges frem til budsjett og økonomiplan for 2022-2025. Investeringene dekkes av låneopptak og tilskudd fra Husbanken.*
3. *En forutsetning for etableringen er at driften av boformene blir et samarbeid på tvers mellom Eiendom, Helse og Velferd og NAV.*

Utvalg helse for helse og omsorg 23.08.2021 – sak 36/21 – Nye boformer

Vedtaket fra UKMB ble deretter lag fram for Utvalg for helse og omsorg. Dette utvalget la til et pkt. 4 i vedtaket fra UKMB:

1. *Kommunedirektøren arbeider videre med å utarbeide mulighetene for etablering av bemannet bolig og hybelhus i Sandviksvegen 1 og 3. Bemannet bolig i Sandviksvegen 3 prioriteres.*

2. *Kostnadene for etableringen av disse to boformene legges frem til budsjett og økonomiplan for 2022-2025. Investeringene dekkes av låneopptak og tilskudd fra Husbanken.*
3. *En forutsetning for etableringen er at driften av boformene blir et samarbeid på tvers mellom Eiendom, Helse og Velferd og NAV.*
4. *Utvalget ber om at det legges frem egen sak på hvordan boligene kan bemannes og hva kostnadene i tilknytning til slik bemanning vil bli. Utvalget presiserer viktigheten av tett dialog mellom kommunalområdene i forbindelse med opprettelsen av nye boformer*

Formannskapet 21.09.2021 – sak 68/21 – Nye boformer

Formannskapet fattet identisk vedtak som Utvalg for helse og omsorg.

Bystyret 30.09.2021 – sak 127/21 – Nye boformer

Bystyret fattet tilsvarende vedtak som formannskapet. På bakgrunn av innspill fra en politiker ble administrasjonen bedt om å vurdere noen ytterligere forhold.

- **Bystyrets vedtak**

1. *Kommunedirektøren arbeider videre med å utarbeide mulighetene for etablering av bemannet bolig og hybelhus i Sandviksvegen 1 og 3. Bemannet bolig i Sandviksvegen 3 prioriteres.*
2. *Kostnadene for etableringen av disse to boformene legges frem til budsjett og økonomiplan for 2022-2025. Investeringene dekkes av låneopptak og tilskudd fra Husbanken.*
3. *En forutsetning for etableringen er at driften av boformene blir et samarbeid på tvers mellom Eiendom, Helse og Velferd og NAV.*
4. *Bystyret ber om at det legges frem egen sak på hvordan boligene kan bemannes og hva kostnadene i tilknytning til slik bemanning vil bli. Bystyret presiserer viktigheten av tett dialog mellom kommunalområdene i forbindelse med opprettelsen av nye boformer.*

Forslaget fra Berg-Hanssen oversendes administrasjonen for vurdering:

5. *Bystyret inviterer til samarbeidsløsninger med særlig private ideelle organisasjoner, etter modell av bl.a. Skien Diakonale senter. Dette har vist seg som et godt og positivt samarbeid over svært mange år.*
6. *Samfunnsøkonomisk- og driftsøkonomisk regnskap må følge som en del av saken i den videre behandling, slik at vi er sikre på at det er økonomi til både bygging og varig drift av løsningene.*
7. *Arbeidet med nye boformer kobles tett sammen med «småhus prosjektet» i det videre arbeidet fremover.*

Bystyret 16.12.2021 – sak 182/21 Budsjett og økonomiplan 2022-2025

I bystyrets behandling av budsjett og økonomiplan 2022-2025 bevilget bystyret 10 mill kroner til **Nye Boformer** i Sandviksvegen 3.

Status i saken per mars 2023:

Kommunens Årsmelding for bolig 2022, behandlet i Utvalg for klima, miljø og byutvikling, i møte 07.03.2023, (sak 17/23) omtaler prosjektet:

Nytt boligprosjekt

Boligkontoret skal jobbe med prosjektet Nye boformer i Sandviksvegen 3. Eksisterende bolig skal rives og bygges opp igjen som en ny boform. Prosjektet, og boformen, har hentet inspirasjon fra Horten kommune, og det skal bygges en bolig med 8 enkle rom m/ eget bad og kontorareal i 1.etg. NAV skal leie boligen og tildele leietakere. Det skal være et samarbeidsprosjekt mellom Eiendom, NAV og Helse og Velferd. Boligen skal ha tilsyn, og formen på dette vil også bli jobbet med parallelt som boligen bygges. Prosjektet ble lagt ut til anbud på slutten av 2022 og det skal ferdigstilles i 2023.

I det samme møtet orientere eiendomssjefen om status i prosjektet. Presentasjonen fra møtet viser at investeringsprosjektet er et tverrfaglig samarbeid, som skal ha fokus på driftssikkerhet og lave drift- og energikostnader.

Eiendomssjefen opplyser at bystyrets bevilgning på 10 mill. kroner i 2022 til investering av **Nye boformer** i Sandviksveien 3 er overført til 2023. Den totale kostnaden er nå anslått til 12 mill. kroner, inklusiv prosjektering, to ekstra hybler, energieffektive løsninger og sprinklinganlegg. 2 mill. kroner skal dekkes av investeringsbudsjett for enhet Bolig. Prosjektet startet i 2022 og vil, ifølge eiendomssjefen, være ferdig i slutten av 2023.

Status - Driften/ innhold i tjenesten av Nye boformer per mars 2023

Eiendomssjefen opplyser at de har hatt møter med NAV og Helse og Velferd for å sette i gang arbeidet rundt driften/innholdet i tjenesten. Det er avtalt at NAV skal ha hovedansvaret for innholdet. Det er også besluttet at det skal lages en sak om dette med innhold/bemanning og videre behov for ulike boformer.

5.2. Oppsummering problemstilling 3

Vår gjennomgang viser at Skien kommune følger opp vedtaket i bystyrevedtak 174/20. Saken har vært utredet av administrasjonen og behandlet i ulike politiske organ.

Investeringsprosjektet *Nye boformer* i Sandviksvegen 3 er vedtatt, hvor eksisterende bolig skal rives og bygges opp igjen som en ny boform. Prosjektet er et tverrfaglig samarbeid mellom Helse- og Velferd, NAV og Eiendom. 10 mill. kroner var opprinnelig bevilget av bystyret til prosjektet, men

kostnaden er nå stipulert til totalt 12 mill. kroner. Prosjektet startet i 2022 og vil, ifølge eiendomssjefen i kommunen, være ferdig i slutten av 2023.

NAV, Helse og Velferd og Eiendom har hatt møter for å sette i gang arbeidet rundt driften/innholdet i tjenesten. Det er nå (mars 2023) avtalt at NAV skal ha hovedansvaret for innholdet, og at det skal lages en sak om innhold/bemanning og videre behov for ulike boformer.

6. Anbefalinger

Vi anbefaler Skien kommune å:

- vurdere om det skal fattes flere vedtak innen MMO-senter RUS, for tjenester i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd, nr 6, bokstav a) helsetjenester i hjemmet og b) praktisk bistand, opplæring og støttekontakt
- vurdere om det er behov for å etablere en rutine/ kriterier/ vedtaksmal for tjenester innen MMO-Senter RUS
- sikre at vedtak med sluttdato blir revurdert, dersom klienten fortsatt har behov for tjenesten
- sikre brukermedvirkning i større grad på systemnivå innenfor rus-området

Litteratur og kildereferanser

Lover og forskrifter

- Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Lov av 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 28.10.2016 nr. 1250 om statlige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)
- Lov av 02.07.1999 nr.63 om pasient og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov av 10.02.1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (Forvaltningsloven)

- Forskrift av 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Offentlige dokument

- Helsedirektoratet: IS-2620: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Helsedirektoratet: IS-2442 Veileder for saksbehandling
- Helsedirektoratet: IS-2076 Veileder Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Vedlegg

Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse

Vi har gjennomgått rapporten og er av den oppfatning at revisjonen beskriver utfordringsbildet på en god måte og deler rapportens konklusjoner. Takk for et godt samarbeid.

Med vennlig hilsen

Karin Finnerud
kommunedirektør
telefon 97755573



Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen startet opp ved oppstartsbrev av 19.01.2023. Oppstartsmøte ble holdt 30.01.2023, med kommunalsjef Helse og velferd, ass. kommunalsjef Helse og velferd, fagsjef Rus og psykisk helse, eiendomssjef, leder for Tjenestekontoret og leder for Kvalitetsseksjonen til stede. Det ble skrevet referat fra møtet, som ble verifisert av dem som var til stede.

Vi har hatt oppsummeringsmøte den 11.05.2023, med kommunalsjef Helse og velferd, ass. kommunalsjef Helse og velferd, fagsjef Rus og psykisk helse, eiendomssjef og leder for Kvalitetsseksjonen til stede.

Forvaltningsrevisjoner skal gjennomføres på en måte som sikrer at informasjonen i rapporten er relevant og pålitelig. At dataene er relevante (gyldige/valide) innebærer at de beskriver de forholdene som problemstillingene omhandler. Pålitelighet (reliabilitet) handler om at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mulig og at det ikke har skjedd systematiske feil underveis.

Vi vil nedenfor redegjøre for datagrunnlaget vårt og hvilke metoder vi har brukt for å svare på problemstillingene. Vi vil også beskrive hvilke tiltak som er brukt for å sikre dataenes relevans og pålitelighet.

Innsamling av data, relevans og pålitelighet

Datainnsamling og rapportskrivning har foregått i perioden februar til mai 2023.

Dokumentgjennomgang

Vi har innhentet og gjennomgått en rekke dokumenter:

- Dokumentasjon som viser hvordan fagområdet Rus og psykisk helsearbeid er organisert, fagområdets tjenestetilbud og hvordan de jobber.
- Samarbeidsavtale vedrørende personer «Mellom alle stoler» – MAS-samarbeid – med spesialisthelsetjenesten (Sykehuset i Telemark HF - STHF) og Politiet i Telemark, datert 31.05.21.
- Søknadsskjemaer, rutiner/ kriterier, vedtaksmaler tilknyttet helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse innenfor fagområde Rus og psykisk helse
- Statistikk fra enhet PHL, som viser ventetid, fra fattet vedtak til oppstart av tjenesten, i 2022 og 2023
- Dokumentasjon som viser hvordan saken *Byst/174/20 Boliger til mennesker med manglende boevne*, som gjelder investeringsprosjektet Nye boformer for personer med lav bo-evne, er fulgt opp.

Intervju

Det er gjennomført egne intervju med enhetsleder Tjenestekontoret, enhetsleder PHL og enhetsleder MMO. Referat fra alle intervjuene er verifisert av kildene.

Vi har gjennomført gruppeintervju med tre ansatte i PHL; fagkoordinator og terapeut i Psykisk helseteam, fagkoordinator i Rask psykisk helsehjelp og terapeut, og terapeut i Psykisk helseteam og tillitsvalgt. Referat fra intervjuet er verifisert av kildene.

Vi har også gjennomført gruppeintervju med tre ansatte i MMO; fagkoordinator i Ungteam og Aktivitetsteam, ruskonsulent og inntaksansvarlig, og fagkoordinator i Rusteam og ruskonsulent, Inntaksteam. Referat fra intervjuet er verifisert av kildene.

Vi har henvendt oss til brukerorganisasjonene Skien Mental helse, PIVETE (Pårørendesenteret i Vestfold og Telemark – pårørende innen psykisk helse), A-larm (for brukere med rusproblematikk og pårørende) og R.O.T.-Porsgrunn (Recovery og Tilfriskning – brukerorganisasjon rus). Våre henvendelser medførte at vi intervjuet Skien Mentale helse, PIVETE og A-Larm. Referat fra alle intervjuene er verifisert av kildene.

Vi har også hatt møte med fagsjef Rus og psykisk helsearbeid.

Vi har hatt dialog på telefon og e-post med seksjonsleder, Kvalitets- og utviklingsseksjonen, fagsjef Rus og psykisk helsearbeid, enhetsleder Tjenestekontor og enhetsleder PHL.

Stikkprøvekontroll/journalgjennomgang

Stikkprøvekontroll – utredning av hjelpebehov, brukermedvirkning, helhetlige og koordinerte tjenester og vedtak om helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse innenfor PHL og MMO

PHL

PHL har ca. 150 vedtak om helsetjenester i hjemmet/ personlig assistanse. Vi så på seks tilfeldige saker som følges opp av Psykisk helseteam. En fagkoordinator og enhetsleder i PHL bistod oss i kontrollen av dokumentasjon i Cosdoc. Ved at vi kun så på seks tilfeldige saker, kan vi ikke si at disse er representative i seg selv, men må ses i sammenheng med andre informasjonskilder.

MMO

Innenfor MMO var det kun fattet fem vedtak, så vi så på alle disse. Vi fikk bistand fra de som deltok i gruppeintervjuet, nevnt over, til kontrollen av dokumentasjon i CosDoc.

Stikkprøvekontroll – utarbeidelse av tiltaksplan og samsvar mellom vedtaket, tiltaksplan og tjenesten som blir gitt

Vi har undersøkt om det var utarbeidet tiltaksplaner for de samme 11 pasientene i PHL og MMO, som nevnt i kontrollene over. Vi har også undersøkt om det er dokumentert/ journalført i fagsystemet CosDoc, at disse pasientene fikk helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse i kontrollert periode i 2023.

Vi fikk bistand fra begge enhetene til å foreta kontrollene i CosDoc.

Vi vurderer at ovennevnte datainnsamling sikrer at informasjonen i rapporten er relevant og pålitelig.

Vi har sjekket ut med administrasjonen at fakta i rapporten er korrekt framstilt. Rapporten er sendt kommunedirektøren til uttalelse, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Uttalelsen ligger i vedlegg 1.

Personopplysninger

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn og epostadresse til ansatte i kommunen. Vi har også behandlet personopplysninger i forbindelse med stikkprøvekontroll i pasientjournal. Vi har ikke lagret personopplysninger fra denne gjennomgangen.

Vårt rettslige grunnlag for å behandle personopplysninger er kommuneloven § 24-2 fjerde ledd.

Vi behandler personopplysninger slik det er beskrevet i vår personvernerklæring. Personvernerklæringen er tilgjengelig på vår nettside vtrevisjon.no.

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres, dokumenteres, kvalitetssikres og rapporteres i samsvar med kommuneloven og god kommunal revisjonsskikk.²⁷

Kvalitetssikringen skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre skal det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

²⁷ God kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll kommer til uttrykk først og fremst i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon og RSK 002 Standard for eierskapskontroll. Gjeldende standarder er fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre høsten 2020. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipper og standarder, fastsett av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

Vestfold og Telemark revisjon IKS har et system for kvalitetskontroll som er i samsvar med den internasjonale standarden for kvalitetskontroll.²⁸ Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

²⁸ ISQM 1 og 2 er internasjonale standarder for kvalitetsstyring og oppdragskontroll for revisjonsforetak som utfører revisjon eller forenklet revisorkontroll av regnskaper, eller andre attestasjonsoppdrag eller beslektede tjenester (Gjelder fra 15.12.2022)



På vakt for felleskapets verdier

Rapporten er utarbeidet av
Vestfold og Telemark revisjon IKS

Har du spørsmål til rapporten?

Ta kontakt med oss:

Telefon: 33 07 13 00

E-post: post@vtrevisjon.no

www.vtrevisjon.no

23: 3807 409