



Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS
Oarje-Finnmárkku suohkanrevisiuvdna SGO



www.vefik.no

RAPPORT

FORVALTNINGSREVISJON

2021

Rus og psykiatri

HASVIK KOMMUNE

FORORD

På bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget i Hasvik kommune har Vefik IKS gjennomført en forvaltningsrevisjon av kommunens tjenestetilbud til innbyggere med rus og psykiske lidelser.

Revisjonen har før igangsetting av forvaltningsrevisjon og ved gjennomføring av undersøkelsen vurdert sin uavhengighet overfor Hasvik kommune, jfr. kommunelovens § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16-19. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet til det arbeidet som har blitt gjort.

Vi takker Hasvik kommune og spesielt Familie, forebygging og rehabilitering i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Alta, 09.08.2021

Jørund Sagedal
Prosjektleder/forvaltningsrevisor

Aud Synnøve Opgård
Oppdragsansvarlig revisor/revisjonssjef

Viggo Johannessen
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

0. SAMMENDRAG	1
ANBEFALINGER.....	1
1. INNLEDNING	2
KONTROLLUTVALGETS BESTILLING	2
FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER.....	2
TEMA OG AVGRENSNINGER.....	2
REVISJONSKRITERIER.....	2
GJENNOMFØRING OG METODISK TILNÆRMING	3
2. I HVILKEN GRAD SIKRER HASVIK KOMMUNE AT PERSONER MED PSYKISKE PLAGER/LIDELSER OG/ELLER RUSAVHENGIGHET FÅR ET FORSVARLIG, HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD?	4
REVISJONSKRITERIER.....	4
VURDERINGER.....	9
KONKLUSJON	11
3. ANBEFALINGER	12
4. KILDER OG LITTERATUR	13
Vedlegg 1: Kommunedirektørens kommentarer	I
Vedlegg 2: Revisjonskriterier	II
Vedlegg 3: Metode og gjennomføring	VI
Vedlegg 4: Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisors egenerklæring	IX

0. SAMMENDRAG

Revisjonen har undersøkt hvordan Hasvik kommune følger opp pasienter/brukere som enten har ruslidelser, psykiske lidelser, eller kombinerte lidelser (ROP).

Hoveddelen av undersøkelsen har vært rettet mot kommunens ansatte, hvor respondentene har fortalt hvordan kommunen har innrettet sitt arbeid med oppfølgingen av pasientene. Samtidig har vi innhentet styringsdokumenter og saksbehandlingsdokumenter (enkeltvedtak). Det har imidlertid fremkommet at enkeltvedtak ikke blir benyttet i stort omfang. De muntlige intervjuene har derfor vært avgjørende ved datainnsamlingen fra tjenesteyterne.

For å triangulere datagrunnlaget, få synspunkt fra forskjellige sider, har vi forsøkt å innhente opplysninger fra brukerperspektivet. Vi har gjennomført et epostintervju med politiet i Hasvik, hvor vi har fått noen nyanseringer. Det må imidlertid tas forbehold om usikkerheter vedrørende svaret fra politiet, ettersom etaten er en aktør utenfor helsetjenestene.

For øvrig har vi forsøkt å spørre en rekke brukerorganisasjoner om hvordan de erfarer brukerne/pasientenes opplevelser med kommunens tjenestetilbud. Vi har dessverre ikke fått svar på spørsmålene fra noen av organisasjonene, ettersom de enten ikke har aktivitet i Hasvik, eller av andre årsaker ikke kan svare.

Undersøkelsen viser at Hasvik kommune i stor grad gir brukere/pasienter tilfredsstillende oppfølging.

Det har imidlertid vært perioder hvor kommunen har hatt begrenset kapasitet ved tjenesteområdet. I senere tid har kommunen foretatt flere ansettelser som skal ha bedret kapasiteten.

Kommunen benytter i mindre grad formelle vedtak (enkeltvedtak), men har ifølge kommunen innrettet tjenesten som et lavterskeltilbud hvor oppfølging blir gitt når noen har et kjent behov eller uttrykt ønske om det. Lavterskeltilbud uten behandling krever likevel ikke enkeltvedtak. Den manglende bruken av enkeltvedtak er likevel en svakhet som vanskeliggjør klageadgang og etterprøving vedrørende behandlingstilbud.

Anbefalinger

Revisjonen anbefaler at kommunen i stor grad viderefører og videreutvikler dagens organisering med lavterskeltilbud. Vi vil likevel anbefale at kommunen:

- vurderer om kommunens rutiner for å sikre forsvarlig oppfølging og behandling av brukere og pasienter med rusproblemer og/eller psykiske lidelser i større grad bør formaliseres og gjøres skriftlig
- vurderer å iverksette tiltak som sikrer at det fattes enkeltvedtak ved tildeling, endring og avslag på tjenester for de tjenestetypene når slikt vedtak er påkrevd
- vurderer i hvilken grad koordinerende enhet har hensiktsmessig organisering, kapasitet og kompetanse

1. INNLEDNING

Kontrollutvalgets bestilling

Undersøkelsen er gjennomført i tråd med kontrollutvalgets bestilling (sak 6/2020):

Kontrollutvalget slutter seg til opplysningene og anbefalingene i vedlagte prosjektskisse fra kommunerevisjonen.

Kontrollutvalget godkjenner avgrensningen slik den fremkommer i revisors utkast til prosjektskisse.

Kontrollutvalget vedtar på denne bakgrunn oppstart av forvaltningsrevisjonsprosjekt «Rus og psykiatri» i tråd med kommunens plan for forvaltningsrevisjon 2017-2020.

Kontrollutvalget vedtar følgende hovedproblemstilling for forvaltningsprosjektet «Rus og psykiatri»:

I hvilken grad sikrer Hasvik kommune at personer med psykiske plager/lidelser og/eller rusavhengighet får et forsvarlig, helhetlig og koordinert tjenestetilbud?

Kontrollutvalget overlater til revisor å utarbeide underproblemstillinger og eventuelle tilleggsproblemstillinger som også dekker områdene som ettervern, praktisk bistand, lavterskeltilbud, sosial eller arbeidsrettet aktivisering samt rutiner ved akutt plasseringer, i tilknytning til den nevnte hovedproblemstillingen.

Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen har vært å avdekke hvorvidt, og hvordan, Hasvik kommune sikrer at personer med psykiske lidelser, rusproblemer, eller i kombinasjon (ROP-lidelser) får et forsvarlig, helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Problemstillingen i undersøkelsen har vært følgende:

I hvilken grad sikrer Hasvik kommune at personer med psykiske plager/lidelser og/eller rusavhengighet får et forsvarlig, helhetlig og koordinert tjenestetilbud?

Tema og avgrensninger

I henhold til kontrollutvalgets bestilling har denne undersøkelsen rettet seg mot kommunens system for å sikre at personer med psykiske plager og lidelser og/eller rusavhengige får et forsvarlig, helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Av praktiske og ressursmessige årsaker har revisor foretatt nødvendige revisjonsfaglige avgrensninger.

Undersøkelsen har derfor rettet seg mot kommunen som tjenesteyter, mens aspekter som vedrører helsepersonell på individnivå har vært holdt utenfor.

Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er samlebetegnelse på de krav og forventninger som brukes i den enkelte forvaltningsrevisjon for å vurdere den reviderte virksomhet. Faktagrunnlaget vurderes opp mot kriteriene og danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er blant annet utledet fra:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Revisjonskriteriene fremgår av rapportens punkt 2.1 og er utdypet i vedlegg 2.

Gjennomføring og metodisk tilnærming

I denne undersøkelsen har revisor benyttet mappegjennomgang av relevante dokumenter, planer, skjemaer og lignende som vi har fått tilsendt av kommunen.

For øvrig har prosjektgruppen benyttet intervjuer i form av semistrukturert kvalitativt intervju. Semistrukturert intervju vil si en intervjuform hvor man intervjuer enkeltinformanter, og benytter intervjuguide. Intervjuet blir da tilpasset underveis med relevante oppfølgingsspørsmål.

I tillegg har prosjektgruppen benyttet epostintervjuer og telefonintervju.

I henhold til kontrollutvalgets bestilling har denne undersøkelsen rettet seg mot kommunens system for å sikre at personer med psykiske plager og lidelser og/eller rusavhengige får et forsvarlig, helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Av praktiske og ressursmessige årsaker har revisor foretatt nødvendig avgrensning av undersøkelsen.

Undersøkelsen er derfor rettet mot kommunen som tjenesteyter, mens aspekter som vedrører helsepersonell på individnivå har vært holdt utenfor.

En nærmere redegjørelse for fremgangsmåte, metodevalg, og kvalitetssikring fremgår av rapportens vedlegg 3.

2. I HVILKEN GRAD SIKRER HASVIK KOMMUNE AT PERSONER MED PSYKISKE PLAGER/LIDELSER OG/ELLER RUSAVHENGIGHET FÅR ET FORSVARLIG, HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD?

Revisjonskriterier

- Kommunen skal gi nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer med psykisk sykdom eller rusmiddelproblem
- Brukerne skal gis et individuelt tilpasset tjenestetilbud
- Kommunen skal fatte enkeltvedtak når det ytes helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til c, 3-6 og 3-8, der loven stiller krav om slike vedtak
- Brukeren/pasienten skal få anledning til å klage på vedtak som angår vedkommende
- Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom deltjenester innad i kommunen, og med andre tjenesteytere
- Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for å innhente pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter
- Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- Kommunen skal sørge for at den koordinerende enheten har nødvendig kompetanse, kapasitet, samt hensiktsmessig organisering
- Kommunen skal sørge for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å utføre de pålagte oppgavene overfor personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer

Data

Forsvarlig tjenestetilbud

Gjennom intervjuer og dokumentgjennomgang har revisor fått beskrevet kommunens tjenestetilbud og oppfølging overfor mennesker som enten har kombinerte rus og psykisk lidelser eller en av lidelsene. Kommunen henviser også brukere/pasienter med behov for medisinsk behandling til spesialisthelsetjenestene. Det har ikke vært en del av revisors mandat å undersøke spesialisthelsetjenestens tjenestetilbud.

Leder for Familie, forebygging og rehabilitering (FFR) mener at kommunens tjenestetilbud ivaretar pasientene/brukernes ønsker og behov. Psykiatrisk sykepleier gir i likhet med lederen uttrykk for at rus -og psykiaritjenesten er god til å tilrettelegge og gi tilbud etter brukernes behov. Begge forteller at de ulike deltjenestene i kommunens helse -og omsorgstjeneste er samlokalisert i Hasvik, og at de arbeider tett sammen. Det avholdes for eksempel faste møter mellom rus og psykiatri og legene hver mandag.

Lederen forteller at deltjenesten har et dialogpreget kvalitetssikringssystem fremfor utstrakt bruk av skriftlige rutiner for å sikre at riktig behandling blir gjennomført. Han forteller at det ikke foreligger formelle rutiner for å sikre at riktig behandling blir gjennomført. *Det har allikevel vært tett dialog mellom enhetsleder, DPS, legene og pasienter, som i praksis har gitt en form for kvalitetssikring.* Tett dialog/kontakt mellom kommunens deltjenester og legene gir etter hans mening en tilfredsstillende kvalitetskontroll.

Leder for koordinerende enhet er til dels enig med leder for FFR og opplever at brukerne/pasientene som regel får gode tjenester. Hun bemerker likevel at bemanningen i en periode har vært lav, men forteller at kommunen i senere tid (omkring høsten 2020) har kommet et skritt videre etter å ha besatt flere av stillingene innenfor rus og psykiatri.

Revisor har etter forespørsel fått tilsendt tre skriftlige vedtak om tildeling av bolig for årene 2018, -19, og -20, samt et skriftlig vedtak fra 2019 som omhandler oppfølging og praktisk bistand. Kommunen har som tidligere nevnt ikke utarbeidet skriftlige rutiner som sikrer at personer med behov for helse- og omsorgstjenester får det nødvendige tjenestetilbudet. Leder for FFR forteller at kommunen har oversikt over hvem som formelt sett er under behandling for henholdsvis rus, psykisk lidelse, eller samtidige ROP-lidelser. Det kan likevel være usikkerheter heftet ved hvem som i praksis er under behandling til enhver tid. Det skyldes at i enkelte tilfeller kan det gå noe tid mellom hver gang helsetjenesten er i kontakt med en bruker, andre ganger mottar personer oppfølgingssamtaler eller behandlingstilbud uten at det er gjort formelt vedtak om behandling.

Kommunen har således valgt å tilby lavterskeltilbud ved behov, selv om det ikke nødvendigvis foreligger et formelt vedtak om behandling. Ifølge ham oppleves det noen ganger som vanskelig å avgjøre hva som krever enkeltvedtak. Han forteller at ifølge forgjengeren hans behøver ikke støttesamtaler enkeltvedtak, men et behandlingssløp kan derimot utvikle seg til å kreve enkeltvedtak.¹ Dette er ifølge ham ikke noe hinder for å yte lavterskeltilbud, ettersom loven i disse sakene ikke oppstiller krav om enkeltvedtak.

Han mener kommunen er god til å fange opp personer som har behov for behandling enten planlagt eller umiddelbart, øyeblikkelig hjelp. Han forteller at kommunen har mange metoder for å fange dem opp. Det kan for eksempel være etter henvisninger fra legene i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Noen tar kontakt selv, og ber om oppfølging eller behandling. Andre ganger tar kommunen kontakt med personer etter tips utenfra, for eksempel fra pårørende eller naboer som ser at en person sliter med noe.

Kommunen har både formelle rutiner og uformelle arbeidsmetoder for å sikre at øyeblikkelig hjelp blir gitt. Det er i utgangspunktet meningen at man skal kontakte legevakten, som er døgnbemannet, hvis det oppstår behov for hjelp utenom normal arbeidstid. Kommunen har på sin hjemmeside angitt hvordan man skal komme i kontakt utenom normal arbeidstid. Telefonnummeret til leder for FFR er samtidig angitt lett tilgjengelig på kommunens

¹ Ifølge pasient- og brukerrettighetslovens § 2-7, jfr. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til c, 3-2 a, 3-6 og 3-8 kreves det enkeltvedtak for tildeling av helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon, pårørendestøtte, brukerstyrt personlig assistanse og tilbud om opphold i sykehjem/bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, når tjenesten(e) forventes å vare med enn 2 uker.

hjemmeside slik at folk får tak i ham. Ingen ved FFR har i utgangspunktet kvelds/helgeberedskap, men leder for FFR forteller at han og kollegene strekker seg langt. Han har flere ganger kjørt ut for å hente folk som trenger hjelp, til forskjellige tider inkludert natt.

-Senest i går kjørte vi ut en ruspasient til Narvik. Vi har fått ham på et tre måneders behandlingkurs.

Når det gjelder kommunens helsefaglige kompetanse forteller han at kommunen har tilsatt en sykepleier med lang erfaring fra psykiatrien, og gir uttrykk for at denne tilsetningen bidrar til å gi tjenesten nødvendig fagkunnskap. Sykepleieren forteller at det fremgår tydelig at kommunen har gått gjennom en periode hvor det har vært manglende ressurser pga. utskiftninger av personell. Det har medført at en del av strukturen i senere tid ikke har fungert like godt som den gjorde tidligere.

Dokumentgjennomgang viser at kommunen har en mal for individuell plan, men leder for FFR forteller at kommunen i det daglige arbeidet ikke fokuserer på individuelle planer. Grunnen er at kommunikasjonen oppleves god med de små oversiktlige forholdene i Hasvik.

Han forteller videre at enkeltpersonene uansett får individuell behandling, manglende plan står ikke i veien for tjenestetilbudet. Kommunen har ifølge ham innrettet seg likt som ACT/FACT-modellene.

Kjernen i ACT/FACT-modellene er at personer med alvorlig psykisk lidelse kan leve utenfor sykehus og fungere i samfunnet så fremt dem får tilstrekkelig støtte og behandling lokalt. FACT tar utgangspunkt i den opprinnelige ACT-modellen. FACT står for Flexible Assertive Community Treatment, altså fleksibel ACT, en kombinasjon av ACT og case management. FACT kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling.

FACT-modellen tilbyr pasientene mer kontinuitet i behandlingen, mer hjelp og mer oppfølging enn ACT. Mens ACT fokuserer på 20 prosent av personene som har de mest alvorlige lidelsene, inkluderer FACT hele gruppen med alvorlige psykiske lidelser i sine team. Dessuten driver FACT oppsøkende arbeid med utgangspunkt i et mer integrert og bredere sammensatt tverrfaglig team enn ACT. Dette gir flere muligheter for bedring og behandling. FACT-teamene rekrutterer vanligvis også pasienter fra et mindre område enn det et ACT-team gjør, og får flere muligheter til tett samarbeid med ulike instanser i nærmiljøet.²

FACT-modellen er i FACT-håndboken illustrert ved hjelp av seks byggesteiner.

De seks byggesteinene beskriver at man i fellesskap med brukeren skal komme frem til mål for hva brukeren skal oppnå. For å oppnå det skal pasienten involveres i behandlingen. Behandling i tråd med faglige retningslinjer skal tilbys, og som ACT-modellen legger til grunn tilby pasienten den oppfølging som til enhver tid er nødvendig. For å hindre tilbakefall skal det legges til rette for yrkesrettet rehabilitering og sosial nettverksbygging. Som endelig mål skal pasienten ha forbedret sin situasjon og kunne utøve selvhjelp (ibid).

Lederen (FFR) forteller at det ikke brukes å bli gitt individuelle planer, men dersom en pasient ber om det vil vedkommende få det.

² [fact-handbok.pdf \(rop.no\)](#)

Koordinerende enhet forteller at brukerne får samtaler og medisinsk helsehjelp ved behov. Hun opplever at kontakten mellom rus og psykiatri og brukerne er god.

NAV-lederen oppfatter at rus- og psykiatritjenesten i Hasvik gir brukere med rusproblemer og psykiske lidelser individuelt tilpasset tilbud. Hun karakteriserer rus- og psykiatritjenesten i Hasvik *som meget bra*.

Leder for FFR kjenner ikke til at det har kommet inn noen skriftlige klager. Det er ikke etablert skriftlige rutiner for å sikre tilbakemeldinger fra pasientene/brukerne. Han opplever likevel at kommunikasjonen mellom kommunen og pasientene er god. Brukerne/pasientene får gitt tilbakemeldinger uformelt, som bidrar til at behandlingstilbudene kan tilpasses den enkeltes behov. Kommunen har ikke et eget formelt system for å innhente pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter, og presiserer at *det er nok noe kommunen bør få på plass*. Til tross for at kommunen ikke har et formelt system, mottar kommunen likevel mange tilbakemeldinger i uformelle kanaler. Psykiatrisk sykepleier forteller at det er en tett organisering i kommunen og nærhet til brukerne. Ifølge ham bidrar nærheten til brukerne og den tette organiseringen til at de ansatte i kommunen er *ganske gode* til å tilrettelegge etter brukernes behov.

Rus -og psykiatri opplever, i likhet med NAV Hasvik, at deres samarbeid fungerer godt. Det gjennomføres faste månedlige møter mellom dem. I tillegg til de faste møtene blir det gjennomført individuelle samarbeidsmøter der brukerne deltar. I slike tilfeller har den enkelte bruker gitt samtykke om at tjenestene kan jobbe tverrfaglig. Ved siden av møtene kan NAV ringe leder for FFR for å få råd og veiledning.

For å belyse brukernes perspektiv har revisor bedt relevante interesseorganisasjoner og politiet i Hasvik om tilbakemeldinger angående deres kjennskap til og oppfatninger om kommunens tjenestetilbud. Brukerorganisasjonene hadde imidlertid ikke dyptgående kjennskap til, eller aktivitet, i kommunen. Politiet har i sin tilbakemelding fortalt at *[de] ...ikke har kunnskap til å vurdere oppfølgings- og behandlingstilbudet som blir gitt i Hasvik kommune, men kan på bakgrunn av informasjon gitt fra brukere av tilbudet til rus- og psykiatritjenesten si at det er et begrenset tilbud med begrensede ressurser*.

Om koordinering av tjenester og kommunens ressurser

Virksomhetsplanen for FFR beskriver at tjenesten tilbyr oppfølging av mennesker med psykiske plager/lidelser eller ruslidelser. Deltjenesten har i tillegg til leder også en rusrådgiver, en psykiatrisk sykepleier, samt en miljøarbeider som kontakter rusmisbrukere.

Leder for FFR forteller om sine opplevelser med koordinerende enhet. Ifølge ham fremstår det som koordinerende enhet både har nødvendig kompetanse og kapasitet. Koordinerende enhet er etter hans oppfatning organisert på en hensiktsmessig måte, som sikrer god samhandling mellom deltjenestene og pasientene/brukerne.

Leder for koordinerende enhet nyanserer og forteller at hun er den eneste som arbeider i enheten, og at hun helst skulle sett at enheten var organisert som et team. En slik organisering ville etter hennes oppfatning gitt en bredere kompetanse i enheten. Videre forteller hun at det er travle hverdager, men svarer likevel bekreftende på at det er tilstrekkelig tid til å få utført de viktigste oppgavene.

Leder for FFR forteller om sine opplevelser med rus -og psykiatritjenesten. Ifølge ham er kapasiteten jevnt over god, så lenge stillingene er fullt besatt. Det har tidligere i en periode vært behov for mer kompetanse i tjenesten. Behandlingstilbudet ble ifølge ham likevel ivaretatt gjennom den kommunikasjons tjenesten har med legene. Psykiatrisk sykepleier forteller på sin side at kommunen har hatt manglende ressurser og kapasitet i tjenesten. Det har ifølge ham gått utover tjenestetilbudet. I senere tid har det skjedd en del i tjenesten, og bemanningen vil være fulltallig i løpet av de neste månedene (fra februar 2021).

Leder for FFR erfarer at kommunen i stor grad lykkes med sitt arbeid. Kommunen har ifølge ham etter hvert fått knyttet til seg medisinfaglig kompetanse, særlig gjennom ansettelse av en ny fastlege som har påbegynt sin utdanning til å bli psykiater. Legen gikk derimot over til å utdanne seg til allmennlege. Han opplever at legen med sin psykiatriske kompetanse er en stor kapasitet for kommunen. Samlet sett opplever han at den nødvendige kompetansen i kommunen er på plass. Revisor merker seg imidlertid at kommunen likevel ikke har tilknyttet psykolog i samsvar med kravet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.

Kommunens *Ruspolitisk handlingsplan* beskriver flere forebyggende tiltak som involverer fagpersoner utenfor FFR. I *virksomhetsplanen for FFR* er følgende samarbeidspartnere listet opp: skole og barnehage, PPT, spesialisthelsetjenesten, NAV, og legestasjonen.

Lederen forteller at FFR har faste møter mellom rus og psykiatri hver mandag. Han opplever at det er god samhandling med de lokale tjenestene, mens samhandlingen med spesialisthelsetjenesten sentralt har hatt noen utfordringer. Med NAV har FFR løpende hyppig kontakt og faste månedlige møter. Kommunikasjonen med NAV er muligens viktigst, og avgjørende for at brukerne/pasientene skal bli godt ivaretatt. Likedan oppleves samhandlingen med politiet å være god. Politiet sender bekymringsmelding til kommunen når dem oppfatter at en person trenger et behandlingstilbud. Leder opplever at politiet er tilbakeholdne med å benytte tvangsmidler i forbindelse med rusmisbruk, men at dem i stedet forsøker å forebygge og hjelpe mennesker med ruslidelser. Politiet opplever å ha et godt uformelt samarbeid med kommunen når det gjelder forebygging og oppfølging av mennesker med rus/psykiske lidelser. De forteller at det er lav terskel for å komme innom leder for FFR. De opplever å bli lyttet til, og at informasjon fra dem blir tatt til følge i møte med FFR. Når politiet har opplysninger å dele tar dem kontakt med kommunen. Likevel savner politiet [...] *faste samarbeidsmøter hvor tjenester som rus og psykiatritjenesten, ambulansetjeneste, barnevernet og NAV kan samles for å drøfte felles problemstillinger. På den måten kan vi samle ressursene og den enkelte som sliter med rus/psykiske lidelser kan få et bedre og mer sammensatt tilbud.*

Koordinerende enhet erfarer at samhandlingen mellom de ulike deltjenestene i kommunen er god. Ved helse -og omsorgstjenestene er alt lokalisert på ett bygg, det gjør kommunikasjonsenklere mellom de kommunale deltjenestene.

Når det gjelder NAV er etaten lokalisert like i nærheten av de kommunale tjenestene i Hasvik. Koordinerende enhet har ved behov kontakt med dem, og hun opplever at kommunikasjonsen er god.

NAV-lederen oppfatter at NAV Hasvik har et godt etablert samarbeid med kommunens rus - og psykiaritjeneste. Det er faste månedlige møter med fastsatt agenda mellom NAV og kommunens rus -og psykiaritjeneste. I tillegg har NAV og rus -og psykiaritjenesten individuelle samarbeidsmøter der brukere er med i møtet. Hun opplever at leder for FFR er tilgjengelig på telefon for råd og veiledning, og sitter med en forståelse av at det er et godt samarbeid mellom kommunens deltjenester. Samhandlingen mellom kommunen og eksterne tjenesteytere opplever hun som god. Videre forteller hun at den forståelsen er basert på egne erfaringer fra tverrfaglige samarbeidsmøter der både kommunale og eksterne tjenesteytere er til stede.

Psykiatrisk sykepleier opplever i likhet at samarbeidet med NAV og politiet i Hasvik er godt. Han opplever også at samarbeidet med spesialisthelsetjenestene i Alta og Tromsø foregår på en god måte.

Vurderinger

Kommunen skal gi nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer med psykisk sykdom eller rusmiddelproblem

Etter en samlet vurdering finner revisor det godt gjort at kommunen i stor grad gir nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tilbakemeldinger fra informantene tyder likevel på at tjenesten har noen mangler og svakheter.

Vi legger spesielt merke til at kommunen ikke har oppfylt kommunehelsetjenestelovens krav om tilknyttet psykolog. Videre merker vi oss også tilbakemeldinger om strukturelle problemer og ressursknapphet.

Ettersom undersøkelsen er en systemrevisjon har revisor ikke vurdert i hvilken grad mangelen på psykolog, strukturelle problemer og eventuell ressursknapphet, har påvirket forsvarligheten ved tjenestetilbudet til den enkelte. En slik vurdering ville vært av helsefaglig karakter.

Revisor vurderer kriteriet som delvis oppfylt.

Brukerne skal gis individuelt tilpassede tjenestetilbud

Revisor har fått opplyst i intervjuene at kommunens sosiale/helsetjenester er organisert slik at de ulike avdelingene har nær lokalisering og tett kontakt. Vi anser at den tette kontakten gir en god dialog og samhandling mellom de ulike tjenesteyterne og brukerne. Kommunen har i stor grad organisert sitt arbeid etter FACT-modellen, som bidrar til en fleksibel organisering av kommunens arbeid med oppfølging av brukerne. Til sammen anser vi derfor at brukerne i all hovedsak får et individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Revisor vurderer at dette kriteriet i all hovedsak er oppfylt.

Kommunen skal fatte enkeltvedtak når det ytes helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til c, 3-2 a, 3-6 og 3-8, der loven stiller krav om slike vedtak

Etter revisors oppfatning er det ikke godt gjort at det gjennomgående fattes enkeltvedtak når det ytes helse -og omsorgstjenester der loven stiller krav om enkeltvedtak.

Selv om vi ikke med sikkerhet kan konstatere at det blir gitt behandling uten påkrevd enkeltvedtak, tilsier både den flytende overgangen fra lavterskeltilbud til behandlingstilbud og de tilbakemeldingene vi har fått, at det foreligger risiko for at det noen ganger blir gitt behandling uten påkrevd enkeltvedtak. Det må likevel presiseres at store deler av

tjenestetilbudet som kommunen yter overfor målgruppen ikke krever et forutgående enkeltvedtak. De sakene som krever enkeltvedtak utgjør derfor trolig en relativt liten del av behandlingstilbudet.

Brukeren/pasienten skal få anledning til å klage på vedtak som angår vedkommende

Brukerne/pasientene får anledning til å komme med tilbakemeldinger og klager, men det er mangler ved de formelle kanalene. Det er i stor grad uformelle tilbakemeldinger som gis, og de klagene som gis er utelukkende i uformell (muntlig) form. Ettersom det i stor grad ytes tjenester uten at det er fattet enkeltvedtak kan det være vanskelig for brukerne å vite hva de kan klage på.

Revisor vurderer at kriteriet i mindre grad er oppfylt.

Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom deltjenester innad i kommunen, og med andre tjenesteytere

Kommunen har i stor grad lagt til rette for omfattende og god samhandling mellom deltjenestene innad i kommunen. Det er stort sammenfall om denne oppfatningen blant de forskjellige deltjenestene i kommunen. Også politiet opplever samhandlingen med kommunen som god.

Revisor har imidlertid forsøkt, men ikke lyktes, å få tilbakemeldinger fra relevante brukerorganisasjoner om samarbeidet deres med kommunen. Det må derfor presiseres at vurderingen er gjort på bakgrunn av det foreliggende datagrunnlaget.

Revisor vurderer ut fra det foreliggende datagrunnlaget at kriteriet i stor grad er oppfylt.

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for å innhente pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter

Kommunen har i større grad innrettet arbeidet etter en FACT-lignende modell preget av lavterskeltilbud, fremfor omfattende bruk av skriftlige rutiner og skriftlige kartlegginger.

Revisor finner det godt gjort at kommunen i hovedsak oppfyller intensjonene til de seks byggesteinene i FACT-modellen, særlig de øverste steinene. Revisor har likevel ikke undersøkt nærmere utførelsen av behandling som byggestein 5 er omfattet av. Byggestein 6 har heller ikke vært gjenstand for nærmere undersøkelse.

Revisor vurderer at kriteriet i stor grad er oppfylt.

Som det fremgår ovenfor har revisor forsøkt, men ikke lyktes, å få tilbakemeldinger fra relevante brukerorganisasjoner om kommunens arbeid med å innhente erfaringer og synspunkter fra pasienter og brukere. Det må derfor presiseres at et datagrunnlag som også hadde omfattet synspunkter fra representanter for pasienter og brukere, kunne endret eller nyansert vurderingene.

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Revisor vurderer kriteriet som oppfylt.

Kommunen skal sørge for at den koordinerende enheten har nødvendig kompetanse, kapasitet, samt hensiktsmessig organisering

Etter revisors oppfatning har koordinerende enhet i utgangspunktet nødvendig kompetanse og kapasitet, men vi anser det som en svakhet at enheten bare består av én person, og fremstår som sårbar. Tilbakemeldingen fra koordinerende enhet, med ønske om bredere kompetanse og

team-organisering, tyder på et forbedringspotensial både med henhold til kompetanse og organisering.

Revisor vurderer at kriteriet ikke fullt ut er oppfylt.

Kommunen skal sørge for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å utføre de pålagte oppgavene overfor personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer

Undersøkelsen viser at tjenesten har hatt utfordringer med å sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Kommunen har ikke oppfylt kravet om tilknyttet psykolog.

Kommunen har imidlertid i noen grad bøtet på manglende psykolog ved å tilsette en lege med psykologfaglig kompetanse, selv om det ikke medfører en oppfyllelse av lovens krav.

Selv om rus -og psykiatritjenesten har begrensede ressurser finner vi ikke grunnlag for å konstatere at kommunen av den grunn ikke er i stand til å utføre de lovpålagte oppgavene på en forsvarlig måte overfor personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer.

Revisor vurderer ut fra en helhetlig vurdering at kriteriet er delvis oppfylt.

Konklusjon

I hvilken grad sikrer Hasvik kommune at personer med psykiske plager/lidelser og/eller rusavhengighet får et forsvarlig, helhetlig og koordinert tjenestetilbud?

Revisjonens undersøkelse viser at Hasvik kommune i stor grad sikrer at personer med psykiske plager/lidelser og/eller rusavhengighet får et forsvarlig, helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Forsvarlig

Revisor har funnet godtgjort at kommunen i stor grad gir behandling og oppfølging når kommunen kjenner til behov hos pasienter/brukere, eller når pasienter/brukere etterspør et tjenestetilbud.

Kommunen har i stor grad oversikt over hvem som formelt er under en eller annen form for behandling/oppfølging, men oversikten er ikke fullstendig. Det vil si at det noen ganger likevel kan være misforhold mellom hvem som formelt er under behandling, og hvem som i praksis er under behandling.

Selv om revisor har funnet godtgjort at kommunen gir behandling og oppfølging ved behov, blir det av flere gitt uttrykk for at kommunen i perioder har hatt manglende ressurser.

Helhetlig

Revisor har funnet godtgjort at kommunen i stor grad gir et helhetlig tjenestetilbud. Revisor har funnet godtgjort at pasienter/brukere får nødvendig behandling, og tett oppfølging før og etter behandling. Revisor har funnet at kommunen samarbeider med spesialisthelsetjenesten om å gi brukerne/pasientene nødvendig behandling.

Koordinert

Revisor har funnet at kommunen er organisert slik at alle i rus -og psykiatritjenesten arbeider tett lokalisert, og samarbeider tett. Det godtgjør at tjenestene er koordinerte. De ulike respondentene gir en sammenfallende fortelling om at de ansatte i rus -og psykiatri arbeider tett sammen.

Det må tas forbehold om at konklusjonen i hovedsak baserer seg på vurderinger som er gjort ut fra kommunens og politiets opplysninger. Revisor har i noen grad belyst brukernes perspektiv, men har etter revisors skjønn funnet det hensiktsmessig å ikke innhente opplysninger direkte fra brukerne.

3. ANBEFALINGER

Revisjonen anbefaler at kommunen i stor grad viderefører og videreutvikler dagens organisering med lavterskeltilbud. Vi vil likevel anbefale at kommunen:

- vurderer om kommunens rutiner for å sikre forsvarlig oppfølging og behandling av brukere og pasienter med rusproblemer og/eller psykiske lidelser i større grad bør formaliseres og gjøres skriftlig
- vurderer å iverksette tiltak som sikrer at det fattes enkeltvedtak ved tildeling, endring og avslag på tjenester for de tjenestetypene som krever vedtak
- vurderer i hvilken grad koordinerende enhet har en hensiktsmessig organisering, kapasitet og kompetanse

4. KILDER OG LITTERATUR

Rettslige kilder og faglitteratur

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Kommunale dokumenter

- Individuell plan
- Melding om politisk vedtak - temaplan for rus- og psykisk helse
- Psykiatriplan 2007 – 2010
- Psykiatriplan
- Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2008 – 2011
- Virksomhetsplan FFR

Saksfremlegg/ protokoller

- Protokoll - Hasvik kontrollutvalg 27.05.2020

Andre kilder:

- <https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf>

Vedlegg 1: Kommunedirektørens kommentarer

Fra: Erik Arnesen <radmann@hasvik.kommune.no>

Sendt: tirsdag 3. august 2021 08:25

Til: Jørund Sagedal <jorund.sagedal@vefik.no>

Kopi: Aud Opgård <aud.opgard@vefik.no>; Thormod Moi Felle <thormod.moi.felle@hasvik.kommune.no>

Emne: SV: Hasvik kommune, Rus og psykiatri - oversendelse av rapport til høring og verifisering

Jeg merker meg at mine innspill til den foreløpige rapporten ikke er vektlagt, og har ikke ytterligere kommentarer.

Mine innvendinger vil bli fremsatt direkte for kommunestyret når rapporten behandles der.

Mvh.

Erik Arnesen
rådmann

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er samlebetegnelsen på de krav og forventninger som brukes i den enkelte forvaltningsrevisjon for å vurdere den reviderte virksomhet. Faktagrunnlaget vurderes opp mot kriteriene og danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

Nedenfor følger en presentasjon av revisjonskriteriene som er lagt til grunn i undersøkelsen, der det blir redegjort for grunnlaget for kriteriene:

I HVILKEN GRAD SIKRER HASVIK KOMMUNE AT PERSONER MED PSYKISKE PLAGER/LIDELSER OG/ELLER RUSAVHENGIGHET FÅR ET FORSVARLIG, HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD?

- Kommunen skal gi nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer med psykisk sykdom eller rusmiddelproblem
- Brukerne skal gis et individuelt tilpasset tjenestetilbud
- Kommunen skal fatte enkeltvedtak når det ytes helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til c, 3-2 a, 3-6 og 3-8, der loven stiller krav om slike vedtak
- Brukeren/pasienten skal få anledning til å klage på vedtak som angår vedkommende
- Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom deltjenester innad i kommunen, og med andre tjenesteytere
- Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for å innhente pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter
- Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- Kommunen skal sørge for at den koordinerende enheten har nødvendig kompetanse, kapasitet, samt hensiktsmessig organisering
- Kommunen skal sørge for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å utføre de pålagte oppgavene overfor personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer

Revisjonskriteriene er utledet fra:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Det fremgår ut fra deler av lovgivningen (henvist ovenfor) at kommunene skal sikre innbyggere med psykiske lidelser og/eller rusproblemer nødvendig tjenestetilbud. Det stilles krav om at det skal ha en viss minstekvalitet (forsvarlig), og være helhetlig og koordinert.

Om kommunens overordnede ansvar

Kommunen har det overordnede ansvaret for at alle som oppholder seg i en kommune tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgsloven 3-1 lovfester det kravet, som gjelder alle pasientgrupper. Kommunens overordnede ansvar gjelder uavhengig av hvilke offentlige organ som utfører tjenestene.

Individuelt tilpasset tjenestetilbud

Kommunen skal ha et tjenestetilbud som er forsvarlig tilpasset den enkelte bruker. I begrepet forsvarlig legges det til grunn at brukerne skal få et helsetilbud som tilfredsstillende lovens krav til forsvarlig helsetilbud. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 sier:

"Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud*
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud*
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter*
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene"*

Saksbehandling

Pasienter og brukere av helsetjenestene har, som med andre offentlige tjenester, krav på at vedtak om helsetilbud blir forsvarlig saksbehandlet. Det er kritisk at helsetilbudet er godt belyst slik at riktig helsetilbud blir gitt, og at det er etterprøvbart.

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) stiller en rekke krav til saksbehandling og administrative vedtak i offentlig forvaltning. Loven setter krav om at et hvert vedtak skal være godt belyst og begrunnet.

Den berørte part skal alltid gjøres kjent med aktuelle vedtak, og vanligvis også få anledning til å gjøres kjent med begrunnelsen og saksutredning for vedtaket.

Berørt part skal alltid få anledning til å klage på vedtak, samt klage på vedtak om tilbakeholdelse av saksutredning.

Videre stiller loven flere krav til innhold og form i saksbehandling.

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller likevel ikke krav om bruk av enkeltvedtak ved lavterskeltilbud. Krav om enkeltvedtak kommer først til anvendelse når visse typer helsetjenester blir iverksatt. I §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til c, 3-2 a, 3-6 og 3-8 angis de aktuelle helsetjenestene:

- a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem.
1. opplæring og veiledning
 2. avlastningstiltak
 3. omsorgsstønad

Kommunen skal ha tilbud om personlig assistanse etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, i form av praktisk bistand og opplæring, organisert som brukerstyrt personlig assistanse.

Forebyggende tiltak

Lovgivningen stiller krav til at kommunen skal yte forebyggende tiltak for å fremme helse, og redusere sykdom. Det gjengis flere steder i lovs form, og er dessuten tydeliggjort i retningslinjer.

Helse -og omsorgstjenesteloven § 3-3 sier:

«Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.»

Videre sier loven i § 4-2:

«Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet».

Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykiske lidelser – ROP lidelser, IS-1948 sier:

«Selv om det har vært økt oppmerksomhet på denne pasientgruppen de siste årene, er det fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging. Noen forblir uoppdaget fordi vi ikke har sett den psykiske lidelsen bak rusproblemene eller rusmiddelmisbruket bak den psykiske lidelsen.

Dersom vi vet hvilke personer som mest sannsynlig vil utvikle ROP-lidelser, kan vi også bedre identifisere og behandle dem. Oppsummeringer fra befolkningsundersøkelser i Europa og USA, samt annen forskning, viser at jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser, og jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, desto høyere er forekomsten av ruslidelser. Personer med stofflidelse har en høyere forekomst av psykiske lidelser enn personer med alkohollidelse».

Det kan derfor legges til grunn at ut fra aktuelle faglige hold er det viktig at det utføres systematisk forebyggende arbeid rettet mot personer med rus/psykiske- problemer.

Koordinator

Kommunen har ansvar for å koordinere helsetilbudet til innbyggerne. Det gjelder uavhengig av hvem som utfører de enkelte delene av helsetilbudet.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 stiller krav om at kommunen skal tilby koordinator til brukere og pasienter 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.»

Koordinerende enhet

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet.

Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

Individuelle planer

Både Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, og Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 gir brukere med behov for langvarige og koordinerte helsetilbud rett til individuelle planer. Kommunen skal ha et tjenestetilbud som er helhetlig og koordinert tilpasset den enkelte bruker. Med dette menes at brukerne skal få et individuelt tilpasset helsetilbud som hindrer fragmenterte helseoppfølginger.

Rutiner for oppfølging av det helhetlige og koordinerte tjenestetilbudet

Kommunen skal ha rutiner for å følge opp at helse- og omsorgstjenestene som ytes er organisert, og praktiseres, slik at det gir brukerne helhetlig og koordinert tjenestetilbud, i motsetning til et fragmentert tilbud. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7c stiller krav om at kommunen skal ha rutiner for å følge opp at det helhetlige og koordinerte tjenestetilbudet blir ivaretatt for brukerne/pasientene.

Brukernes erfaringer og synspunkter

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 legger til grunn at den enkelte pasient eller bruker får anledning til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Medvirkningens form skal tilpasses den enkelte pasienten/brukerens evne til å ta og gi informasjon, dette gjelder også for barn. Dersom pasienten/brukeren ikke har samtykkekompetanse kan nærmeste pårørende være med som bistand.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 legger til grunn at kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har systemer for å innhente brukernes erfaringer og synspunkter.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 4 stiller krav om den enkelte pasient/bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringsopplegg.

De overnevnte bestemmelsene viser hvilke plikter kommunen har til å gi innbyggerne helse- og omsorgstjenester. Bestemmelsene viser tydelig at pasientene/brukerne har rett til å medvirke og bli hørt angående sine egne tjenester. Dersom en pasient/bruker ikke har anledning/evne til å selv uttale seg, eller medvirke, har vedkommende rett til å la en pårørende bistå.

Vedlegg 3: Metode og gjennomføring

Generelt om forvaltningsrevisjon

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av kommunens økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak.

De sentrale elementene for planlegging, gjennomføring og kvalitetssikring av forvaltningsrevisjoner bygger på *Standard for forvaltningsrevisjon* (RSK 001). Standarden angir god kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon. Med utgangspunkt i temaer og problemstillinger som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget, utledes relevante revisjonskriterier. Deretter kartlegges og beskrives de undersøkte virksomhetenes systemer, praksis eller resultater på aktuelle områder.

Faktabeskrivelsen blir så vurdert opp mot revisjonskriteriene, med vekt på avvik og sammenfall. Dette leder frem til konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

Beskrivelse av prosjektgjennomføringen

Oppstart

Oppstartsbrevet ble sendt rådmannen 31.08.2020, rådmannen utpekte umiddelbart leder for Familie, forebygging og rehabilitering (FFR) som kommunens kontaktperson.

Oppstartsmøtet ble avholdt over Teams den 02.09.2020. Til stede fra revisjonen deltok prosjektleder og prosjektmedarbeider, fra revidert enhet deltok kontaktpersonen.

Datainnsamling og metode

Prosjektgruppen valgte å starte prosjektet ved å la kontaktpersonen gi en innførende redegjørelse i kommunens organisering innenfor det aktuelle tjenesteområdet ved oppstartsmøtet.

Samtidig ba prosjektleder om å få tilsendt kommunens mest sentrale styringsdokumenter mm. innenfor tjenesteområdet.

Etter å ha mottatt de første dokumentene gikk prosjektgruppen i gang med planleggingen av datainnsamlingen.

Leder for FFR ble av prosjektgruppen vurdert som den mest sentrale respondenten, ettersom det fremkom at kommunens tjenesteområde har en flat og åpen organisasjonsstruktur, hvor lederen er tett involvert i oppfølgingen av brukerne.

Prosjektgruppen vurderte at problemstillingen med tilhørende kriterier i stor grad har kvalitativt innhold, og valgte derfor å ta i bruk kvalitative semistrukturerte intervjuer som en del av den samlede datainnsamlingen.

Semistrukturert intervju er et begrep innenfor samfunnsvitenskapen som betyr at intervjuet tar utgangspunkt i en utarbeidet guide, samtidig som relevante oppfølgingsspørsmål blir stilt, og andre spørsmål kan utelates når det åpenbart ikke er interessant/relevant å stille dem.

Ved siden av de innsamlede styringsdokumentene og intervjuene har epostintervjuer vært en sentral del av datainnsamlingen.

Revisor har i de fleste tilfellene opplevd å få respons på henvendelsene etter kort tid. Det har likevel vært et tilfelle hvor revisor ikke fikk svar etter flere purringer, og til slutt måtte sette sluttstrek for den delen av datainnsamlingen.

Revisor har foretatt dokumentgjennomgang av kommunens enkeltsaker. Gjennomgangen viser flere eksempler på enkeltvedtak som er fattet for tildeling av bolig/behandlingstilbud. Revisor har bare mottatt dokumenter for fire enkeltvedtak etter å ha etterspurte de tilgjengelige enkeltvedtakene for behandlingstilbudene gitt i senere år. Kontaktpersonen opplyste om at det i stor grad blir gitt tjenestetilbud uten at det finnes skriftlige enkeltvedtak. Revisor har derfor kun mottatt et mindre antall dokumenter for enkeltvedtak.

De to intervjuene med henholdsvis leder for FFR og koordinerende enhet ble gjennomført høsten 2020.

Ved dokumentinnsamling har prosjektleder i første omgang ringt kontaktpersonen for å etterspørre dokumenter. Deretter har prosjektleder sendt oppfølgende epost.

I tillegg har prosjektleder sendt spørringer på epost (epostintervju) til andre ansatte i kommunen, kommunens NAV-kontakt, brukerorganisasjoner, og politiet.

Imidlertid har ikke noen av brukerorganisasjonene besvart spørsmålene, selv etter puring. I noen av tilfellene har organisasjonene gitt tilbakemelding om at de ikke har aktivitet i Finnmark eller Hasvik. I andre tilfeller har ikke revisor mottatt tilbakemelding i det hele tatt.

Ved et tilfelle sendte prosjektleder spørring til en ansatt (psykiatrisk sykepleier) via epost. Revisor fulgte opp med å gjennomføre et telefonintervju med respondenten. Revisor skrev ned referat fortløpende under intervjuet, og sendte det deretter på verifisering til respondenten. Begrunnelsen for telefonintervju som metode var at respondenten gav uttrykk for at han var mer komfortabel ved å besvare spørsmålene over telefon fremfor skriftlig. Dessuten gav det mulighet for mer ufyllende svar (rikere data) enn skriftlig svar. Prosjektleder fikk i tillegg presisert innholdet i noen av spørsmålene. Intervjuet ble gjennomført 03.02.2021.

Gyldighet og pålitelighet

Revisjonens kvalitetssikring av datagrunnlaget omfatter en vurdering av dataenes gyldighet og pålitelighet. Med gyldighet menes hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle eller undersøke, mens pålitelighet refererer til hvor nøyaktig innsamlingen av data har vært.

Undersøkelsen bygger på data innhentet ved hjelp av flere metoder og fra ulike datakilder. I denne undersøkelsen har vi innhentet dokumenter, styringsdokumenter fra kommunen, et utplukk enkeltvedtak, gjennomført kvalitative intervjuer av relevante ansatte i kommunen, epostintervjuer med NAV og politiet. I tillegg har vi sendt ut epostintervjuer til brukerorganisasjoner, samt en kommunalt ansatt, uten å ha fått svar.

Det er likevel usikkerheter knyttet til hvordan brukerne erfarer tjenestetilbudet. Samlet sett mener vi at datagrunnlaget gir et tilfredsstillende pålitelig og gyldig grunnlag for våre vurderinger og konklusjoner.

Revisjonen mottok kontaktpersonens svar på verifiseringsutgaven av rapporten den 6. juli 2021. Revisjonen fikk til svar: *Dette ser greit ut, kjenner meg godt igjen i beskrivelsene. Har likevel lyst til å presisere at ingen får avslag på tjenester uten vedtak.*

Tilbakemeldingen har dermed ikke medført endringer i rapporten.

Intern kvalitetssikring

Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS har et kvalitetskontrollsystem i samsvar med internasjonal standard for kvalitetskontroll ISQC1³. Undersøkelsen og rapporten er vurdert å ha nødvendig faglig og metodisk kvalitet, herunder også konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

Høring

Rådmannen/kommunedirektøren har fått anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som fremgår av rapporten.

Rapporten ble sendt på samtidig høring til rådmannen og verifisering den 29. juni 2021.

3 International Standard on Quality Control 1

Revisjonen fikk muntlig svar fra rådmannen over telefon den 1. juli 2021. Rådmannen gav uttrykk for uenighet vedrørende noen av revisjonens vurderinger. Vurderingene omhandler kommunens bruk av enkeltvedtak, og kommunens eventuelle ressursknapphet.

Når det gjelder vurderingen av kommunens bruk av enkeltvedtak har revisor ikke tatt rådmannens tilbakemelding til følge, men revisor presiserer i rapporten at det ikke er grunnlag for å konkludere med at kommunen ikke benytter enkeltvedtak der det stilles krav. Revisor har likevel ikke fått godtgjort at enkeltvedtak blir benyttet i noe særlig omfang.

Når det gjelder vurderingen av kommunens eventuelle ressursknapphet har revisor justert en setning ved vurderingen av kriteriet:

Kommunen skal sørge for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å utføre de pålagte oppgavene overfor personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer

Opprinnelig setning:

Selv om rus -og psykiatritjenesten har begrensede ressurser finner vi ikke grunnlag for å konstatere at kommunen av den grunn ikke er i stand til å utføre de lovpålagte oppgavene på en forsvarlig måte overfor personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer.

Justert setning:

Selv om rus -og psykiatritjenesten skulle ha begrensede ressurser finner vi ikke grunnlag for å konstatere at kommunen av den grunn ikke er i stand til å utføre de lovpålagte oppgavene på en forsvarlig måte overfor personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer.

Revisjonen har kommet frem til at den opprinnelige setningen kunne være noe bastant. Det er gitt tilbakemeldinger om at kommunen har hatt begrensede ressurser i deler av tjenestene, men kommunen har likevel etter hvert gjort flere tilsetninger.

Rådmannen gav også tilbakemelding om at kommunen skal tilsette en psykolog. Revisor har dermed fjernet anbefalingen fra verifiseringsutgaven om at kommunen bør tilsette en psykolog.

Rådmannen gav skriftlig svar den 3. august 2021.

Høringssvaret fremgår av rapportens vedlegg 1.

Vedlegg 4: Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisors egenerklæring

Innledning

Ifølge kommuneloven § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. Nærmere krav til revisors uavhengighet ogandel følger av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16-19. Kravene til uavhengighet og objektivitet gjelder for alle som utfører revisjon for kommunen, herunder regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll. Dette omfatter både oppdragsansvarlig revisor, medarbeidere på oppdraget og eventuelt andre som er engasjert på oppdraget.

Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS har et kvalitetskontrollsystem i samsvar med internasjonal standard for kvalitetskontroll (ISQC 1). Kvalitetskontrollsystemet omfatter dokumenterte retningslinjer og rutiner for etterlevelse av etiske krav, faglige standarder og krav i gjeldende lovgivning og annen regulering. Som en del av kvalitetskontrollsystemet har vi rutiner for å følge opp og sikre at revisjonsteamet har tilstrekkelig uavhengighet.

Ifølge kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 19 skal oppdragsansvarlig revisor hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget. Denne egenvurderingen følger nedenfor.

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisors vurdering av uavhengighet i forhold til Hasvik kommune

Forskriftskrav	Oppdragsansvarlig revisors egenvurdering
Overordnet krav til uavhengighet (§ 16)	Undertegnede bekrefter at det ikke foreligger spesielle forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisors uavhengighet og objektivitet.
Tilknytning til den reviderte virksomheten (§ 17)	Undertegnede har ikke selv eller nærstående som har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.
Stillinger i kommunen (§ 18 a)	Undertegnede har ikke stillinger eller verv i kommunen.
Stillinger i virksomhet (§ 18 b)	Undertegnede har ikke andre stillinger i en virksomhet som kommunen deltar i eller er eier av, utover at Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap.
Medlem av styrende organer (§ 18 c)	Undertegnede er ikke medlem av styrende organer i virksomhet som kommunen eller fylkeskommunen deltar i eller er eier av, utover at Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap.
Deltakelse eller funksjoner i annen virksomhet (§ 18 d)	Undertegnede deltar ikke i, eller har funksjoner i en annen virksomhet, som kan medføre at revisors interesser kommer i konflikt med interessene til kommunen, eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til revisor.
Rådgivning eller andre tjenester (§ 18 e)	Før slike tjenester gjør undertegnede en vurdering av rådgivningens eller tjenestens art med hensyn til revisors uavhengighet og objektivitet. Dersom vurderingen konkluderer med at utøvelse av slik tjeneste kommer i konflikt med kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 18 e, utfører vi ikke tjenesten. Revisor vurderer hvert enkelt tilfelle særskilt. Revisor besvarer løpende spørsmål/henvendelser som er å betrakte som veiledning og bistand og ikke revisjon. Undertegnede er bevisst på at også slik veiledning må skje med varsomhet og på en måte som ikke binder opp revisors senere revisjons- og kontrollvurderinger.

	Undertegnede har ikke ytet rådgivnings- eller andre tjenester overfor kommunen som kommer i konflikt med denne bestemmelsen.
Tjenester under kommunens egne ledelses- og kontroloppgaver (§ 18 f)	Undertegnede har ikke ytet tjenester overfor Hasvik kommune som hører inn under kommunens egne ledelses- og kontroloppgaver.
Fullmektig for den revisjonspliktige (§ 18 g)	Undertegnede opptrer ikke som fullmektig for Hasvik kommune.

Viggo Johannessen
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor