

Tilsyn / Tilsynsrapporter / Trøndelag / 2018

TILSYNSRAPPORT

# Rapport fra tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse i Malvik kommune 2018

## Tidsrom for tilsynet:

6.9.2018–3.12.2018

## Fylkesmannen i Trøndelag

07.12.2018

### Innholdsfortegnelse

1. Tilsynets tema og omfang
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag
5. Fylkesmannens konklusjon
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

Alle tilsynsrapporter fra dette landsomfattende tilsynet

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Malvik kommune og besøkte i den forbindelse kommunen fra 15.10.2018 til 17.10.2018. Vi undersøkte om kommunen gir forsvarlige og koordinerte tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse i samsvar med aktuelle lovkrav.

Tilsynet ble gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn.

### Fylkesmannens konklusjon:

Malvik kommune sitt styringssystem legger ikke til rette for et samordnet og forsvarlig tjenestetilbud til brukere med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse. Det er ikke utviklet et tilstrekkelig styringssystem gjennom prosedyrer, kvalitetssikring og avvikssystem som sikrer forsvarlige og helhetlige tjenester.

### Dette er brudd på:

Sosialtjenesteloven § 4 og § 5, jf. forskrift om interkontroll i kommunalt NAV §§ 3 og 4. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og § 3-1 tredje ledd, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9, jf. § 5.

## 1. Tilsynets tema og omfang

I dette kapittelet beskriver vi hva som ble undersøkt i tilsynet.

Tilsynet var rettet mot kommunens tjenester til voksne personer (18 år og eldre) som har samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse som hver for seg eller samlet gjør at de har et funksjonstap som medfører behov for tjenester fra kommunen over tid.

Tilsynet inkluderte brukere uavhengig av hvilke rusmidler de benytter eller har benyttet, (alkohol, legemidler, illegale rusmidler) og uavhengig av om de har fått diagnostisert en ruslidelse. Tilsvarende gjelder for psykiske lidelser ved at tilsynet er rettet mot kommunens tjenester uavhengig av om personene har en psykiatrisk diagnose (bipolar lidelse, schizofreni, depresjon etc.).

Fylkesmannen undersøkte om kommunen legger til rette for og følger opp at personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse mottar individuelt tilpassede, samordnede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester.

Fylkesmannen undersøkte således om kommunen ved helse- og omsorgstjenesten og sosiale tjenester i NAV:

- legger til rette for og gjennomfører løpende samarbeid mellom kommunale enheter som yter helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester, og med fastleger og spesialisthelsetjenesten
- innhenter informasjon om brukerens helhetlige situasjon og mulige behov for tjenester
- samordner tjenestene brukerne mottar fra kommunale enheter, og fra fastleger og spesialisthelsetjenesten
- tilbyr og yter individuelt tilpassede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester rettet mot brukernes rusmiddelproblem og psykisk lidelse
- kartlegger og følger opp somatiske helseproblemer
- tilbyr og yter individuelt tilpassede og forsvarlige tjenester slik at bruker kan mestre å bo i egen bolig

Fylkesmannen har undersøkt om kommunen har lagt til rette for og følger opp at brukerinvolvering blir ivaretatt ved alle temaene gjengitt ovenfor.

## 2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 2. Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

Helse- og omsorgstjenesteloven og sosialtjenesteloven slår fast at kommunen er forpliktet til å sørge for forsvarlige tjenester. Regelverket sier følgende:

- Kommunen er ansvarlig for at alle tjenester som utformes og ytes etter sosialtjenesteloven er forsvarlige, jf. sotjl. § 4.
- Kommunen skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. hol. § 3-1. Alle tjenestene som tilbys eller ytes i kommunen skal være forsvarlige, jf. hol. § 4-1.

### Forsvarlighetskravet

Forsvarlighetskravet er det lovmessige minstekravet som stilles til tjenestene. Det vil si at ikke ethvert avvik fra god praksis i seg selv tilsier uforsvarlighet. Hva som er faglig forsvarlig endrer seg i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatning, og bestemmes av normer utenfor loven, som anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer.

Faglige retningslinjer og veiledere kan være et av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold. Anbefalinger i faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men retningsgivende og et uttrykk for hva som kan kalles god praksis. Kommunen bør ha som mål å yte tjenester som er i tråd med slike retningslinjer, men kommunen har et handlingsrom hvor tjenestene vil kunne være forsvarlige selv om praksis avviker noe fra gitte anbefalinger.

Kommunen har videre stor frihet til å organisere virksomhetene og tjenestene ut fra lokale forutsetninger og behov, så lenge kravet til faglig forsvarlighet overholdes. Det er en helse- og sosialfaglig vurdering av den enkeltes behov som er avgjørende for hva kommunen plikter å tilby av tjenester i det enkelte tilfellet.

Fylkesmannen har vurdert om kommunen gir personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse individuelt tilpassede, samordnede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. Dette i henhold til lovgrunnlaget gjengitt ovenfor.

### Plikten til systematisk styring

Kravet til ledelse, organisering og styring er et viktig element i kommunens ansvar for å tilby og yte forsvarlige tjenester. Lovverket fastslår at:

- kommunen har plikt til å styre og lede for å sikre at virksomhet og tjenester etter kapittel 4 i sosialtjenesteloven er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, jf. sotjl. § 5
- kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lov og forskrift , jf. hol. § 3-1 tredje ledd

Innholdet i styringsplikten for de kommunale tjenestene i arbeids- og velferdsforvaltningen er regulert i forskrift 19. nov. 2010 nr. 1463 om internkontroll i kommunalt NAV.

Internkontrollplikten innebærer at kommunen gjennom systematiske tiltak sikrer at aktiviteter knyttet til å tilby og yte tjenester planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med de lov- og forskriftskrav som regulerer aktiviteten, jf. internkontrollforskriften § 3.

Kravene til styring, organisering og ledelse i helse- og omsorgstjenesten er konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

I dette tilsynet er virksomheten vurdert mot følgende krav til ledelse og kvalitetsforbedring:

- Kommunen skal sørge for innarbeidede rutiner for:
  - Samhandling mellom ulike tjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere , herunder fastleger og spesialisthelsetjenesten
  - Oversikt over og følge med på brukerens situasjon og mulige tjenestebehov
  - Samordning av tjenester - samarbeid og plan for tjenesteyting
  - Individuelt tilpassede tjenester rettet mot rusmiddelproblem og psykisk lidelse
  - Ivaretagelse og kartlegging av behov for helse- og omsorgstjenester ved somatiske helseproblemer
  - Opplysning, råd og veiledning for å mestre å bo i egen bolig

Forsvarlige tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse krever god organisering og systematikk i arbeidet. Dette i og med at behandlingen ofte innebærer samarbeid innad i kommunen og tverrfaglig samarbeid med fastleger og spesialisthelsetjenesten . Den aktuelle pasient- og brukergruppen er også en sårbar gruppe som kan ha utfordringer knyttet til å fremstille sine behov. Den aktuelle pasient- og/eller brukergruppen vil heretter omtales som ROP-pasienter.

### 3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne blir overholdt.

#### Organisering

Malvik kommune er en kommune i sterk vekst og har ca. 14 000 innbyggere. Psykisk helsetjeneste og rus, NAV, koordinerende enhet, hjemmesykepleien, helse- og rehabilitering er organisert sammen under enhet for Helse og velferd. Enheten Helse og velferd er direkte underlagt rådmannen og ledet av Kommunalsjef helse og velferd, jf. organisasjonskartet inntatt nedenfor og hentet fra kommunens hjemmesider.

## Organisasjonskart Malvik kommune

### Psykisk helsetjeneste og rus

Virksomheten har en virksomhetsleder, og er inndelt i to underavdelinger: Psykisk helsetjeneste og rus, og Arbeid og aktivitet (BOAS). Det er ansatt avdelingsleder i Psykisk helsetjeneste og rus fra 01.10.2018 med oppgave å utvikle samhandling på tvers av virksomhetene. BOAS ledes av en teamleder.

Underavdelingene består av følgende:

Psykisk helsetjeneste og rus:

- Heldøgns omsorgsboliger
- Ambulante tjenester psykisk helsetjeneste og rus, og som har følgende ansvarsområder:
  - Henvise, koordinere og innvilge tjenester
  - Tjenester: Tilby hjelp til rusmestring ved motivasjonssamtaler, hjemmebesøk, tilsyn, biveiledning, legemiddelhåndtering og bistand ved følge til lege, NAV m.m. Etablere behandlingsløp, institusjonsplass og samarbeid med fastlege og øvrige etater innen kommunen og spesialisthelsetjenesten. Utarbeide individuell plan.

Arbeid og aktivitet (BOAS):

En bruktbuikk med kaffekrok og et oppdrags- og aktivitetssenter der brukere i den aktuelle målgruppen kan få arbeidstrening og delta i ulike aktiviteter . Tilbudet retter seg mot brukere med psykisk helseutfordringer og/eller rusbruk. Det er særlig fokus på ungdom og unge voksne . Henviserer til tilbudet er NAV og Ambulante tjenester.

### NAV-kontoret

Virksomheten er inndelt i 4 team :

- Team 1-15
- Team 16-31
- Ungdomsteam
- Introduksjonsteam

Hvert team behandler saker og følger opp brukere uavhengig av ytelse. Ledergruppen består av NAV-leder og avdelingsleder. Kommunen har lagt gjeldsrådgivning utenfor NAV-kontoret, men yter annen økonomisk råd og veiledning.

### Koordinerende enhet

Virksomheten skal henvise, koordinere og innvilge tjenester innen helse- og velferd i Malvik kommune. Virksomheten er inndelt i 6 ulike team med en virksomhetsleder.

## **Bemanning, ansvar, myndighet**

### Psykisk helsetjeneste og rus

Virksomhetsleder for Psykisk helsetjeneste og rus har fag-, økonomi- og personalansvar , og er direkte underlagt kommunalsjef helse og velferd. Det er 33 ansatte i enheten som er direkte underlagt virksomhetsleder og rapporterer til denne.

Avdelingsleder Psykisk helsetjeneste og rus ivaretar daglig ledelse for personal og fag, herunder ved å delta i tverrfaglig samarbeid og kvalitetsarbeid på tvers av virksomhetsområder. Avdelingsleder har ansvar for å holde seg oppdatert innen aktuelle fagområder og bistå øvrige ansatte i slike spørsmål.

Det foreligger stillingsbeskrivelser for virksomhetsledere, avdelingsleder psykisk helsetjeneste og rus, sykepleiere innen psykisk helsetjeneste og rus, ruskonsulent, samt rollebeskrivelse for fagansvarlige.

#### NAV-kontoret

NAV-kontoret har for tiden 11 kommunalt ansatte og 9 statlig ansatte. I den daglig driften har NAV-leder ansvar for de statlige tjenester og introduksjonsprogrammet. Avdelingsleder har ansvar for de andre kommunale tjenester og leder ungdomsteam.

Det foreligger rollebeskrivelse for Veileder publikumsmottak NAV Malvik og for Veileder oppfølging NAV Malvik.

Malvik kommune har en gjeldsrådgiver som er organisert i Koordinerende enhets sosialfaglige team. Begrunnelsen for denne organiseringen er at gjeldsrådgiver håndterer tildeling av startlån for bolig, og tildeler kommunale boliger. Gjeldsrådgiver har også et ansvar innen området for sosialtjenesteloven § 17.

### **Tiltak og praksis knyttet til tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblematikk og psykisk lidelse**

Møtestruktur og hyppighet innen helse og velferd fastsatt i planer:

- Virksomhetsledermøte mellom rådmann og virksomhetslederne ca. 6-8 ganger per år.
- Felles ledermøter innen helse og velferd 1 gang per uke.
- Samhandlingsmøter/kvalitetsmøter innen helse og velferd ca. hver 6. uke.

#### Psykisk helse og rus - skriftlige prosedyrer:

Det er utarbeidet følgende skriftlige prosedyrer gjeldende for enheten:

- henvisning av brukere/pasienter til psykisk helsetjeneste og rus.
- oppfølging av elektroniske meldinger.
- skjema for utarbeidelse av statusrapport.
- skjema for samtykkeerklæring som gjelder for alle virksomheter innen helse og velferd. Samtykkeerklæring i NAV inngår i søknadsskjemaet for tjenesten.
- skjema for kartlegging av foreldreansvar/samvær når foreldre mottar helsehjelp.

#### NAV-kontoret - skriftlige prosedyrer:

Det er utarbeidet retningslinjer for tjenestene opplysning og råd, og økonomisk nødhjelp. NAV-kontoret forholder seg forøvrig i hovedsak til veiledere og annen informasjon som er lagt ut på NAV sine intranettsider.

NAV Malvik har fastsatt følgende møtestruktur for tverrfaglig samhandling:

- Månedlige møtepunkter mellom NAV Malvik, barneverntjenesten og virksomhet for Psykisk helsetjeneste rus. Både anonym saksdiskusjon og saksdiskusjon med samtykke.
- Ukentlige fagmøter - kompetanseheving, informasjon og kollegaveiledning på brukersaker. Gjeldsrådgiver og bolig tjenesten deltar annenhver uke for å identifisere, drøfte og koordinere saker der brukere har gitt samtykke.
- Møter med koordinerende enhet og oppfølgingstjeneste for rus og psykiatri ved behov i enkeltsaker.

#### Koordinerende enhet

Virksomheten har pr. i dag ikke et ansvar for å henvise, koordinere og innvilge helsefaglige tjenester til ROP-pasienter. Det er som nevnt ovenfor virksomheten Psykisk helsetjenesten og rus som pr. i dag er delegert denne oppgaven.

Koordinerende enhet har pr. i dag ansvar for å vurdere og tildele praktisk bistand, og da hovedsakelig hjemmehjelp til ROP-pasientene. Videre har som nevnt ovenfor Koordinerende enhet ansatt gjeldsrådgiver som også har et ansvar knyttet til sosialtjenesteloven § 17. NAV-kontoret har ansvaret for tjenesten som ytes i henhold til sosialtjenesteloven § 17. Det utøves imidlertid ingen kontroll av dette arbeidet fra NAV-kontoret som har det formelle ansvaret. Arbeidet er heller ikke undergitt kontroll fra ledelsen ved Koordinerende enhet.

Malvik kommune har vedtatt å endre oppgavefordelingen fra den 01.01.2019, slik at koordinerende enhet gis ansvar for å henvise, koordinere og innvilge øvrige helsefaglige tjenester også til ROP-pasienter.

#### Nærmere om praksis og samarbeid mellom de ulike enhetene

Det er en fast, engasjert og stabil ansattgruppe som arbeider med ROP-pasienter i Malvik kommune, og det er kort avstand mellom ansatte og ledere. Det foregår interne diskusjoner knyttet til tjenesteytelsen særlig innad i de ulike enhetene.

Ansatte ved de ulike enhetene og samarbeidspartnere kjenner til hverandre. Samarbeidet i individualsaker foregår ved telefonkontakt og ved ulike møter ved behov. Det er imidlertid ikke utviklet en klar og fast praksis for tjenestene i de ulike enhetene, og for samordning av tjenestene på tvers av enheter og øvrige samarbeidspartnere. Det fremgikk under intervju at det i stor grad er opp til den enkelte tjenesteyter hvordan samarbeidet foregår. Dette gjelder på flere områder, som skal beskrives nærmere i det følgende.

Det er ikke god nok kunnskap om sosialtjenesteloven § 17 i tjenestene. Henvisning til NAV skjer ulikt ut fra hvilke tjenesteytere som er i kontakt med den enkelte ROP pasient. Tjenesten etter sosialtjenesteloven § 17 blir imidlertid i en viss grad gitt av psykisk helsetjeneste og rus, men det foreligger som nevnt ingen rutine for når ROP pasienter skal henvises til NAV. For øvrig fattes det ikke vedtak etter sosialtjenesteloven § 17 for ROP-pasienter i NAV-kontoret. Det gjenfinnes imidlertid spor i enkelte brukermapper at tjenesten til en viss grad har blitt gitt. Det er uvisst om det fattes vedtak etter sosialtjenesteloven § 17 av gjeldsrådgiver underlagt Koordinerende enhet. Dette idet ledelsen både ved Koordinerende enhet og NAV ikke har kunnskap om dette.

Det er ingen skriftlige rutiner for å utarbeide Individuell plan. Individuell plan tilbys av psykisk helsetjeneste og rus, men det er uvisst om dette gjøres fast og av alle ansatte. NAV-kontoret tilbyr i hovedsak heller ikke Individuell plan. Planverktøyet som brukes i størst utstrekning av Psykisk helsetjeneste og rus er ansvarsgruppemøter, der det utnevnes en fast kontaktperson.

Referat fra ansvarsgruppemøter ble ikke funnet ved journalgjennomgang av mapper fra NAV eller i Profil. Dette til tross for at journalgjennomgang ble gjennomført med bistand fra tjenestene.

Det foreligger i hovedsak ingen handlingsplaner som skal iverksettes ved forverring av kjent tilstand, med formål om å forhindre forverring ved kjente og gjentatte psykosetilstander og/eller økt rusadferd. Dvs. en handlingsplan der kjente symptomer fremgår, og som beskriver hva som eventuelt kan og skal iverksettes i tilfelle symptomene inntreffer. Det ble imidlertid under tilsynet omtalt at spesialisthelsetjenesten hadde utarbeidet handlingsplan (kriseplan) for enkelte pasienter, men slike ble ikke fremlagt under tilsynet. Under intervju fremgikk det at det var ingen fast praksis for å etablere egne planer eller å videreføre planer fra spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helsetjeneste og rus bruker et skjema kalt statusrapporter for kartlegging av pasientene, som tjenesten har utviklet selv. Statusrapportene er også grunnlag for vedtak om tjenester som fattes av samme tjeneste. Det fremgår ikke i statusrapportene hvor opplysningene som er nedfelt er hentet fra. Dvs. om dette er opplysninger fra bruker, pårørende eller fastlege. Det var videre ingen rutine for å innhente kartlegginger/uttalelse fra fastlege og/eller spesialisthelsetjeneste eller andre. Det fremgår heller ingen tiltak eller målsetting, eller opplysninger om hva bruker selv ønsker å oppnå. Statusrapportene inneholder også mangelfulle opplysninger knyttet til ernæring, tannhelse etc. Videre fremgår det motstridende opplysninger i noen av statusrapportene, og kvaliteten på hva som er nedfelt varierer. Det brukes i liten grad nasjonale standardiserte kartleggingsverktøy, men tjenesten er i startfasen med å bruke f. eks. AUDIT.

Kommunen har et felles kvalitetssystem som inneholder informasjon om styring og ledelse, delegasjon, rutiner/prosedyrer og et avvikssystem. Det er innen kommunen stor variasjon i hvordan avvikssystemet benyttes for å unngå gjentakelse av oppstått svikt. Det er ikke etablert en kultur for å melde avvik knyttet til den konkrete tjenesteytelsen. Det er imidlertid ikke etablert et felles avvikssystem med NAV.

## 4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

I dette kapittelet vurderer vi fakta i kapittel 3 opp mot lovbestemmelsene i kapittel 2.

Sosialtjenesteloven med internkontrollforskrift og helse- og omsorgslovgivningen setter krav til ledelse og systematisk styring for å sikre forsvarlige tjenester.

Nødvendige tiltak skal planlegges, iverksettes, evalueres og korrigeres. Forsvarlige tjenester til personer med rusmiddelproblematikk og psykisk lidelse setter store krav til organisering, struktur og kontinuitet i utførelsen av tjenestene.

Kommunen har ikke etablert skriftlige rutiner og felles planer for tjenesteytingen som sikrer at ROP-pasienter mottar forsvarlige tjenester. Tjenesteytelsen er i stor grad styrt av den enkelte ansatte, og ikke tilstrekkelig planlagt og kontrollert av ledelsen.



Tjenesten «Opplysning, råd og veiledning» etter sosialtjenesteloven § 17 er ikke tilstrekkelig kjent i de ulike enhetene, og henvisning til tjenesten varierer i praksis. Dette utgjør risiko for at tjenesten ikke gis, eller gis med ulik kvalitet.

Rusmiddelproblem og psykiske lidelser blir ikke tilstrekkelig kartlagt i statusrapportene som brukes som kartleggingsverktøy. Statusrapportene er ikke tilstrekkelige for å innhente nødvendig informasjon om rusmiddelproblemer og psykiske problemer, samtidig som kvaliteten på nedfelte opplysninger er varierende. Den varierende utførelsen av statusrapportene forsterker også inntrykket av ulik praksis som ikke er underlagt en stor grad av kontroll. Anbefalte kartleggingsverktøy benyttes ikke, som f. eks. CAGE, AUDIT, DUDIT, SCL-10 osv., jf. Nasjonal faglig retningslinje IS-1948, der det fremgår følgende om kommunens ansvar for kartlegging, punkt. 8.3.1 side 76, og anbefaling 65:

*«I alle kommuner skal det finnes kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte kartleggingsverktøy»*

Kommunen har således ikke et system som sikrer at relevant og tilstrekkelig informasjon om rusmiddelproblematikk og psykisk lidelse blir innhentet ettersom statusrapportene ikke kan anses å være et tilstrekkelig kartleggingsverktøy.

Planverktøyet som i hovedsak brukes er ansvarsgruppemøter. Planverktøyet er imidlertid ikke i tilstrekkelig grad innarbeidet i tjenesteytelsen, idet referater fra ansvarsgruppemøter ikke gjenfinnes på en enkel måte i journal. Dette vil være til hinder for en aktiv bruk av verktøyet, både for erfarne ansatte og i særlig grad nyansatte. Individuelle handlingsplaner som skal iverksettes ved forverring av kjente tilstander finnes i hovedsak ikke. Manglende systematisert bruk av planverktøy i sammenheng med at tiltak og målsettinger ikke fremgår i statusrapportene, utgjør en betydelig risiko for manglende samordning og uforsvarlige tjenester. For de som ikke ønsker bruk av Individuell plan, bør det likevel utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester, jf. Nasjonal faglig retningslinje IS-1948, punkt 8.3.3, og anbefaling 70:

*«Individuell plan vil for mange være et viktig redskap for brukermedvirkning, men også for å gjøre ansvars- og oppgavefordelingen mellom behandlings- og oppfølgingstiltak koordinerte og mer oversiktlige. Dersom enkelte pasienter ikke ønsker individuell plan, bør det likevel utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester.»*

Det er vesentlig at en plan inneholder mål og tiltak for de som trenger dette, og konkret gir informasjon om hvordan kommunen og andre instanser skal samarbeide i krisesituasjoner. Dvs. en beskrivelse av varselsymptomer, hvilke tiltak som skal settes inn og hvem som skal kontaktes. Et slikt planverktøy bør foreligge for ROP pasienter som har behov for dette, uavhengig av om det er opprettet Individuell plan eller ansvarsgruppe.

Malvik kommune har ikke etablert en samordnet forståelse av hvordan avvikssystemet skal benyttes, og heller ikke foretatt en gjennomgang av praksis på området. Dette kunne avdekket en praksis med stor fare for svikt.

Kommunens mangelfulle styringssystem utgjør en risiko for at en sårbar pasient- og brukergruppe ikke mottar forsvarlige tjenester. Dvs. en risiko for at lovpålagte tjenester ikke gis, eller ikke gis til riktig tidspunkt, samt at ROP-pasientene kan motta tjenester av ulik kvalitet.

Dette ut fra hvilke tjenesteytere som den enkelte ROP pasient er i kontakt med. Praksisen avviker så mye fra gjeldende faglige anbefalinger at den etter fylkesmannens vurdering er i strid med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4.

## 5. Fylkesmannens konklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

Malvik kommune sitt styringssystem legger ikke til rette for et samordnet og forsvarlig tjenestetilbud til brukere med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse. Det er ikke utviklet et tilstrekkelig styringssystem gjennom prosedyrer, kvalitetssikring og avvikssystem som sikrer forsvarlige og helhetlige tjenester.

### Dette er brudd på:

Sosialtjenesteloven § 4 og § 5, jf. forskrift om interkontroll i kommunalt NAV §§ 3 og 4. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og § 3-1 tredje ledd, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9, jf. § 5.

## 6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

I dette kapittelet redegjør vi for hva vi forventer virksomheten skal gjøre i prosessen med å rette påpekte lovbrudd.

Vi ber Malvik kommune om å gjøre en vurdering av hvilke tiltak som er nødvendige for å sikre et samordnet og forsvarlig tjenestetilbud til brukere med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse, og innen 01.02.2019 utarbeide og oversende en plan for arbeidet. Planen skal inneholde:

- Hvilke tiltak som skal gjennomføres
- Hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollere at tiltakene blir iverksatt
- Hvordan ledelsen vil gjennomgå om tiltakene har virket som planlagt etter at de har fått virke en stund
- Frister for iverksetting av tiltak og evaluering av om tiltakene virker som planlagt

Med hilsen

Jan Vaage  
Avdelingsdirektør Erik Stene  
Avdelingsdirektør

Ingrid Karin Hegvold Revisjonsleder/seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen underskrift

## Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført, og hvem som deltok.

Varsel om tilsynet ble først sendt 04.05.2018, med planlagt avholdt tilsyn i perioden 24. – 26. april 2018. Tilsynet ble utsatt i brev av 25.05.2018. Nytt varsel om tilsyn ble sendt 06.09.2018.

Det ble avholdt møter med 5 brukere den 15.10.2018.

Tilsynsbesøket ble gjennomført i kontorene til NAV Malvik, og innledet med et kort informasjonsmøte den 15.10.2018, der kommunen i tillegg ga generell informasjon.

Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 17.10.2018.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket.

Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

- Informasjon på kommunens hjemmesider inkludert organisasjonskart
- Oversikt over stillingshemler og ansatte
- Stillingsbeskrivelser og funksjonsbeskrivelser
- Delegasjonsreglement
- Opplæringsplaner
- Utviklingsplan helse og velferd 2018 - 2019
- Virksomhetsplan NAV Malvik 2017
- Kriterier for tildeling av kommunal bolig
- Kommunal forskrift om rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig med heldøgns tjenester
- Rutiner ved henvisning av brukere/pasienter til virksomhet psykisk helsetjeneste og rus
- Rutine for oppfølging av elektroniske meldinger
- Søknadsskjema for helse- og omsorgstjenester
- Skjema - Statusrapport
- Samtykkeskjema for helse og velferd
- Kartlegging av barn 0-18 år når foreldre mottar helsehjelp
- Midlertidig bolig/krisesituasjoner - Liste over midlertidige boliger i Malvik kommune og omegn
- Retningslinje - hjelp i nødsituasjon NAV Malvik
- Retningslinje - råd og veiledning NAV Malvik
- Møtestruktur tverrfaglig samhandling NAV Malvik
- Bruker plan - Rus 2016 - Malvik kommune
- Årsmelding 2017 - virksomhet Psykisk helsetjeneste og rus
- Utredning av boligbehov - rapport og videre anbefalinger

Det ble valgt ut og gjennomgått 12 journaler fra psykisk helsetjeneste og rus. Det ble valgt ut og gjennomgått brukermapper fra NAV.

I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på oppsummerende møte ved tilsynsbesøket.

*(Ikke publisert her)*

**Disse deltok fra tilsynsmyndigheten - alle fra Fylkesmannen i Trøndelag:**

- Revisjonsleder: Seniorrådgiver Ingrid Karin Hegvold
  - Revisor: Seniorrådgiver Sigbjørn Holst
  - Revisor: Fagdirektør for helse og samfunn Marit Dypdal Kverkild
  - Revisor: Seniorrådgiver Grethe Lindseth
  - Revisor: Seniorrådgiver Renate Nygård
  - Revisor: Seniorrådgiver Anne Lise Mathisen
- 

## **Alle tilsynsrapporter fra dette landsomfattende tilsynet**

**2017–2018 Tjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse**

---