



Vestfold  
og Telemark  
revisjon

# Rus og psykisk helse

Forvaltningsrevisjon | Drangedal kommune

# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1.    Kontrollutvalgets bestilling .....	5
1.2.    Bakgrunn.....	5
1.3.    Problemstilling og revisjonskriterier .....	5
1.4.    Avgrensning.....	5
1.5.    Metode og kvalitetssikring .....	6
1.6.    Kommunedirektørens uttalelse.....	6
<b>2. Om Drangedal kommune</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Sikre tilpasset helsehjelp</b> .....	<b>9</b>
3.1.    Oppgave og ansvarsfordeling .....	9
3.2.    Systematisk brukermedvirkning.....	15
3.3.    Utredning av hjelpebehov .....	19
3.4.    Helhetlige og koordinerte tjenester .....	24
<b>4. Konklusjoner og anbefalinger</b> .....	<b>30</b>
4.1.    Konklusjoner.....	30
4.2.    Anbefalinger.....	31
<b>Litteratur og kildereferanser</b> .....	<b>32</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>33</b>
Vedlegg 1: Metode og kvalitetssikring .....	33

## Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt om Drangedal kommune har tiltak som sikrer at tilbud om helsehjelp til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse er tilpasset brukernes/pasientenes behov.

Vi har sett på:

- ansvars- og oppgavefordeling
- systematisk forbedringsarbeid
- kartlegging av hjelpebehov
- helhetlige og koordinerte tjenester

Vi mener Drangedal kommune i hovedsak har tiltak som sikrer at tilbud om helsehjelp til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse er tilpasset brukerens/pasientens behov.

### **Oppgave og ansvarsfordeling**

Kravet om at det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 er oppfylt.

Både tjenestekontoret og avdeling for rus og psykisk helse har i sine virksomhetsplaner beskrevet respektive ansvars- og arbeidsoppgaver. Informasjon gitt i intervjuer tyder på at det er avklart forhold mellom tjenestekontoret og avdeling for rus og psykisk helse.

Avdelingsledere er delegert fullmakter til å fatte vedtak etter aktuelle lover innen helse og omsorgsfeltet. Det er ikke delegert myndighet til saksbehandlere. Etter vår vurdering bør myndighet til å fatte vedtak etter helselovgivingen delegeres til saksbehandler også, eventuelt bør alle vedtak underskrives av leder for tjenestekontoret.

### **Brukermedvirkning**

Vi mener kommunen i liten grad har rutiner og tiltak som sikrer at brukererfaringer brukes systematisk i utvikling av tjenestene.

Kommunen har ikke hatt årlige gjennomganger av hele styringssystemet for å sikre at det fungerer slik det skal og bidra til kontinuerlig forbedring. Etter vår vurdering bør kommunen etablere en slik gjennomgang.

Kommunen har ikke etablert et brukerråd, og har heller ikke gjennomført bruker- eller pårørendeundersøkelser rettet mot brukere/pasienter innen rus og psykisk helse.

I kontakt med og behandling av brukere/pasienter tilbyr kommunen å bruke et elektronisk system (NORSE feedback) for å kartlegge og få tilbakemeldinger fra brukere. Dette kan være et egnet verktøy for forbedringsarbeid på systemnivå.

### **Utredning av hjelpebehov**

Kommunen har tiltak for å sikre en forsvarlig utredning av hjelpebehov.

Kommunen har gjennomført kompetanseheving på kartlegging.

Som ledd i saksbehandling av søknader om helse- og omsorgstjenester gjennomfører tjenestekontoret kartleggingssamtaler. Kartleggingen skjer i samarbeid med avdeling for rus og psykisk helse. Kommunen benytter kartleggingsskjema fra Omsorgsjuss.

I utvalget av saker vi undersøkte var det gjennomført kartlegging av brukere/pasienter.

### **Helhetlige og koordinerte tjenester**

For å sikre at bruker/pasient får helhetlige og koordinerte tjenester har kommunen praksis for å lage samlevedtak i de tilfeller der flere avdelinger er inne med ulike tjenester. I vedtakene blir tidspunkt for og omfang av de ulike tjenestene tilpasset hverandre.

Kommunen arbeider systematisk med rutiner for bruk av individuell plan og oppfølging av koordinatorene. Per i dag er det to pasienter/brukere som har individuell plan. Alle planene er utarbeidet i 2023.

### **Anbefalinger**

Vi anbefaler Drangedal kommune å bruke erfaringer fra brukere/pasienter og pårørende til systematisk utvikling av tjenestene.

Skien, 10. mai 2023

# 1. Innledning

## 1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Drangedal kommune i sak 14/22. Prosjektplan ble vedtatt i sak 21/22. Bestillingen er i tråd med kommunens plan for forvaltningsrevisjon.

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. Bakgrunn

I risiko og vesentlighetsvurderingen som ligger til grunn for kommunens plan for forvaltningsrevisjon, var rus og psykisk helse et område som ble vurdert til middels risiko. Det ble anbefalt å følge opp tilsynet fra Fylkesmannen (nå Statsforvalteren) i 2018.

## 1.3. Problemstilling og revisjonskriterier

Rapporten handler om følgende problemstilling:

- **Har Drangedal kommune tiltak som sikrer at tilbud om helsehjelp til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse er tilpasset brukerens/pasientens behov?**

Vi vil undersøke

- Oppgaver og ansvarsfordeling knyttet til kartlegging av behov og samarbeid
- Systematisk brukermedvirkning
- Utredning av hjelpebehov
- Helhetlige og koordinerte tjenester, inkludert evaluering og justering av tjenestene i tråd med brukernes behov

Revisjonskriteriene<sup>1</sup> i denne forvaltningsrevisjonen er hentet fra bl.a. helse og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og forskrift om individuell plan. Kriteriene framgår under hver problemstilling nedenfor, og er nærmere omtalt i vedlegg 2 til rapporten.

## 1.4. Avgrensning

Forvaltningsrevisjonen gjelder kommunens tjenestetilbud til voksne og ungdom over 18 år med samtidige psykiske plager og rusavhengighet. Vi avgrenser mot kommunale tilbud som retter seg

---

<sup>1</sup> 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.

særsilt mot barn og yngre ungdom, eksempelvis skolehelsetjeneste, helsestasjon, barnevern og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).

## **1.5. Metode og kvalitetssikring**

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Dag Oftung, med Bente Hegg Ljøsterød som oppdragsansvarlig.

Vi har intervjuet ansatte på tjenestekontoret og avdeling for rus og psykisk helse i kommunen. Videre har vi innhentet informasjon fra ulike skriftlige kilder som f.eks. kommunens helse og velferdsplan, virksomhetsplaner, prosedyrer, maler og skjemaer. Vi har undersøkt et utvalg av saker om gjelder tjenester til den aktuelle bruker/pasientgruppen, for bl.a. å se om det foreligger kartlegging av bruker/pasient.

Det står mer om metode og tiltak for kvalitetssikring i vedlegg 2 til rapporten.

## **1.6. Kommunedirektørens uttalelse**

Rapporten er sendt til uttalelse til kommunedirektøren, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14.

I e-post datert 9. mai 2023 skriver kommunedirektøren at kommunen ikke har noen merknader til rapporten. Uttalelsen fra kommunedirektøren har ikke ført til endring i rapporten.

## 2. Om Drangedal kommune

Drangedal kommune har en tradisjonell hierarkisk struktur med en sentral-administrasjon/stabsfunksjon og tre kommunalområder:

- Bygg, eiendom og kommunalteknikk
- Kunnskap mangfold og kultur
- Helse og velferd

Kommunens øverste administrative leder er kommunedirektøren. De tre kommunalområdene ledes av hver sin kommunalsjef.

Bolig- og tjenestekontoret og avdeling for rus og psykisk helse sorterer under kommunalområdet Helse og velferd.

Drangedal kommune har om lag 4100 innbyggere.

Vi har hentet noe bakgrunnsinformasjon om ressursbruk og kompetanse innen feltet rus og psykisk helse i Drangedal. I statistisk sentralbyrås nøkkeltall for kommunene finner vi tall for Drangedal sammenliknet med egen KOSTRA-gruppe og landet u/Oslo:

Tabell 1 Utvalget nøkkeltall for psykisk helsearbeid og rusarbeid 2022, Drangedal, KOSTRAgruppe 4 og landet u/Oslo

	Drangedal	KOSTRA Gruppe 4	Landet u/Oslo
Brutto driftsutgifter til personer med rusproblemer pr innb. 18-66 år (kr)	1025	265	710
Netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer pr. innb. 18-66 år (kr)	1020	216	627
Andel netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer av netto driftsutgifter til sosialtjenester* (prosent)	11,9	5,6	14,5
Årsverk av psykiatriske sykepleier per 10 000 innbygger (antall)	8,6	6,9	4,7
Årsverk av personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger (antall)	13,5	10,2	8,8
Årsverk av personer med videreutdanning rusarbeid per 10 000 innbygger (antall)	2,0	3,0	3,4

Kilde: Statistisk sentralbyrå

\* Sosialtjenester inkluderer funksjon 242 Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid, funksjon 243 Tilbud til personer med rusproblem og funksjon 281 Ytelse til livsopphold

Drangedal kommune bruker betydelig mere økonomiske ressurser til personer med rusproblemer pr. person i aldersgruppen 18-66 år sammenliknet med egen KOSTRAgruppe og landet u/Oslo.

Når det gjelder antall årsverk av psykiatrisk sykepleier pr 10 000 innbygger ligger Drangedal kommune godt over de vi sammenlikner med. Det samme gjelder for årsverk av personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Kommunen har noe lavere dekning av årsverk med videreutdanning i rusarbeid sammenliknet med egen KOSTRAgruppe og landet u/Oslo.

Folkehelseinstituttet utarbeider hvert år en såkalt folkehelseprofil for kommunene i Norge. I Drangedals folkehelseprofil for 2023 er det laget en oversikt over hvordan kommunen ligger an sammenliknet med landsgjennomsnitt på en del utvalgte parametere.<sup>2</sup> Drangedal ligger signifikant<sup>3</sup> lavere enn den gjennomsnittlige verdien for landet som helhet på enkelte parametere som kan ha relevans for feltet rus og psykisk helse:

- Vedvarende lavinntekt, 0-17 år
- Med i fritidsorganisasjoner (fra Ungdata 2021)
- Fornøyd med treffsteder (fra Ungdata 2021)
- Trener sjeldnere enn ukentlig, (gjelder 17 åringer)
- Psykiske symptomer, 0-74 år

Helsetilsynet besluttet at Fylkesmannen i 2017 og 2018 skulle gjennomføre et landsomfattende tilsyn i et utvalg kommuner i Norge, deriblant Drangedal. Temaet for tilsynet var kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse. Tilsynet konkludert med at Drangedal kommune brøt loven på to punkter:

- *Drangedal kommune dokumenterer ikke systematisk kartlegging av rusmiddelproblemer eller psykiske/somatiske helseproblemer.*
- *Drangedal kommune sørger ikke for at tjenesteytingen til alle brukere er planmessig og samordnet*

I kommunens svar til Fylkesmannen av 18. oktober 2018, ble det gjort rede for hvilke tiltak kommunen hadde satt i verk for å rette opp lovbruddene. Det ble pekt på opplæringstiltak, bruk av kartleggings skjema, innføring av samlevedtak, faste møtepunkt for samordning og intensivering av arbeid med individuell plan.

---

<sup>2</sup> [Last ned oppvekstprofil for kommuner og bydeler - FHI](#)

<sup>3</sup> Signifikant betyr her at tallene ikke skyldes statistiske tilfeldigheter



## 3. Sikre tilpasset helsehjelp

Har Drangedal kommune tiltak som sikrer at tilbud om helsehjelp til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse er tilpasset brukerens/pasientens behov?

### 3.1. Oppgave og ansvarsfordeling

#### 3.1.1. Revisjonskriterier

##### **Regelverk om koordinerende enhet**

##### 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 koordinator og barnekoordinator etter §§ 7-1, 7-2 og 7-2 a.

##### Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator § 6.

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- a. motta meldinger om behov for individuell plan
- b. sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.

##### **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 forskriften<sup>4</sup>

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 utelatelser kan få alvorlige konsekvenser for pasient og bruker.

**Regelverk og veiledere om oppgave og ansvarsfordeling**

Kommuneloven § 25-1

Kommuner skal ha internkontroll for å sikre at administrasjonen følger lover og forskrifter, jf. kommuneloven § 25-1.<sup>5</sup> Kommunedirektøren er ansvarlig for kontrollen.

Internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Ved internkontroll etter paragraf 25-1 skal kommunedirektøren

- a) utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering
- b) ha nødvendige rutiner og prosedyrer
- c) avdekke risiko og følge opp avvik og risiko for avvik
- d) dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig
- e) evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll

KS' veileder *Orden i eget hus*

Kommunesektorens organisasjon, KS har utarbeidet en veileder i internkontrollarbeid for kommunene. Ifølge veilederen *Orden i eget hus – Kommunedirektørens internkontroll<sup>6</sup>* er formalisering og skriftliggjøring vesentlige trekk for å sikre betryggende kontroll i en kommune:

Styringsdokument	Sektorovergripende	Tjenester og støtteprosesser
Årshjul	Delegering	Veiledninger
Planer og budsjett	Reglement	Rutinebeskrivelser
Rapportering	Overordnet risikovurdering	Risiko- og kontrollmatriser
	Felles skjema og maler	Skjema og maler

<sup>4</sup> Helsedirektoratet 2018: Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift

<sup>5</sup> Lov 2018-06-22 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner

<sup>6</sup> KS – veileder fra 2020

Vi har utledet dette revisjonskriteriet:

- **Kommunen skal ha en koordinerende enhet**
- **Kommunen skal ha en klar oppgave- og ansvarsfordeling knyttet til kartlegging av behov, og samarbeid om tjenester til personer med rus og psykisk lidelse.**

### 3.1.2. Data

Kommunalområdet Helse og velferd ledes av en kommunalsjef, og har slik organisering:



#### Bolig og tjenestekontoret

Kommunestyret i Drangedal behandlet i 2013 en sak om *Koordinerende enhet – mandat for virksomheten i kommunen* (Arkivsak 13/01798). Det ble vedtatt at tjenestekontoret skulle være kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

Tjenestekontoret mottar og behandler søknader om helse- og velferdstjenester, og skal sørge for at personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, opplever en helhet og sammenheng i tjenestene. Dette omfatter bl.a. kommunale helse- og omsorgstjenester.

I tiltaksdelen i kommunens *Helse- og velferdsplan 2018 – 2027*<sup>7</sup> går det frem at kommunen skal ha økt søkelys på tjenestekontoret som koordinerende enhet:

### 4.2.3 Tiltak

- Saksbehandle søknader i tråd med vedtatte tjenestebeskrivelser og herunder balansere behov, lovkrav og tilgjengelige ressurser
- Økt fokus på tjenestekontoret som koordinerende enhet
- Oppfylle lovkravet knyttet til Individuell Plan, der IP er det naturlige samhandlingsverktøyet for brukere med sammensatte og langvarige behov

I tjenestekontorets virksomhetsplan er ansvarsområdene til kontoret beskrevet. Ifølge planen kan tjenestekontoret fatte vedtak i enkeltsaker etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Videre kan kontoret gjøre vedtak om tildeling av omsorgsboliger og kommunale boliger til boligsosiale formål, i henhold til boligsosial handlingsplan, husleieloven, forskrift om startlån fra Husbanken, forskrift om tilskudd til etablering og tilpasning av bolig.

Ifølge kommunens delegeringsreglement har kommunedirektøren delegert *myndighet til kommunalsjefer til behandling av saker som etter lov faller innenfor ansvarsområdet til avdelingen*.<sup>8</sup> Kommunen har videre et administrativt delegeringsreglement.<sup>9</sup> I det administrative delegeringsreglementet har kommunalsjef for helse og velferd delegert myndighet videre til sine enhetsledere, deriblant leder av tjenestekontoret. Det er ikke delegert myndighet til saksbehandlere på tjenestekontoret. Vi får opplyst at saksbehandlerne selv signerer på vedtak i kurante saker, dvs. der søker får de tjenester det søkes om. På andre vedtak signerer leder av tjenestekontoret sammen med saksbehandler.

I virksomhetsplanen finner vi også en oppstilling av virksomhetens oppgaver. De mest aktuelle for vårt formål er disse:

- ❖ Informere om kommunens helse- og omsorgstilbud, og boligsosiale tjenester.
- ❖ Mottak av søknader om pleie- og omsorgstjenester; Hjemmesykepleie, hjemmehjelp/ praktisk bistand, trygghetsalarm, matombringing, omsorgslønn, dagopphold, hjelpemidler, BPA, støttekontakt, IP, tidsbegrenset opphold i institusjon, langtidsopphold i institusjon, omsorgsboliger, avlastningstiltak, psykiatrisk bistand og rehabilitering
- ❖ Ta imot og behandle søknader om kommunale boliger. Kartlegge «boligkarriere»
- ❖ Ta imot og behandler søknader om Bostøtte, Startlån og tilskudd. Målet er å se husbankens virkemidler i et helhetlig og langsiktig perspektiv.
- ❖ Kartleggingsbesøk

---

<sup>7</sup> Helse og velferdsplan 2018 – 2027 – Drangedal kommune. TF-rapport nr. 431, 2018. ISBN 978-82-336-0134-8

<sup>8</sup> Kommunestyresak 92/20 – 15.10.2020

<sup>9</sup> Godkjent av kommunedirektøren 1. desember 2022

- ❖ Saksbehandling – klagesaksbehandling, egne rutiner
  - Samlevedtak evalueres fortløpende og seinest innen to år.
- ❖ Tildeling av tjenester / avslag på tjenester
- ❖ Samhandle med tjenesteutøverne og ha møter etter oppsatt plan
  - Ukentlig (tirsdag kl 09-10), samhandlingsmøte med Hjemmesykepleien, Sykehjemmet og Eldreteamet
  - Ukentlig (mandager kl 11 – 11.30) telefonmøte med rehabiliteringsteamet
  - Hver 6. uke gjennomgang med avdeling Rus- og psykisk helse
  - Samhandler fortløpende med aktuelle tjenester i enkeltsaker
- ❖ Boveiledning, praktiske gjøremål, bistand / oppfølging / veiledning
- ❖ Boligkontoret organiserer og drifter Ambulant boligteam med møter annenhver torsdag (partallsuker), herunder Flytteteamet. Samhandler med aktuelle aktører i boligforvaltningen om det boligsosiale arbeidet, og følger opp husleiekontrakter.
- ❖ IP – oppfølging / opplæring av koordinatører – leder IP ressursteam
- ❖ Koordinerende enhet
- ❖ IPLOS- ansvarlig
- ❖ Forvalter “Inn på tunet / dagtilbud”
- ❖ Forvalter tjenestene; støttekontakt, omsorgsstønad og avlastningstiltak utenfor institusjon
- ❖ Mottaksenhet for melding om utskrivningsklar pasient og annet elektronisk samarbeid i pasientbehandlingen.

Fra leder av tjenestekontoret får vi opplyst at kontoret har 3,7 årsverk fordelt på fire ansatte. Søknader og/eller henvendelser som kommer fra andre instanser blir tatt opp for vurdering i daglige postmøter og/eller på det ukentlige samhandlingsmøtet. En av de ansatte på tjenestekontoret er psykiatrisk sykepleier, og vedkommende er den som i hovedsak saksbehandler søknader/henvendelser som gjelder problematikk med samtidig rusproblemer og psykiske lidelser. Psykiatrisk sykepleier gjennomfører kartlegging forbindelse med behandlingen av søknaden/henvendelsen, og fatter vedtak i saken.

Kommunen har maler både for kartleggingen og vedtaksutforming. Tjenestekontoret bruker fagsystemet Profil<sup>10</sup> der all informasjon knyttet til saksbehandlingen blir dokumentert.

Når vedtak er fattet får leder av avdeling for rus og psykisk helse melding på e-post, og iverksetter det tjenestetilbudet det er gjort vedtak om. Som oftest er leder for rus og psykisk helse med på kartleggingen og bistår i saksbehandlingen. Leder er dermed forberedt på at det skal ytes tjenester fra avdelingen i forkant av at vedtak er fattet.

### **Avdeling for rus og psykisk helse**

---

<sup>10</sup> Visma Omsorg Profil

Avdeling for rus og psykisk helse har virksomhetsplan som beskriver avdelingens ansvar og oppgaver. Ifølge virksomhetsplanen har avdelingen ansvaret for:

- Følge opp vedtak fattet etter Helse og omsorgstjenesteloven. Det er tjenestekontoret som fatter vedtak i kommunen.
- Drive lavterskeltilbud til mennesker med rus og psykiske lidelser.
- Drifte dagsenteret for psykisk Helse, dagsenteret for rus, og prosjekt Tippen.
- Drive forebyggende arbeid.
- Delta aktivt inn i boligkontorets arbeid
- Drive forebyggende arbeid ut i skolene, helsestasjonen, flyktningetjenesten og helsesektoren generelt.
- Følge opp under rusbehandling
- Henvisning til rus behandling i spesialisthelsetjenesten
- Tvang § 10.2 og 10.3 Etter Helse og omsorgstjenesteloven

På spørsmål om det foreligger fullmakt til å tvangsinnlegge av gravide rusmisbrukere, og annen rusbehandling ved tvang etter helse og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3, sier leder av avdelingen at dersom avdelingen ber om tvang må dette behandles i fylkesnemnda for sosiale saker og barnevern, og eventuelt bli godkjent der.

Avdelingens arbeidsoppgaver er beskrevet slik i virksomhetsplanen:

- *Vedtak om oppfølging av rusmiddelmissbrukere/ psykiatri blir fattet av tjenestekontoret i Drangedal i samarbeid med avdelingen vår.*
- *Avdelingen for rus og psykiatri i Drangedal følger opp innholdet i vedtakene.*
- *Avdelingen gir tilbakemelding til tjenestekontoret hvis det er behov for endring i vedtaket.*
- *Pasienter innlagt i 1. eller 2. linje tjenesten som har vedtak i vår avdeling skal følges opp via ansvarsgruppemøter, og andre relevante møter rundt brukeren i innleggesperioden. Det vil bli gjort individuelle vurderinger i hvert tilfelle.*
- *Avdelingen har også ansvar for å holde kontakt med brukeren mens brukeren er innlagt. Det bør være minimum kontakt engang i måneden. Men dette avhenger selvsagt også av brukerens egne ønsker.*
- *Målene ved jevnlig kontakt med bruker og tjenesteapparat er å ha en konkret plan for oppfølging underveis og etter utskrivelse.*
- *Avdelingen bruker Norse Feedback som kartleggings verktøy*

Avdelingen har totalt 8,1 årsverk. 3,8 av disse er knyttet iverksetting av ulike former for tjenestetilbud etter vedtak fattet av tjenestekontoret. Leder for avdelingen sier at fordeling av oppgaver skjer med bakgrunn i hva slags tjenester som skal gis, og den enkelte ansattes

kompetanse. De resterende ansatte i avdelingen er knyttet til dagsenter for psykisk helse og prosjektet Tippen.<sup>11</sup>

### 3.1.3. Revisors vurdering av oppgave og ansvarsfordeling

I Drangedal kommune er bolig og tjenestekontoret koordinerende enhet. Kravet om at det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 er dermed oppfylt.

Både tjenestekontoret og avdeling for rus og psykisk helse har i virksomhetsplaner beskrevet sine respektive ansvars- og arbeidsoppgaver. Informasjon gitt i intervjuer tyder på at det er avklart forhold mellom tjenestekontoret og avdeling for rus og psykisk helse.

Kommunen har internt delegeringsreglement som gir enhetsledere og leder for tjenestekontoret nødvendige fullmakter til å fatte vedtak etter aktuelle lover innen helse og omsorgsfeltet. Det er ikke delegert myndighet til saksbehandlere. Etter vår vurdering bør myndighet til å fatte vedtak delegeres til saksbehandler også, eventuelt sørge for at også de vedtak som er i tråd med søknad, blir underskrevet av leder for tjenestekontoret.

## 3.2. Systematisk brukermedvirkning

### 3.2.1. Revisjonskriterier

#### 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.

Kommunene skal drive systematisk forbedringsarbeid bl.a. med utgangspunkt i pasienter, brukere og pårørendes erfaringer. I veilederen pekes det på relevante interne dokumenter:

- rutiner for innhenting og bruk av brukererfaringer/tilbakemeldinger
- rutiner for involvering av pasienter, brukere og pårørende i forbedringsarbeid
- rapporter fra kartlegginger og brukerundersøkelser

Ifølge forskriften § 8 skal ledelsen ha en årlig gjennomgang av hele styringssystemet for å sikre at det fungerer slik det skal og bidra til ei kontinuerlig forbedring. I veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring<sup>12</sup> finner vi eksempler på interne dokumenter som kan være relevante for ledelsens gjennomgang, bl.a. disse:

- resultater fra medarbeiderundersøkelser

---

<sup>11</sup> Tippen er et lavterskeltilbud og bruktbuikk i de gamle lokalene til Drangedal jeger og fisk i Rallarvegen 11

<sup>12</sup> [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#)

- dokumentasjon av pasient- og brukertilfredshet og opplevd kvalitet
- dokumentasjon av pårørendetilfredshet

#### IS-2076: Sammen om mestring. Veileder i lokalt helsearbeid og rusarbeid for voksne<sup>13</sup>

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.

Til denne problemstillingen har vi utledet følgende revisjonskriterium:

- **Kommunen skal ha rutiner og tiltak som sikrer at brukererfaringer brukes systematisk i utvikling av tjenestene, herunder en årlig gjennomgang av styringssystemet.**

#### **3.2.2. Data**

I sin rapport fra 2018 konkluderte Fylkesmannen med at kommunen ivaretok kravene til brukermedvirkning i enkeltsaker, men at kommunen ikke systematisk hentet inn informasjon/erfaringer fra brukere til bruk i forbedringsøyemed.

Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal kommunene ha en årlig gjennomgang av styringssystemet der en bl.a. skal vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer. På spørsmål om hvordan kommunen følger opp forskriften på dette området sier kommunalsjef for helse og velferd at kommunen ikke har hatt noen slik gjennomgang på kommunalsjefnivå. Heller ikke på tjenestekontoret eller i avdeling for rus og psykisk helse er det gjennomført noen slik årlig gjennomgang.

Kommunen har tidligere hatt brukerundersøkelser rettet mot beboere på sykehjem og mottakere av hjemmetjenester. Det har ikke vært gjennomført undersøkelser rettet spesielt pasienter/brukere innen rus og psykisk helse, men enkelte av disse mottar hjemmetjenester og har kunnet svare på undersøkelser som har vært gjennomført der. Vi får opplyst at kommunen vil framover bruke spørreundersøkelser utarbeidet av *bedrekommune.no*.<sup>14</sup> Dette er standardiserte brukerundersøkelser som er tilpasset ulike tjenesteområder.

Kommunalsjef for helse og velferd opplyser at hun, sammen med avdelingsledere, to ganger i året går gjennom eventuelle klager fra brukere/pårørende for å se på mulige forbedringspunkter.

Drangedal kommune har utarbeidet en plan for pårørendestøtte.<sup>15</sup> I forkant av planarbeidet gjennomførte kommunen i februar og mars 2022 den nettbaserte pårørendeundersøkelsen

---

<sup>13</sup> Veileder IS-2076 Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

<sup>14</sup> Bedrekommune.no er en del av KF (Kommuneforlaget. AS)

<sup>15</sup> Plan for pårørendestøtte – Drangedal kommune 2022-2026 (vedtatt i KS-sak 62/22)



IVARETATT?<sup>16</sup> Alle med en pårønderolle ble invitert til å svare på undersøkelsen. Kommunen fikk svar fra 30 pårørende. Prosjektgruppa som arbeidet med planen gjennomførte også strukturerte dybdeintervjuer med til sammen 22 pårørende sommeren 2022. Tilbakemeldingene og erfaringene fra spørreundersøkelsen og intervjuene ble tatt med videre i arbeidet med planen.

*Plan for pårørendestøtte* ble vedtatt i kommunestyret i 18. oktober 2022. Kommunaldirektøren skrev i sin vurdering i saken følgende:

*Prosessene med å lage en plan for pårørendestøtte har ført til mye god kunnskap om pårørende i Drangedal, deres opplevelser og behov. Prosjektperioden og arbeidet fram mot den endelige planen har dessuten allerede ført til endringer og tiltak i sektor. Dermed er implementeringen av planen godt i gang på flere områder.*

I handlingsdelen til *Plan for pårørendestøtte* ligger følgende tiltak for å sikre pårørende medvirkning på individ og systemnivå:

Sikre pårørendemedvirkning på individ- og systemnivå			
	Tiltak	Ansvar	Frist
1.	Gjennomføre pårørendeundersøkelsen «Ivaretatt?» for hele kommunen årlig	Kommunalsjef helse og velferd	Årlig
2.	Arbeide for å få pårørenderepresentanter inn i aktuelle politiske råd og utvalg	Politikerne	Etter valget 2023
3.	Rutiner for oppstartssamtale + faste samtaler med pårørende på avdelinger der det er aktuelt	Ledere på enhetene	
5.	Vurdere å prøve ut samarbeidsavtaler med pårørende	Følger sentrale føringer	
6.	Lage rutine for oppfølging av tilbakemeldinger/klager fra pasienter, brukere og pårørende på systemnivå, for å sikre læring	Kommunalsjef HV	31.12.22

Kommunen har ikke bruker- eller pårønderåd innen feltet rus og psykisk helse. Kommunen har imidlertid råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Rådet er lovfestet, og skal etter intensjonen sørge åpen, brei og tilgjengelig medvirkning i arbeidet med saker som er særlig viktige for mennesker med nedsett funksjonsevne. Dette gjelder bl.a. tilgjengelighet, arbeid mot diskriminering og tjenester for menneske med nedsett funksjonsevne. Vi har i e-post til

<sup>16</sup> IVARETATT? er en pårørendeundersøkelse utviklet av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, der pårørende kan gi tilbakemelding på hvordan de opplever å bli involvert og ivaretatt i kommunen de er pårørende i. For kommunene er dette et verktøy der de kan innhente informasjon til kvalitetsarbeid om pårørende. I tillegg vil resultater fra undersøkelsen benyttes til forskning.

rådsmedlemmene spurt om rådet har hatt saker eller vært involvert i arbeid som gjelder medvirkning fra brukere/pasienter. Vi har ikke fått svar på henvendelsen.

Vi får opplyst at det ikke er noen aktuelle pårørende- eller brukerorganisasjoner innen rus/psykisk helse lokalt i Drangedal som det er relevant å samarbeide med. Leder av avdeling for rus og psykisk helse sier de har kontakt med, og skal på befaring til, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse sin fylkesavdeling i Porsgrunn (PIVETE Senteret).<sup>17</sup>

Ansatte på tjenestekontoret og leder av avdeling for rus og psykisk helse viser ellers til at kommunen ar tatt i bruk kartleggingsverktøyet NORSE Feedback (mer om dette i kap. 3.3.2), som også er egnet til å samle inn informasjon om hvordan tjenestene oppfattes av brukerne. Slik informasjon er pr i dag ikke brukt systematisk i forbedringsarbeid.

### **3.2.3. Revisors vurdering**

Ifølge veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring skal kommunene drive systematisk forbedringsarbeid bl.a. med utgangspunkt i pasienter, brukere og pårørendes erfaringer. Kommunen kan ikke vise til at det er foretatt en årlig systematisk gjennomgang av tjenestene innenfor rus og psykiatri med bakgrunn i erfaringer fra brukere/pasienter.

Kommunen har gjennomført brukerundersøkelser innenfor området helse og omsorg, men ikke spesifikt innen området rus og psykisk helse. Ved framtidige brukerundersøkelser bør kommunen fange opp denne brukergruppen også.

Kommunen har ikke bruker- eller pårørenderåd innen feltet rus og psykisk helse. Det er heller ingen aktuelle pårørende- eller brukerorganisasjoner inne rus/psykisk helse lokalt i Drangedal som det er relevant å samarbeide med. Vi mener det er et godt initiativ at kommunene vil besøke pårørendeorganisasjonen LPP i Porsgrunn for å høste er faringer.

I kontakt med og behandling av brukere/pasienter tilbyr kommunen å bruke et elektronisk system (NORSE feedback) for å få informasjon og tilbakemeldinger fra brukere. Etter vår vurdering kan dette være et egnet verktøy for å innhente informasjon om tjenestetilbudet, som kan brukes i det systematiske forbedringsarbeidet.

Vi ser at kommunen har forholdsvis få brukere/pasienter med samtidig problemer med rus og psykiske lidelser, og at det kan være utfordrende å få datagrunnlag for systematisk evaluering. Vi mener likevel kommunen bør sørge for sikrer at brukererfaringer brukes systematisk i utviklingen av tjenestene.

---

<sup>17</sup> [PIVETE Senteret; Pårørendesenteret LPP Vestfold og Telemark – Pårørendesenter for pårørende innen psykisk helse](#)

### 3.3. Utredning av hjelpebehov

#### 3.3.1. Revisjonskriterier

##### **Regelverk og veiledere om utredning av behov for helsehjelp**

###### Helse og omsorgstjenesteloven § 3-1

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper, inkludert personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

###### Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester til kommunen.

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 reglene om enkeltvedtak gjelder for tildeling av psykisk helsehjelp. Det innebærer at forvaltningsloven (fvl) kapittel IV - *Om saksforberedelse ved enkeltvedtak* og V - *Om vedtaket* gjelder for vedtak om psykisk helsehjelp. Ifølge fvl § 17 skal forvaltningsorganet påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

###### IS-2442: Veileder for saksbehandling<sup>18</sup>

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

---

<sup>18</sup> Helsedirektoratet: IS-2442 Veileder for saksbehandling

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 voksne<sup>19</sup>

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, instruksjer, 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.

---

<sup>19</sup> Helsedirektoratet: Veileder IS-2076 Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

### Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til forskriften<sup>20</sup>

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 utelatelser 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 kartlegge den enkelte pasients/brukers behov for helse- og omsorgstjenester.**

#### **3.3.2. Data**

##### **Rutiner og tiltak som sikrer at pasienters/brukeres behov blir forsvarlig utredet.**

På kommunens nettsider ligger det informasjon om hvordan en kan søke om helse- og velferdstjenester. En kan benytte elektronisk søknadsskjema eller skrive ut skjema og levere eller sende dette til tjenestekontoret. Det opplyses om at tjenestekontoret kan hjelpe til med å fylle ut søknaden dersom søker har behov for det.

I selve søknadskjemaet oppgis grunnleggende informasjon om søker, opplysninger om pårørende og hvem som er fastlege. Videre er det et åpent felt der en skal beskrive hva slags hjelp en har behov for. På baksiden av skjemaet er det informasjon om saksbehandlingen og det opplyses om at der er mulig å klage på vedtak.

Ved å underskrive på søknaden samtykker søker til at kommunen behandler personopplysninger elektronisk og at kommunen kan hente inn nødvendige opplysninger fra andre relevante aktører som fastlege, nav, spesialisthelsetjeneste og andre enheter i kommunen.

I etterkant av Fylkesmannens tilsynsrapport fra 2018 hadde avdelingen for rus og psykisk helse i Drangedal et samarbeid med Borgestadklinikken (nå Blå kors klinikken)<sup>21</sup> om kompetanseheving på området kartlegging. To personer gjennomførte modulbaserte e-læringskurs om basiskompetanse på kartlegging. To andre deltok på opplæringen, men fullførte ikke hele.

---

<sup>20</sup> Helsedirektoratet 2018: Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift

<sup>21</sup> Blå Kors klinikk Skien (tidligere Borgestadklinikken) tilbyr behandling for rusavhengighet, spillavhengighet og har også egne behandlingstilbud til pårørende

Som beskrevet i kap. 3.1.2. er det tjenestekontoret, v/psykiatrisk sykepleier, som sammen med leder for avdeling rus og psykisk helse foretar den første kartleggingen av pasienter/brukere. I kartleggingen benytter kommunen seg av et omfattende kartleggings skjema, utarbeidet av Omsorgsjuss AS<sup>22</sup>. På forsiden av skjemaet er det en del bakgrunnsinformasjon til saksbehandler om grunnleggende krav til saksbehandling innenfor:

- Kommunens utredningsplikt
- Informasjonsplikten
- Enkeltvedtak
- IPLOS<sup>23</sup>

Videre brukes kartleggings skjemaet til å innhente opplysninger som skal registreres i IPLOS. I IPLOS registreres funksjonsnivå/status på en rekke forhold hos bruker/pasient. Eksempler på dimensjoner som vurderes er:

- Alminnelig husarbeid
- Personlig hygiene
- Bevegelse innen- og utendørs
- Ivareta egen helse
- Hukommelse
- Ivareta egen økonomi
- Kommunikasjon
- Sosial deltakelse
- Styre adferd
- 

Vi får opplyst at selve kartleggings skjemaet ikke alltid fylles ut. I noen tilfeller blir det isteden brukt som en sjekklister, og opplysningene som blir hentet inn blir beskrevet i prosatekst i saksutredningene.

Drangedal kommune har tatt i bruk det elektroniske verktøyet NORSE Feedback<sup>24</sup> for å få tilbakemeldinger fra brukere/pasienter. Etter møte med behandler får bruker/pasient tilsendt en lenke på telefon/nettbrett/iPad eller liknende, og kan svare på en del spørsmål og gi tilbakemeldinger til behandler. Tilbakemeldingene er med på å danne grunnlag for hvordan behandler vil jobbe videre. Tilbakemeldingen gjelder både behandlingen, om det har effekt eller ikke, og hvordan brukerne opplever møtet med behandler/kommune. Tilbakemelding i NORSE kan

---

<sup>22</sup> Omsorgsjuss AS tilbyr en rekke kurs som samlet er ment å dekke kommunenes behov for opplæring i forvaltningsrett og helse- og omsorgsrett

<sup>23</sup> IPLOS er et nasjonalt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester, og hvilke tjenester som ytes.

<sup>24</sup> [Hjem - Norse \(norsefeedback.no\)](http://Hjem - Norse (norsefeedback.no))

skje flere ganger i et behandlingsforløp. Bruker gir informasjon om endringer i symptomtrykk og funksjonsnivå, samt hvordan relasjonen mellom pasient/bruker og behandler fungerer.

### **Kommunen skal utrede den enkelte pasients/brukers behov for helse- og omsorgstjenester**

Vi har fått innsyn åtte saker som gjelder søknader om tjenester til brukere/pasienter med samtidig problematikk med rus og psykisk helse. De åtte saken er tilfeldig valgt. Nærmere om utplukk av saker er beskrevet i vedlegg 2, metode.

I alle sakene vi undersøkte forelå det saksframstilling med beskrivelser av bakgrunn for søknaden, beskrivelse av ulike forhold ved brukeren (rus, psykiske problemer, diagnoser, sosiale forhold, praktisk forhold) og forslag til løsning. Vi så også utskrift av IPLOS-registreringen knyttet til sakene, der det var lagt inn vurderinger av funksjonsnivå hos brukere/pasienter.

I alle sakene vi undersøkte inneholdt vedtakene informasjon om med hvilke tjenester kommunen skal yte, omfang av tjenestene, tidspunkt for oppstart og muligheter for å klage på vedtaket

I fire av sakene var det brukt kartleggings skjema fra Omsorgsjuss, og i en sak var det brukt en tidligere versjon av en sjekklister som ble brukt i kommunen. For de resterende tre sakene fikk vi opplyst at dette var brukere/pasienter som hadde vært i systemet over lang tid, og at saksbehandlingen var basert på kjennskap til bruker og informasjon fra tidligere vedtak.

### **3.3.3. Revisors vurdering av utredning av hjelpebehov**

#### **Rutiner og tiltak**

Etter vår vurdering har kommunen rutiner og tiltak som skal sikre at pasienters/brukeres behov blir forsvarlig utredet.

Etter Fylkesmannens tilsyn i 2018 har kommunen gjennomført kompetanseheving av ansatte på området kartlegging/utredning.

I samarbeid med avdeling for rus og psykisk helse gjennomfører Tjenestekontoret kartleggingssamtaler med bruker/pasient. For å sikre at nødvendig informasjon blir innhentet, bruker kommunen et standardisert kartleggings skjema. Skjemaet inneholder de punkter som det er anbefalt at blir kartlagt.

Kommunen tatt i bruk kartleggingsverktøyet NORSE Feedback. Dette gir bruker/pasienter mulighet for å gi tilbakemeldinger om sin egen situasjon underveis i behandlingen.

Dersom bruker/pasientens behov endrer seg fra kartleggingstidspunktet, blir dette tatt opp i faste møter mellom tjenestekontoret og avdeling for rus og psykisk helse.

#### **Praksis**

Ved gjennomgang av et utvalg av saker som gjaldt tildeling av helse og omsorgstjenester til den aktuelle brukergruppen, så vi at kommunen hadde kartlagt relevant informasjon om brukeren/pasienten; søkerens helsetilstand og funksjonsnivå, familieforhold, boforhold med mer.

## 3.4. Helhetlige og koordinerte tjenester

### 3.4.1. Revisjonskriterier

#### **Regelverk og veiledere om 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 tjeneste, 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.

##### Psykisk helsevernloven § 4-1

I helsedirektoratets veileder til psykisk helsevernlov blir det påpekt at dersom pasienten, uavhengig av om pasienten er samtykkekompetent eller ikke, motsetter seg individuell plan, skal det ikke utarbeides slik plan. Institusjonen vil selvsagt likevel måtte yte forsvarlig helsehjelp (pasient og brukerrettighetsloven § 2-1 b), og følge opp samarbeidende instanser så langt som mulig inne for regelverket om taushetsplikt.

##### 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 ha rutiner og tiltak for å sikre at brukerne får helhetlige og koordinerte tjenester, herunder**
  - **etablere tverrfaglige samarbeid om tjenestene, på tvers av profesjoner, instanser og forvaltningsnivåer**
  - **ha rutiner for arbeidet med individuell plan til pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.**
  - **utarbeide individuell plan til pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.**
  - **ha rutiner for evaluering og justering av tjenestene i tråd med brukernes behov**

### **3.4.2. Data**

#### **Tverrfaglig samarbeid**

Fra leder for tjenestekontoret får vi opplyst at kommunen har etablert praksis med å fatte såkalte samlevedtak i de tilfeller der det er aktuelt å yte flere tjenester fra kommunen, og da gjerne tjenester fra ulike avdelinger i kommunen. Det betyr at tjenestene blir samordnet og koordinert i vedtaket. Samlevedtakene gir de ulike avdelingene oversikt over hvilke instanser i kommunen som er koblet på, med hvilke tjenester og til hvilken tid.

Kommunen har etablert følgende samarbeidsfora for å koordinere og samordne tjenestene.

- Tjenestekontoret har ukentlige samhandlingsmøter med hjemmesykepleien, sykehjemmet og kommunens eldreteam. Lege fra Eldreteamet er representert på disse møtene.
- Tjenestekontoret har ukentlig telefonmøte med rehabiliteringsteamet.
- Hver 6. uke har tjenestekontoret gjennomgang av saker med avdeling rus og psykisk helse.
- Tjenestekontoret deltar i BIT-nettverk (Bedre Tverrfaglig Innsats – gjelder barn og unge).

De ansatte på tjenestekontoret og leder av avdeling for rus og psykisk helse vi gir uttrykk for at det er oversiktlige forhold i kommunen, og at det, i tillegg til samhandling i de mer formelle fora, også skjer løpende samhandling mellom aktuelle tjenester i enkeltsaker. Det gjelder også kontakt med instanser utenfor kommunen (fastlege, spesialisthelsetjeneste og rusinstitusjoner) der det er aktuelt.

### **Rutiner for arbeidet med individuell plan**

I kommunens Helse- og velferdsplan 2018 – 2027 finner vi følgende tiltak for å møte tjenestekontorets utfordringer med å yte koordinerte tjenestetilbud:

*«Oppfylle lovkravet knyttet til Individuell Plan, der IP er det naturlige samhandlingsverktøyet for brukere med sammensatte og langvarige behov»,*

I tråd med tiltaket i helse og velferdsplanen etablerte kommunen i 2020 et IP-ressursteam bestående av fagansvarlig på tjenestekontoret, leder for avdeling for rus og psykisk og leder for helsestasjon, rehabiliteringsteam og fysioterapitjenesten. Ressursteamet har ansvar for rutiner, veiledning, opplæring og samlinger for IP-koordinatorene i kommunen. Det er totalt elleve koordinatorene i kommunen.<sup>25</sup> De tre medlemmene i ressursteamet har fordelt oppfølgingen av koordinatorene seg imellom. Leder for avdeling for rus og psykisk helse har ansvaret for koordinatorene innen fagfeltet rus og psykisk helse.

Av ressursteamets årshjul går det fram at ressursteamet har månedlige møter der aktuelle saker tas opp. Ressursteamet har samlinger for koordinatorene to ganger i året.

Ressursteamet har utarbeidet *håndbok for koordinatorene*. Denne inneholder veiledning til arbeid med individuell plan innenfor:

- Juridisk grunnlag
- Begrepsavklaring
- Koordinatorrollen
- Koordineringsprosessen
- Maler og sjekklister

Kommunen har mal for individuell plan. I malen samtykker pasient/bruker med sin underskrift til at det utarbeides individuell plan og at det opprettes ansvarsgruppe. I ansvarsgruppen sitter gjerne personer fra de avdelingene/instansene som har en rolle i planen. Det skal opprettes en hovedkoordinator som har ansvaret for samordning av tjenestene.

Ifølge kommunens mal for individuell plan skal en i felleskap med bruker/pasient legge inn informasjon om nåsituasjonen, utfordringer og ressurser. Det skal videre settes hovedmål og delmål. Planens mål skal konkretiseres gjennom tiltak, og tiltakene skal evalueres.

---

<sup>25</sup> Pr 24. april 2023

Delmål nummer	Dato	TILTAK I FORHOLD TIL HOVEDMÅL / DELMÅL OG HVORDAN DISSE SKAL GJENNOMFØRES (Evaluering av tiltak skrives også her.)	Henvises til utdypende dokument	Ansvarlig instans og person	Dato for evaluering

I intervjuer kommer det fram at tjenestekontoret/ressursteamet nylig er gjort oppmerksomme på at Drangedal kommune i en annen sektor benytter seg av programvaren *Flyt Samspill*.<sup>26</sup> *Flyt Samspill* har utarbeidet elektroniske individuelle planer. Vi får opplyst at det er aktuelt for tjenestekontoret å ta i bruk dette verktøyet.

### Utarbeidelse av individuell plan

Det er tjenestekontoret i samarbeid med avdeling for rus og psykisk helse som vurderer om det er hensiktsmessig å tilby individuell plan. Vi får opplyst at dersom en bruker/pasient får tilbud om individuell plan, men velger å takke nei, blir dette dokumentert i Profil. I intervjuer med ansatte på tjenestekontoret og leder for avdeling for rus og psykisk helse kommer det fram at det det er et generelt inntrykk at brukere/pasienter med samtidig rus og psykiske problemer i liten grad ønsker å ha individuell plan. Individuell plan skal i utgangspunktet være brukerens egen plan, og det forutsetter at brukeren/pasienten har klare mål for endring/utvikling. Dette er en bruker-/pasientgruppe som i mange tilfeller ikke har motivasjon og/eller evne til å følge opp. Selv om bruker/pasient ikke ønsker en formalisert plan, er det aktuelt å få koordinator som følger opp bruker/pasienten.

Vi har fått opplyst at det, pr april 2023, er totalt 17 personer med individuell plan i kommunen. To av disse er personer med tjenester som gjelder samtidig rus og psykiske lidelser. Vedtakene om individuell plan til de to personene er gjort henholdsvis januar og mars 2023. Vi har fått opplyst at en, pr 25. april 2023, ikke er kommet i gang med den nærmere gjennomføringen av planene.

### Justering og evaluering av planene

I malen for individuell plan er det lagt opp til at det settes dato for evaluering av hvert tiltak som er beskrevet i planen. Det er også lagt opp til at en skal dokumentere de evalueringer som er gjennomført.

I og med at det ikke pr april 2023 ikke var noen aktive individuelle planer innenfor feltet rus og psykisk helse har vi ikke kunnet undersøke i hvilken grad det er gjort evalueringer og justeringer av tjenestene i tråd med intensjonen i malen for individuell plan.

<sup>26</sup> *Flyt Samspill* leveres av Visma som leverer programvare og tjenester som forenkler og digitaliserer prosesser i privat og offentlig sektor

Evaluering og justering av tjenestetilbudet til personer med samtidig rus og psykisk lidelser generelt, skjer på møtene mellom tjenestekontoret og avdeling for rus og psykisk helse. Møtefrekvensen er ca. hver 6. uke.

Dersom en tjeneste avsluttes, skal ansatte på avdeling for rus og psykisk helse følge sjekkliste for avslutning av saker, det vil si:

- Journalføre at saken avsluttes
- Oppdatere IPLOS/begge delene
- Avslutte brukeren i NORSE feedback (dersom kartleggingsverktøyet er brukt)
- Sende e-post til tjenestekontoret (med kopi leder av avdelingen for rus og psykisk helse)

### **3.4.3. Revisors vurdering av helhetlig og koordinerte tjenester**

Etter vår vurdering har kommunen egnede rutiner og tiltak for å sikre at brukerne får helhetlige og koordinerte tjenester.

#### **Tverrfaglige samarbeid om tjenestene**

Tjenestene blir samordnet og koordinert gjennom samlevedtak gitt av tjenestekontoret. Med det vil de ulike avdelingene vil ha oversikt over hvilke instanser i kommunen som er koblet på, med hvilke tjenester og til hvilken tid.

Koordinering og samordning skjer i etablerte møtearenaer. I tillegg til samhandling i de mer formell fora, skjer løpende samhandling mellom aktuelle tjenester i enkeltsaker. Det gjelder også kontakt med instanser utenfor kommunen (fastlege, spesialisthelsetjeneste og rusinstitusjoner) der det er aktuelt.

#### **Rutiner arbeid med individuell plan**

Kommunen har arbeidet systematisk for å kunne tilby individuell plan til brukere/pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Det er etablert et eget ressursteam som følger opp arbeidet med individuell plan. Ressursteamet har laget veiledningsmateriell og sjekklister/maler til bruk i arbeidet. Ressursteamet har også ansvar for å følge opp og veilede koordinatorene, som igjen har ansvaret for de konkrete planene.

Ressursteamet har faste møtepunkt og samlinger for koordinatorene to ganger i året.

#### **Utarbeide individuell plan**

Til tross for systematisk arbeid med individuelle plan, har kommunen i liten grad utarbeidet individuell plan til pasienter/brukere med samtidig rus og psykiske lidelser. Ifølge kommunen skyldes dette at brukere med samtidig rus og psykiske problemer en gruppe som i liten grad har ønske om slike formaliserte planer.

For brukere/pasienter som ikke ønsker individuell plan tilbyr kommunene koordinator for systematisk oppfølging.

### **Evaluering og justering**

Kommunen har tiltak for å evaluere og justere tjenestene i tråd med brukernes behov.

Evaluering og justering av tjenestetilbudet til personer med samtidig rus og psykisk lidelser skjer på møtene mellom tjenestekontoret og avdeling for rus og psykisk helse. Møtefrekvensen er ca. hver 6. uke.

Dersom det brukes individuell plan skal det settes dato for evaluering på hvert tiltak som er beskrevet i planen. Evalueringer som er gjennomført skal dokumenteres.

## 4. Konklusjoner og anbefalinger

### 4.1. Konklusjoner

Drangedal kommune har i hovedsak tiltak som sikrer at tilbud om helsehjelp til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse er tilpasset brukerens/pasientens behov.

#### **Oppgave og ansvarsfordeling**

Kravet om at det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 er oppfylt.

Både tjenestekontoret og avdeling for rus og psykisk helse har i sine virksomhetsplaner beskrevet respektive ansvars- og arbeidsoppgaver. Informasjon gitt i intervjuer tyder på at det er avklart forhold mellom tjenestekontoret og avdeling for rus og psykisk helse.

Avdelingsledere er delegert fullmakter til å fatte vedtak etter aktuelle lover innen helse og omsorgsfeltet. Det er ikke delegert myndighet til saksbehandlere. Etter vår vurdering bør myndighet til å fatte vedtak etter helselovgivingen delegeres til saksbehandler også, eventuelt bør alle vedtak underskrives av leder for tjenestekontoret.

#### **Brukermedvirkning**

Vi mener kommunen i liten grad har rutiner og tiltak som sikrer at brukererfaringer brukes systematisk i utvikling av tjenestene.

Kommunen har ikke hatt årlige gjennomganger av hele styringssystemet for å sikre at det fungerer slik det skal og bidra til kontinuerlig forbedring. Etter vår vurdering bør kommunen etablere en slik gjennomgang.

Kommunen har ikke etablert et brukerråd, og har heller ikke gjennomført bruker- eller pårørendeundersøkelser rettet mot brukere/pasienter innen rus og psykisk helse.

I kontakt med og behandling av brukere/pasienter tilbyr kommunen å bruke et elektronisk system (NORSE feedback) for å kartlegge og få tilbakemeldinger fra brukere. Dette kan være et egnet verktøy for forbedringsarbeid på systemnivå.

#### **Utredning av hjelpebehov**

Kommunen har tiltak for å sikre en forsvarlig utredning av hjelpebehov.

Kommunen har gjennomført kompetanseheving på kartlegging.

Som ledd i saksbehandling av søknader om helse- og omsorgstjenester gjennomfører tjenestekontoret kartleggingssamtaler. Kartleggingen skjer i samarbeid med avdeling for rus og psykisk helse. Kommunen benytter kartleggingsskjema fra Omsorgsjuss.

I utvalget av saker vi undersøkte var det gjennomført kartlegging av brukere/pasienter.

### **Helhetlige og koordinerte tjenester**

For å sikre at bruker/pasient får helhetlige og koordinerte tjenester har kommunen praksis for å lage samlevedtak i de tilfeller der flere avdelinger er inne med ulike tjenester. I vedtakene blir tidspunkt for og omfang av de ulike tjenestene tilpasset hverandre.

Kommunen arbeider systematisk med rutiner for bruk av individuell plan og oppfølging av koordinatører. Per i dag er det to pasienter/brukere som har individuell plan. Alle planene er utarbeidet i 2023.

## **4.2. Anbefalinger**

Vi anbefaler Drangedal kommune å bruke erfaringer fra brukere/pasienter og pårørende til systematisk utvikling av tjenestene.

## Litteratur og kildereferanser

### Love og forskrifter

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

Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).

Forskrift 16. desember 2011 nr.1256 om habilitering, rehabilitering og koordinator

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

Forskrift 17. juni 2019 nr. 904 om kontrollutvalg og revisjon

Forskrift 22. juni 2022 nr. 1110 om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester

### Veiledere

Veileder IS-2442: Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Helsedirektoratet, 2017.

Veileder IS-2076: Sammen om mestring. Veileder i lokalt helsearbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet, 2014.

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

### Dokument fra kommunen

Helse og velferdsplan 2018 – 2027 – Drangedal kommune. TF-rapport nr. 431, 2018. ISBN 978-82-336-0134-8



# Vedlegg

## Vedlegg 1: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen startet opp ved oppstartsbrief 24. november 2022. Oppstartsmøte ble holdt 12. desember 2022 med kommunedirektør, kommunalsjef for helse og velferd, leder av tjenestekontoret, leder av avdeling for rus og psykisk helse og leder av NAV til stede. I møtet presenterte vi prosjektplanen med problemstillinger, kilder for revisjonskriterier og plan for gjennomføringen.

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 mars – april 2023.

Vi har fått tilgang til dokumenter som vi mener er relevante for å undersøke problemstillingene i rapporten. Dette er f.eks. helse- og velferdsplan for 2018-2028, virksomhetsplaner, delegeringsreglement, tertialrapporteringer, politiske saker, rapport fra pårørendeundersøkelse, samt ulike skjema, maler og prosedyrer/rutiner. Data fra skriftlig materiale har stor grad av pålitelighet, og er etterprøvbart.

Vi har intervjuet ansatte i kommunen som er involvert i tjenester til personer med samtidig rus og psykisk helse.:

- Kommunalsjef for kommunalområdet helse og velferd
- Leder av tjenestekontoret
- Psykiatrisk sykepleier ved tjenestekontoret
- Leder av IP ressursteam (IP: individuell plan)
- Leder av avdeling for rus og psykisk helse

Dette er personer som er sentrale i arbeidet, og som innehar førstehånds kunnskap om feltet og som har gitt relevant informasjon om problemstillingene. Samsvar mellom beskrivelser/data fra flere informanter, er tegn på at dataene gir en riktig beskrivelse av det som undersøkes. Det er brukt intervjuguide i forbindelse med intervjuene. Informasjon fra intervjuer er nedtegnet i referat som er bekreftet av kildene.

Vi har gjort en stikkprøvekontroll/mappegjennomgang for å undersøke om kommunen kartlegger bakgrunnen til søkere om tjenester innen rus og psykisk helse. Kommunen kunne vise til 99 aktive vedtak innen det aktuelle området. Av de 99 vedtakene ble 19 kategorisert som vedtak som gjaldt tjenester til personer med samtidig rus og psykisk lidelse. Vi undersøkte åtte av disse saken. Sakene fordelte seg på årene 2021, 2022 og 2023.

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. i e-post datert 9. mai 2023 skriver kommunedirektøren at kommunen ikke har merknader til rapporten.

## Personopplysninger

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn og epostadresse til ansatte i kommunen.

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](https://vtrevisjon.no).

## God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

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

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.

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

---

<sup>27</sup> 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).

<sup>28</sup> 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](mailto:post@vtrevisjon.no)

[www.vtrevisjon.no](http://www.vtrevisjon.no)

23: 3815 403