

FORVALTNINGSREVISJON

Kvalitet i tjenester til hjemmeboende personer med rusmiddellidelser og psykiske lidelser

Lebesby kommune

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Lebesby kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med rusmiddellidelser og/eller psykiske lidelser. Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner § 23-2 bokstav c. Ifølge kommuneloven § 23-3 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Krav til revisors uavhengighet følger av kommuneloven § 24-4 og av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16, 17, 18 og 19. Før igangsetting av forvaltningsrevisjonen har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor Lebesby kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Lebesby kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Tromsø, 01.07.2025

Margrete Mjølhus Kleiven
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Sandra Fredriksen
Prosjektleder, forvaltningsrevisor

SAMMENDRAG

KomRev *NORD* har gjennomført en forvaltningsrevisjon om kvalitet i tjenester til hjemmeboende personer med rusproblemer og psykiske lidelser i Lebesby kommune. Forvaltningsrevisjonen retter seg mot rus og psykisk helsetjeneste og hjemmetjenesten. Rus og psykisk helsetjeneste er i hovedsak et lavterskeltilbud, mens hjemmetjenesten gir tjenester til kronikere. Problemstillingene er som følger:

1. Har Lebesby kommune system for å sikre et tjenestetilbud i tråd med regelverket og eventuelt kommunens mål til hjemmeboende personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser?
2. Sikrer Lebesby kommune at innbyggerne i målgruppen for tjenesten får tilstrekkelig informasjon om tjenestene kommunene tilbyr, herunder spesielt lavterskeltilbud og forebyggende arbeid mot ungdom?

Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 plikt til å gi helse- og omsorgstjenester til nevnte brukergruppe. En del av denne forpliktelsen består i å ha et styringssystem, som er temaet for problemstilling 1. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene stiller krav til virksomheter om å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere, og hvilke oppgaver det innebærer. Til sammen skal et styringssystem i tråd med dette sikre at tjenestene er faglig forsvarlige, og bidra til kvalitetsforbedring. Kommunen må selv ha gjort en vurdering av hvilket omfang styringssystemet skal ha, og i hvor stor grad dette skal dokumenteres. I et styringssystem inngår blant annet kommunens egne overordnede planer og mål for tjenestene, og rutiner for å påse at planer og mål oppnås.

For å få informasjon om kommunens styrings- og kvalitetssystem har forvaltningsrevisor gjennomgått dokumenter og intervjuet helse- og omsorgssjef, avdelingsleder hjemmebasert omsorg og miljøterapeut ansatt i rus og psykisk helsetjeneste.

Konklusjonen på problemstilling 1 er at Lebesby kommune til dels har et system for å sikre et tjenestetilbud i tråd med regelverket. Våre funn og vurderinger viser at Lebesby kommune har flere elementer av et system med relevans for kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, men at systemet også har mangler i henhold til forskriften. Lebesby kommune har ikke gjeldende overordnet planverk for tjenestene og dermed i liten grad egne målsetninger å vurdere tjenestetilbudet opp mot.

For å kunne sikre forsvarlige tjenester som er i tråd med regelverket bør kommunen ha oversikt over flere områder, blant annet ansvarsfordeling, mål og risikoområder. Kommunen har dokumentert hvordan ansvar og myndighet er fordelt, og rollene til hjemmetjenesten og rus og psykisk helsetjeneste fremstår som avklart. Flertallet av de kommunale planene for helse- og omsorg er utgått, og fungerer dermed ikke som styringsverktøy gjennom for eksempel å inneholde gjeldende mål og føringer til tjenestene. På enkelte områder har de undersøkte tjenestene likevel mål, slik som å satse på lavterskeltilbud og utvikle et tilbud til barn og unge. Kommunen har i noen grad et system for å identifisere risikoområder i tjenestetilbudet til brukergruppen. Kommunen har ikke skriftlige rutiner for gjennomføring av formelle risikoanalyser, men det er gjennomført slike analyser i rus og psykisk helsetjeneste og i hjemmetjenesten.

Det er videre et krav i forskriften at avvik skal gjennomgås, og korrigerende tiltak iverksettes ved behov. Lebesby kommune har manglet et enhetlig avvikssystem. Hjemmetjenesten har

rutine for å melde avvik, men det har ikke blitt meldt avvik i rus og psykisk helsetjeneste. Et system hvor medarbeidere kan melde ifra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge svikt. Vår undersøkelse viser at kommunen ikke vurderer tjenestetilbudet på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer på en tilstrekkelig systematisk måte, selv om det finnes eksempler på at det gjøres.

Vi har vurdert at kommunen ikke i tilstrekkelig grad sørger for at medarbeiderne har kunnskap om og tilgang til relevant regelverk, retningslinjer og fagprosedyrer. Fagrutinene til rus og psykisk helsetjeneste som er oppbevart i fysiske permer, har ikke blitt oppdatert på flere år, og mange av dem er ikke i bruk. Det gjør det vanskelig for medarbeidere å holde seg oppdatert på relevant regelverk og retningslinjer. Revisor vurderer at det ikke er i tråd med § 5 i forskriften om at styringssystemet til enhver tid skal være oppdatert og tilgjengelig. Mangelen på skriftlige fagrutiner gjør etter revisors syn det mer krevende å kontrollere at oppgaver blir utført som planlagt, og gjør det vanskeligere å evaluere tjenestetilbudet til brukere på en systematisk måte. Funnene viser at hjemmetjenesten i større grad har utarbeidet fagrutiner, og har et system for å revidere rutinene.

Lebesby kommune har hatt utfordringer med å rekruttere fagfolk til rus- og psykisk helsetjeneste, og har i flere år manglet psykolog og psykiatrisk sykepleier. Dette har fått betydning for utvikling og revidering av styringssystemet. Hjemmetjenesten har flere ansatte med relevant formell kompetanse og arbeidserfaring innen rus og psykiatri. De har et system med en egen «psykiatriliste», og ansatte med relevant kompetanse går ofte til disse brukerne. Kommunen er med i et fireårig D-FACT-tilbud. Kommunen selv vurderer D-FACT som et viktig tilbud for å sikre at brukere med alvorlige psykiske lidelser eller rusproblemer får faglig forsvarlige tjenester.

Det er også et krav i forskriften om å minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet. Innenfor helse og omsorg er det ikke etablert rutiner for årlig gjennomgang og evaluering av styringssystemet. Etter revisors syn gir dette en risiko for at svikt på ulike områder ikke avdekkes og følges opp. Samtidig med at forvaltningsrevisjonen pågikk, jobbet kommunen med å utvikle dokumentbiblioteket i internkontrollsystemet Compilo. I rus og psykisk helsetjeneste var det satt av tid til å drive med kvalitetsarbeid.

Under problemstilling 2 har revisor undersøkt hvordan kommunen informerer om tjenestetilbudet. Problemstillingen er besvart beskrivende. Det informeres på flere måter, og ofte er det slik at innbyggerne får informasjon om tjenestetilbudet gjennom fastlegene. Kommunen jobbet med å oppdatere informasjonen om rus og psykisk helsetjeneste på hjemmesiden, da de vurderte den som mangelfull. Ungdomsrådet har blitt informert om prosjektet rettet mot barn og unge.

På bakgrunn av våre funn, vurderinger og konklusjoner anbefaler vi Lebesby kommune å videreutvikle styringssystemet. Herunder anbefaler vi kommunen å:

- påse at overordnet planverk gjeldende for helse og omsorg, herunder for området rus og psykisk helse, blir utarbeidet
- vurdere hvilke skriftlige rutiner, prosedyrer og andre styringsdokumenter som er nødvendige i rus og psykisk helsetjeneste, utarbeide disse og gjøre de kjent og tilgjengelige for ledere og ansatte
- sikre at avvik rapporteres og følges opp
- sørge for systematisk brukervedvirkning
- sørge for at hele styringssystemet gjennomgås og vurderes minst en gang årlig

SAMMENDRAG	2
1 BAKGRUNN OG BESTILLING	5
2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	5
2.1 Problemstillinger	5
2.2 Revisjonskriterier	5
2.2.1 Kilder for utledning av revisjonskriterier	5
2.2.2 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1	6
3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING	8
3.1 Metode og datamateriale	8
3.1.1 Problemstilling 1	8
3.1.2 Problemstilling 2	9
3.2 Avgrensninger	9
3.3 Gyldighet og pålitelighet	10
4 STYRINGSSYSTEMET	11
4.1 Kommunens planer og tjenestetilbud	11
4.1.1 Organisering	11
4.1.2 Mål og planer	12
4.1.3 Oversikt over forekomsten av psykiske lidelser og rusmiddellidelser	13
4.1.4 Tjenestetilbud	14
4.1.5 Tildeling av tjenester	15
4.1.6 Fordeling av ansvar og oppgaver for brukergruppen	15
4.1.7 Rekruttering og bemanning	16
4.2 Samarbeid og koordinering	17
4.2.1 Legetjenesten	18
4.2.2 D-FACT	18
4.2.3 Øvrige kommunale og statlige samarbeidspartnere	19
4.2.4 Koordinerende enhet og individuell plan	20
4.3 Risikovurdering	20
4.3.1 Rus og psykisk helsetjeneste	21
4.3.2 Hjemmetjenesten	21
4.4 Internkontroll og tilgang på skriftlige rutiner og retningslinjer	21
4.4.1 Rus og psykisk helsetjeneste	22
4.4.2 Hjemmetjenesten	24
4.5 Opplæring og kompetanseutvikling	25
4.5.1 Rus og psykisk helsetjeneste	25
4.5.2 Hjemmetjenesten	26
4.6 Medvirkning	26
4.6.1 Rus og psykisk helsetjeneste	26
4.6.2 Hjemmetjenesten	27
4.7 Avvik og klager	27
4.7.1 Rus og psykisk helsetjeneste	28
4.7.2 Hjemmetjenestene	28
4.8 Evaluering	29
4.8.1 Rus og psykisk helsetjeneste	29
4.8.2 Hjemmetjenesten	30
4.9 Vurderinger og konklusjon	30
5 INFORMASJON OM TJENESTETILBUDET	35
5.1 Informasjonskanaler	35
5.2 Informasjon på kommunens hjemmeside	35
5.3 Oppsummering	35
6 UTTALELSE	36
7 ANBEFALINGER	37
8 REFERANSER	38
9 VEDLEGG	40

1 BAKGRUNN OG BESTILLING

I Lebesby kommunes plan for forvaltningsrevisjon 2024-2027 står et prosjekt om kvalitet i rus- og psykiatritjenesten prioritert som nummer 1. Kontrollutvalget i Lebesby vedtok i møte den 09.10.24, sak 26/24, å bestille en forvaltningsrevisjon med dette temaet. Det fremgår av bestillingen at kontrollutvalgets overordnede formål med forvaltningsrevisjonen er å sikre at Lebesby kommune har et tjenestetilbud for gruppen som er i tråd med regelverk, nasjonale anbefalinger og kommunens eget planverk. Formålet er videre å bidra til at kommunen har et tilfredsstillende tilbud for personer med behov for tjenester relatert til dette feltet. Kontrollutvalget kan gjennom forvaltningsrevisjon på området sette fokus på tjenestens utfordringer, og på den måten også bidra med å finne mulige løsninger. KomRev NORDs overordnede projektskisse for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen ble vedtatt av kontrollutvalget i møte 05.02.25 under sak 24/25.

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstillinger:

1. Har Lebesby kommune system for å sikre et tjenestetilbud i tråd med regelverket og eventuelt kommunens mål til hjemmeboende personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser?
2. Sikrer Lebesby kommune at innbyggerne i målgruppen for tjenesten får tilstrekkelig informasjon om tjenestene kommunene tilbyr, herunder spesielt lavterskeltilbud og forebyggende arbeid mot ungdom?

Psykisk helse- eller rusmiddelproblemer omfatter psykiske plager og lidelser, og skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet. Psykisk helse- og rusmiddelproblemer dekker også problemer som oppleves så utfordrende og med funksjonsfall, eller risiko for funksjonsfall, at veiledning, støtte eller behandling er hensiktsmessig, selv om problemene ikke kommer over terskelen for en diagnose som gir pasientrettigheter i spesialisthelsetjenesten.¹ Enkelte har kombinerte lidelser, og begrepet ROP-lidelse brukes om personer som har en psykisk lidelse samtidig som de har en ruslidelse. Forvaltningsrevisjonen omhandler både brukere med ROP-lidelse, og brukere som har psykisk lidelse eller rusmiddellidelse.

I Lebesby kommune kan innbyggere få støttesamtaler og oppfølging fra rus og psykisk helsetjeneste. Tjenesten skal i hovedsak være et lavterskeltilbud, men er også i kontakt med brukere som har mer alvorlige og langvarige lidelser. Hjemmetjenesten gir tjenester til kronikere med psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser. Forvaltningsrevisjonen retter seg mot rus og psykisk helsetjeneste og hjemmetjenesten.

2.2 Revisjonskriterier

2.2.1 Kilder for utledning av revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes opp mot. Revisjonskriterier utledes fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det aktuelle området.

¹ *Psykisk helse- og rusarbeid for voksne*. Nasjonal veileder publisert av Helsedirektoratet, datert 26.02.2025

Vi har utledet revisjonskriterier til problemstilling 1. Problemstilling 2 er deskriptiv, som innebærer at den besvares gjennom beskrivelser uten at vi gjør vurderinger av kommunens praksis. Det er ikke relevant å utlede revisjonskriterier for deskriptive problemstillinger. Revisjonskriteriene til problemstilling 1 er utledet fra:

- Lov av 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift av 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, utgitt av Helsedirektoratet. Publisert 17. februar 2017, oppdatert 29. oktober 2018.

2.2.2 *Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1*

Vår utledning av revisjonskriterier er i sin helhet i vedlegg 1 til denne rapporten. I det følgende gir vi en kort begrunnelse for revisjonskriteriene som vi har utledet.

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, inkludert personer med psykisk sykdom og/ eller rusmiddelproblem. Kommunen er etter § 4-2 i helse- og omsorgstjenesteloven pliktig til å sørge for at virksomhetene arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. For å sikre at befolkningen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester må kommunen planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. § 3-1 tredje ledd. Dette er nærmere regulert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og sikre at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen blir fulgt. Forskriften § 4 definerer styringssystem for helse- og omsorgstjenesten på følgende måte: Den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Det fremgår av forskriften hvilke oppgaver og aktiviteter som inngår i de forskjellige pliktene. For eksempel hvilke oppgaver/aktiviteter som inngår i plikten til å planlegge, og hvilke som inngår i plikten til å gjennomføre. Det er disse vi har tatt utgangspunkt i når vi har utledet revisjonskriterier. I et styringssystem inngår blant annet kommunens egne overordnede planer og mål for tjenestene, og rutiner for å påse at planer og mål oppnås.

Vi har utledet som revisjonskriterier at Lebesby kommune for brukergruppen hjemmeboende personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser skal:

- *planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*
- *gjennomføre sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*
- *evaluere sine aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*
- *korrigere sine aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*

Videre fremgår det av forskriften § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Forskriftskravene innebærer at Lebesby kommune må ha gjort en vurdering av hvilket omfang styringssystemet skal ha, og i hvor stor grad dette skal dokumenteres.

På bakgrunn av dette, utleder vi som revisjonskriterier at Lebesby kommune for brukergruppen hjemmeboende personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser skal ha:

- *et dokumentert styringssystem*
- *vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig*

Revisjonskriteriene vi har utledet, oppgis i tekstboks innledningsvis i kapittel 5.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon.² Helse- og omsorgssjef i Lebesby kommune har vært revisors kontaktperson i gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen. Den 27.02.25 ble det avholdt oppstartsmøte med kommunen. I oppstartsmøte deltok helse- og omsorgssjef, avdelingsleder hjemmebaserte tjenester og to miljøterapeuter som er ansatt i rus og psykisk helsetjeneste.

3.1.1 Problemstilling 1

For å få informasjon om kommunens styrings- og kvalitetssystem har forvaltningsrevisor benyttet flere metoder. Vi har innhentet skriftlige dokumenter og gjennomført tre individuelle intervjuer. Intervjuene var med helse- og omsorgssjef, avdelingsleder hjemmebasert omsorg og miljøterapeut ansatt i rus og psykisk helsetjeneste. Intervjuene ble gjennomført over teams i mars og april 2025. I tillegg har saksbehandler og helse- og omsorgssjef svart på spørsmål per e-post.

Dokumentanalyse er valgt for å systematisk gjennomgå tjenestens planer, rutiner og retningslinjer. Vi har gjennomgått overordnede planer som er av relevans for brukergruppen. Kontaktpersonen ble bedt om å sende de skriftlige rutinene som gjelder for rus- og psykisk helsetjeneste, og som skal sikre kvalitet i tjenestene. I oppstartsmøte fikk vi informasjon om at flere av rutinene er av eldre dato, og ikke i bruk. Revisor informerte om at vi er interessert i rutinene og dokumentene som fortsatt er gjeldende, og ment å brukes. Avdelingsleder for hjemmebasert omsorg ble informert om at revisor ikke behøver alle rutinene og prosedyrene som gjelder for hjemmetjenesten, og avdelingsleder ble bedt om å sende de rutinene og prosedyrene som retter seg mot den aktuelle brukergruppen. Hjemmetjenesten gir tjenester til forskjellige brukergrupper, og forvaltningsrevisjonen er avgrenset til styringssystemet for brukergruppen hjemmeboende personer med rus/psykiske lidelser. KomRev NORD gjennomførte en forvaltningsrevisjon om kvalitet og arbeidsmiljø i hjemmebasert omsorg i Lebesby kommune i 2022. En av problemstillingene var om Lebesby kommune har dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmebasert omsorg er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.³ Forvaltningsrevisjonen omhandlet hele styringssystemet til hjemmetjenesten, til forskjell fra denne forvaltningsrevisjonen som retter seg mot en bestemt brukergruppe.

Følgende dokumenter ble oversendt av Lebesby kommune:

- Organisasjonskart
- Delegasjonsreglement 2024-2028
- Etske retningslinjer for ansatte og folkevalgte i Lebesby kommune
- Folkehelseoversikt
- Rutiner for individuell plan (IP)
- Prosedyrene «Tiltak overfor rusmiddelavhengige», «Gravid rusmisbruker», «Rutiner ved kontakt med rusmiddelbrukere».

² RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020

³ Revisors konklusjon på problemstillingen var at Lebesby ikke i tilstrekkelig grad har dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmebasert omsorg er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer. På bakgrunn av funn og vurderinger hadde revisor anbefalinger til kommunen. Forvaltningsrevisjonsrapporten ble behandlet i kommunestyret i sak 42/22. I møte i kontrollutvalget 09.10.24, sak 30/24, ble kontrollutvalget orientert om rådmannens notat om oppfølging av rapport.

- Stillingsbeskrivelse for psykiatrisk sykepleier/spesialsykepleier
- Stillingsbeskrivelse for miljøterapeut rus
- Søknad om tilskudd til kommunalt rusarbeid til Statsforvalteren.
- Rapport fra ROP (rus og psykisk helsetjeneste) i tilknytning til årsmelding 2024/2025
- Rapportering fra ROP-tjenesten 2023
- Årsmelding 2024
- Forenklet risikoanalyse for rus- og psykisk helsetjeneste
- Utkast til kvalitetsbok for hjemmebasert omsorg
- Dokumentet «Psykiatri-liste» og «Miljøvakt» fra hjemmetjenesten
- Brev fra Arbeidstilsynet «Oppfølging av tilsyn» hjemmesykepleien
- ROS-analyse hjemmetjenesten

I tillegg fikk revisor tilgang til det digitale kvalitetssystemet Compilo, som var under implementering.

Vi vurderte å gjennomgå enkeltsaker, det vil si vedtak, saksutredninger og relevante journalnotater til brukergruppen. Våre undersøkelser viste at slik det er per i dag, har ikke innbyggerne mulighet til å søke på tjenester fra rus og psykisk helsetjeneste. Dette til forskjell fra andre helse og omsorgstjenester i kommunen, som for eksempel hjemmetjenester. I rus og psykisk helsetjeneste har brukerne blitt tildelt tjenester direkte ved oppretting av sak i journalsystemet. Det var derfor ikke aktuelt å gjennomgå vedtak i rus og psykisk helsetjeneste, og vi vurderte det ikke som nødvendig å gjennomgå vedtak i hjemmetjenesten for å besvare problemstillingen. Revisor har imidlertid innhentet opplysninger om rutiner for saksbehandling i helse- og omsorgstjenestene. Videre opplyste kommunen at ingen brukere med rusmiddellidelser og/eller psykiske lidelser har individuell plan. Det var derfor ikke aktuelt å gjennomgå individuelle planer. Saksbehandler svarte på spørsmål vedrørende koordinerende enhet og individuell plan per e-post.

3.1.2 Problemstilling 2

For å undersøke hvordan kommunen sikrer at innbyggere i målgruppen får tilstrekkelig informasjon om tjenestene kommunen tilbyr, har vi innhentet muntlige og skriftlige opplysninger. I oppstartsmøte og i de individuelle intervjuene har vi stilt spørsmål om hvordan det informeres om tjenestetilbudet. På kommunens nettside er det informasjon om rus og psykisk helsetjeneste, som vi også har sett hen til.

3.2 Avgrensninger

Som redegjort for er undersøkelsen for hjemmetjenestens del avgrenset til å gjelde den delen av styringssystemet som er relevant for brukergruppen; personer med rusmiddellidelser og/eller psykiske lidelser. For enkelte temaer har det likevel vært relevant å innhente overordnet informasjon om systemet, for eksempel systemet for å melde og følge opp avvik. Styringssystemet skal sikre kvalitet i tjenestene til alle brukergrupper, inkludert personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser. Flertallet av rutine og praksisene er relevante for veldig mange av brukerne i tjenesten. Enkelte steder i rapporten har det vært relevant å omtale også disse rutine, selv om de ikke er særskilte for brukergruppen hjemmeboende personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser.

Vi presiserer at vi ikke undersøkt og vurdert hvorvidt kommunen faktisk gir tjenester i henhold til lovverk og gjeldende enkeltvedtak. Det er utenfor revisors mandat å undersøke og vurdere forsvarligheten i tjenestetilbudet til enkeltpersoner.

3.3 Gyldighet og pålitelighet

Med gyldige data menes at dataene som samles inn i undersøkelsen, skal utgjøre et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og konkludere på problemstillingene. Vi fant at det i liten grad er utviklet skriftlige rutiner og prosedyrer for rus og psykisk helsetjeneste, og derfor har vi ikke fått så mange dokumenter. Vi vurderer likevel at det skriftlige datamaterialet oppfyller gyldighetskravet. Revisor har ingen grunn til å betvile at kommunen har sendt det som er av relevans. I tillegg har revisor hatt tilgang til kvalitetssystemet Compilo.

Vi anser at muntlige opplysninger fra ledere og ansatte i tjenestene er relevante for å belyse kommunens systemer og praksis på det aktuelle tjenesteområdet. Ettersom det i liten grad er utviklet skriftlige rutiner og prosedyrer for rus og psykisk helsetjeneste, har det vært viktig å få muntlig informasjon om praksis. Revisor anser det som en styrke at det er innhentet muntlige opplysninger om styringssystemet både fra ledere og ansatte.

Hjemmeboende personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser kan også ha behov for tjenester fra andre deler av det kommunale tjenesteapparatet, som for eksempel Nav, legetjenesten og fysioterapi. Revisor presiserer at vi ikke har undersøkt tjenestetilbudet som andre tjenester yter. Opplysninger fra disse tjenestene kunne supplert og gitt mer innsikt i kommunens styringssystem for brukergruppen. For å bøte på dette, har vi innhentet opplysninger om samarbeid internt i kommunen rundt brukergruppen, gjennom intervjuer. På den måten har vi fått en del informasjon om det øvrige tjenestetilbudet sett fra informantens side.

Med pålitelige data menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige. Revisor har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet. Vi har sammenlignet de ulike typene data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem. I tillegg har vi framlagt datamaterialet for kommunen. Revisor har innarbeidet korrigeringer og supplerende opplysninger fra kommunen i rapporten.

Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er også på et overordnet nivå sikret gjennom KomRev NORDs interne kvalitetssikringssystem.

4 STYRINGSSYSTEMET

Har Lebesby kommune system for å sikre et tjenestetilbud i tråd med regelverket og eventuelt kommunens mål til hjemmeboende personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser?

Revisjonskriterier

Lebesby kommune skal for brukergruppen hjemmeboende personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser:

- planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- gjennomføre sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- evaluere sine aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- korrigere sine aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- ha et dokumentert styringssystem for brukergruppen
- ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig, og i hvilken grad det skal dokumenteres.

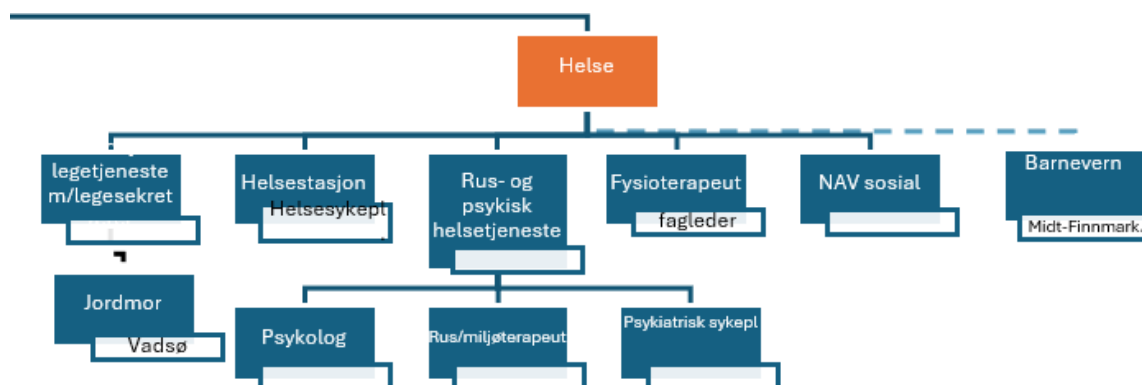
Vi har undersøkt hvilket styringssystem Lebesby kommune har for å gi hjemmeboende personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser tjenester i tråd med regelverket. Styringssystemet er de aktiviteter, systemer og prosesser som kommunen bruker for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at den oppfyller krav i regelverket. Det fremgår av forskriften hvilke oppgaver og aktiviteter som inngår i de forskjellige pliktene, og en del temaer går igjen under disse fire pliktene. Vi har strukturert dette kapitlet etter det vi vurderer som sentrale temaer i forskriften, og funn knyttet til disse.

4.1 Kommunens planer og tjenestetilbud

4.1.1 Organisering

Helse- og omsorgstjenestene i Lebesby kommune er inndelt i henholdsvis «helse» og «pleie- og omsorg». Som utklippet nedenfor viser, er kommunens rus- og psykiske helsetjeneste organisert under helse. Tjenesten er direkte underlagt kommunalsjef for helse- og omsorg. Tjenesten er i hovedsak et lavterskeltilbud til kommunens innbyggere.

Utklipp 1. Helse i Lebesby kommune

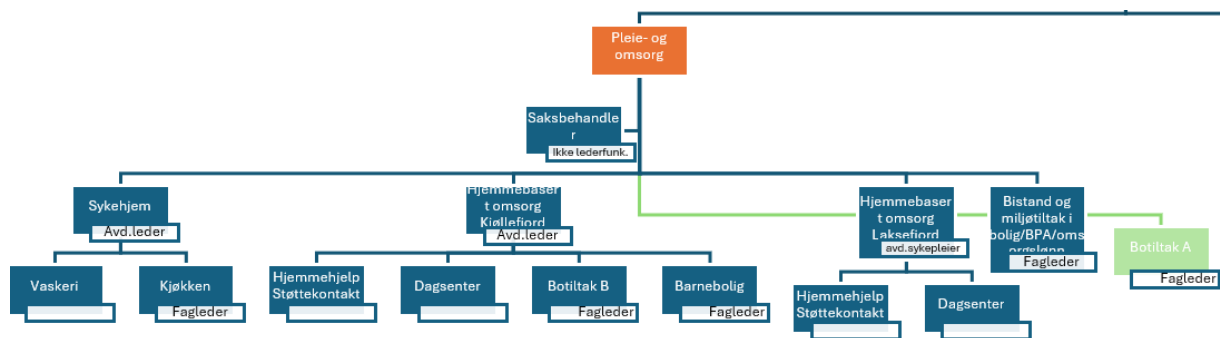


Rus og psykisk helsetjeneste skal bestå av tre stillinger: psykolog, miljøterapeut rus og psykiatrisk sykepleier. Stillingene psykolog og psykiatrisk sykepleier var ubesatte da

forvaltningsrevisjonen pågikk, men kommunen hadde lykkes med å rekruttere psykiatrisk sykepleier med planlagt tiltredelse mai 2025. Det var i tillegg ansatt en person i en prosjektstilling, som jobbet med forebygging rettet mot barn og unge. Rus og psykisk helsetjeneste er samlokalisert med fysio- og ergoterapeuter, helsesykepleier og legetjenesten.

Utklipp 2 nedenfor viser hvilke tjenester som er organisert under pleie- og omsorg. Ettersom forvaltningsrevisjonen omhandler helse- og omsorgstjenestene til hjemmeboende personer som har psykiske lidelser og/eller rusproblemer, er ikke sykehjemstjenestene relevante. Hjemmebasert omsorg er fordelt på to avdelinger; avdeling Kjøllefjord og avdeling Laksefjord. Avdelingsleder for hjemmebasert omsorg leder disse to avdelingene.

Utklipp 2. Pleie- og omsorg i Lebesby



Enkelte hjemmeboende personer med rusmiddelidelser eller psykiske lidelser får tjenester både fra hjemmetjenesten og fra rus og psykisk helsetjeneste.

4.1.2 Mål og planer

Kommunestyret vedtok den 17.12.24 kommuneplanens samfunnsdel for 2024-2035. Det er fire verdier i planen som beskriver hvordan de vil være som samfunn og kommunal virksomhet; levende, inkluderende, mulighetsorientert og kompetent.

Lebesby kommune har ikke en gjeldende plan for helse- og omsorg, men har påbegynt planprogram for overordnet helse- og omsorgsplan. Forrige plan var for perioden 2017-2021. Kommunen har strategisk kompetanseplan for helse- og omsorg 2021-2031. Under temaet etter- og videreutdanning i kompetanseplanen fremgår det at rus/psykisk helse er et av områdene det bør satses på.

Kommunen hadde rus- og psykiatriplan for perioden 2017-2021. Helse- og omsorgssjef har opplyst at på grunn av mangel på fagfolk, har det vært vanskelig å følge opp planen. De har prøvd å jobbe utfra planen, og noe er fulgt opp. Rus- og psykiatriplanen skal innlemmes i den overordnede helse- og omsorgsplanen.⁴ Plan for vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep var gjeldende i perioden 2019-2023.

Pleie- og omsorgsplanen er også utgått (2017-2021). Helse- og omsorgssjef og avdelingsleder for hjemmebasert omsorg opplyste at planen har blitt mye brukt, og at de har gjennomført alle tiltakene. Avdelingsleder for hjemmebasert omsorg fortalte at de planla å begynne på en ny pleie- og omsorgsplan, men at de fikk beskjed om å avvente fordi kommunen først må utarbeide

⁴ Det fremgår av søknad om tilskudd til kommunalt rusarbeid til Statsforvalteren.

en overordnet helse- og omsorgsplan. Derfor er det en del oppgaver som ligger på vent. Avdelingsleder har imidlertid forsøkt å organisere arbeidet rundt brukergruppen utfra veiledere som staten har utarbeidet, både veilederen «Sammen om mestring» og nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge.

Helse- og omsorgssjef forklarte at det er de statlige føringene, som opptrappingsplaner i rus og psykisk helse, som de forholder seg til. Når de ikke har et planverk som er oppdatert, blir det de statlige føringene som de må ta utgangspunkt i. Dette snakker de om i møter, opplyste helse- og omsorgssjef. Hun videresender relevant informasjon som hun mottar til aktuelle ledere og ansatte. Informasjon fra nasjonale kompetansesentre og diverse veiledningsmateriell benyttes i planleggingen av tjenester til brukergruppen. KORUS (kompetansesenter for rusfeltet) og RVTS (regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) er hovedkildene for fagressurser, opplyste helse- og omsorgssjef. Leder for hjemmebasert omsorg ga tilsvarende opplysninger. De benytter nasjonale kompetansesentre og veiledningsmateriell til å planlegge tjenestetilbudet til brukergruppen.

Faste møtepunkter er relevant med tanke på planlegging. Hver sjettede uke gjennomføres helsemøtet mellom helse- og omsorgssjef og alle fagpersonene på helsesiden, det vil si miljøterapeut rus, fysioterapeut, ergoterapeut, helsesykepleier, prosjektstilling barn- unge, Nav-sosial, botiltak og legesekretærene. Når det gjelder pleie- og omsorg, har helse- og omsorgssjef møter med avdelingslederne og saksbehandler ved pleie og omsorg hver fjortende dag.

Forvaltningsrevisor spurte om det er satt mål for tjenestene til brukergruppen hjemmeboende personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser. Helse- og omsorgssjef opplyste at det har vært et mål å satse på helsefremmende og forebyggende tjenester. Dette er et felles mål for alle helse- og omsorgstjenestene, og ikke bare et mål for denne brukergruppen. De har jobbet med å bygge opp et kommunalt lavterskeltilbud, og bestemt at rus og psykisk helsetjeneste i hovedsak skal være et lavterskeltilbud. Helse- og omsorgssjef viste til at det er viktig at kommunen ikke bare har tilbud til de «tunge» brukerne, som gjerne får oppfølging fra D-FACT, DPS og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Avdelingsleder for hjemmebasert omsorg opplyste at det ikke er satt konkrete mål for tjenestene til akkurat denne brukergruppen i hjemmetjenesten. De skal ivaretas på alle områdene som er viktige, i forhold til mat, medisiner, kontakte legen ved forverring m.m.

4.1.3 Oversikt over forekomsten av psykiske lidelser og rusmiddellidelser

Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal virksomhetene innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene, jf. § 6. Lebesby kommune innhenter ikke systematisk opplysninger om forekomst av rusavhengighet og psykiske problemer i kommunens befolkning. Det er imidlertid utarbeidet folkehelseoversikt, jf. folkehelseloven § 5. Folkehelseoversikten fra 2023 fremstår som informasjonsrik, og inneholder informasjon som direkte eller indirekte er relevant for planlegging av tjenestetilbudet til brukergruppen. For eksempel fremgår det at kommunen har en høy andel som bruker legemidler for psykiske lidelser, og at dette kombinert med mangelen på psykolog er bekymringsverdig. Det vises også til at Lebesby kommune har en høy andel aleneboere, og at det å bo alene isolert sett kan være en faktor for ensomhet og psykiske plager. Temaet rusmiddelbruk er også omtalt, samt andre temaer som er relevante for psykisk helse og misbruk.

I 2021 gjennomførte kommunen Ungdata-kartlegging. Kommunen gjentok ikke Ungdata-kartleggingen i 2024, slik et stort antall kommuner i Troms og Finnmark har gjort ifølge

Statsforvalteren. I en søknad om prosjektmidler til Statsforvalteren i 2025 viser kommunen til at det vil være ønskelig å ha en ny Ungdata-undersøkelse i prosjektperioden fordi de har liten kjennskap/kunnskap direkte inn i ungdomsmiljøet.

4.1.4 Tjenestetilbud

Per april 2025 var det 25 personer som mottok oppfølging fra rus og psykisk helsetjeneste. Miljøterapeut rus beskrev brukergruppen som svært variert; fra personer i arbeid som håndterer hverdagen rimelig greit, men som har behov for noe hjelp, til personer med alvorlige diagnoser og omfattende hjelpebehov. Brukerne har diagnoser og helseutfordringer som depresjon, søvnproblematikk, schizofreni, bipolar lidelse og rusproblemer. Flere av dem har kun behov for lavterskeltilbud, mens andre har mer langvarige og alvorlige lidelser og mottar andre kommunale tjenester og statlige tjenester i tillegg.

Rus og psykisk helsetjeneste skal i hovedsak være et lavterskeltilbud til kommunens innbyggere. Lavterskeltilbud vil si hjelp til hverdagsmestring. Det kan være støttesamtaler, hjelp til å kontakte andre deler av hjelpeapparatet og treningstimer. Tjenestene tilpasses utfra brukerens behov. Når det gjelder tilbudet som gis, utgjør støttesamtaler hovedbolken. Samtalene gjennomføres både på kontoret, hjemme hos brukerne og ute på tur. Erfaringen er at det er en suksess med hjemmebesøk, fortalte helse- og omsorgssjef. Gjennom slik oppsøkende virksomhet kan man ta ned behovet for andre tjenester, for eksempel redusere liggetiden på DPS. Miljøterapeut forklarte at støttesamtalene kan hjelpe dem med å ventilere og organisere tankene sine, og at han kan fungere som en støtteperson de kan ha tillit til. De kan også få hjelp til å opprettholde rutiner, og støtte i hverdagen. I noen tilfeller har det også blitt gjennomført samtaler med pårørende. Enkelte har tilbud om individuell trening, og det foreligger også planer om å tilby gruppetrening.

Rus og psykisk helsetjeneste har vært et tilbud for innbyggere over 18 år. Kommunen ønsket å etablere et lavterskeltilbud for barn og ungdom, og i januar 2025 ble det ansatt en miljøterapeut i prosjektstilling. Tilbudet var under utvikling da forvaltningsrevisjonen pågikk, men skulle bestå av en uformell møteplass (mekkeverksted) og individuelle samtaler, og knyttes opp mot satsingen «Laget rundt barnet».⁵

Hjemmetjenesten har en egen «psykiatriliste» på dagvaktene på ukedagene med brukere som har psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser. Det er omentrent 10 personer på denne listen, og de er kronikere som har mottatt tjenester over tid. Flertallet er godt voksne, men de har også noen yngre. Brukerne har diagnoser som har schizofreni/psykose, bipolar lidelse og angstlidelser. Noen av dem har samtidige ruslidelser og psykiske lidelser.

På kommunens hjemmeside beskrives hjemmetjenesten som et tilbud til de som har behov for nødvendig helsehjelp, opptrening, opplæring eller hjelp til å mestre daglige aktiviteter. Hovedmålsettingen er å yte hjelp til selvhjelp. Hjemmetjenesten kan blant annet gi bistand med medisiner og medikamenthåndtering, sykepleiefaglig hjelp som for eksempel sårstell, helsefaglige observasjoner, og ernæring og personlig hygiene. Det varierer hvilke former for hjemmetjenester brukere med psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser mottar.

Hjemmeboende personer med rusmiddellidelser og psykiske lidelser kan ha behov for andre kommunale og statlige tjenester, som for eksempel økonomisk sosialhjelp fra NAV og

⁵ Søknad til Statsforvalteren om tilskudd til kommunalt rusarbeid.

oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Samarbeid og koordinering er nærmere beskrevet i del 5.2 i dette kapitlet.

4.1.5 Tildeling av tjenester

Helse- og omsorgssjef opplyste at når de mottar søknader, drar sykepleier på kartleggingsbesøk og skriver rapport. Dersom søknaden innebærer større bruk av ressurser og/eller budsjettkonsekvens, skal søknaden behandles i kommunens inntaksteam. Inntaksteamet har møte en gang i måneden, og består av saksbehandler, lege, fysio, avdelingsleder for hjemmetjenesten, avdelingsleder for sykehjemmet og helse- og omsorgssjef. Saksbehandler benytter Helsedirektoratet sin veileder for saksbehandling», samt forvaltning IKKS. I dette systemet ligger vedtaksmaler.

Vi mottok utkast til «Kvalitetsbok for hjemmebasert omsorg i Lebesby kommune». Kvalitetsboken var ikke helt ferdigstilt da forvaltningsrevisjonen pågikk, men inneholdt blant annet informasjon om søkeprosessen, saksbehandlingsrutiner og tildelingskriterier for de ulike tjenestene som hjemmebasert omsorg tilbyr. Etter det revisor har fått opplyst, har alle brukerne med rusproblemer og/eller psykiske lidelser i hjemmetjenesten skriftlig vedtak om tjenester.

Når det gjelder tjenester fra rus og psykisk helsetjeneste, er det ikke mulig å søke om tjenester, slik som man kan søke om hjemmetjenester. Kommunen opplyste at det er planlagt å utvide søkelisten med rus og psykisk helsetjenester, men at det gjenstår å avklare hvordan det skal se ut. Praksisen har vært at brukerne har blitt tildelt tjenester direkte ved oppretting av sak i journalsystemet Gericia av miljøterapeut eller psykiatrisk sykepleier. To sakstyper har blitt brukt; «pleie og omsorg utenfor institusjon» og «rehabilitering utenfor institusjon», der psykisk støtte/oppfølging står under begge tjenester. Per mai 2025 hadde omentrent halvparten av brukerne i rus og psykisk helsetjeneste vedtak, fikk vi opplyst. Kommunen opplyste at det kommer an på om behovet er langvarig, og at dersom behovet er langvarig skal det fattes vedtak. Dersom en bruker ikke har vedtak, men får oppfølging, opprettes det individuell sak i Gericia. Det er nødvendig for at det skal være mulig å skrive journalinnlegg. Begge sakstypene som har blitt brukt i rus og psykisk helsetjeneste er tilknyttet hjemmebasert omsorg, slik at tjenesten har samkjørt journaler med hjemmebasert omsorg. Det er planlagt å skille tjenestene og opprette egen tilgang for ansatte i rus og psykisk helsetjeneste i Gericia, slik at deres brukere journalføres under «Psykisk helsevern». Vi fikk også opplyst at det skulle utarbeides tildelingskriterier, og det var satt av en konkret dag for utviklingsarbeid, blant annet for å starte arbeidet med tildelingskriterier.

For brukere av hjemmetjenesten opprettes det tiltaksplaner. Det har ikke vært mulig i rus og psykisk helsetjeneste, men det ble nylig opprettet mulighet for at tjenesten kan opprette egne tiltak i Gericia. Videre opplyste kommunen at planen er å utrede hvilke tiltak som vil gå under «psykisk helsevern».

4.1.6 Fordeling av ansvar og oppgaver for brukergruppen

Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal det være klart hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Hensikten er blant annet å synliggjøre ansvars- og rapporteringslinjer på overordnet nivå, og innenfor tjenesteområdene.

Det foreligger stillingsbeskrivelser for miljøterapeutstillingen og stillingen som psykiatrisk sykepleier i rus og psykisk helsetjeneste, som revisor har mottatt. Miljøterapeut rus opplever at arbeidsoppgavene er klart definerte. Det er for eksempel avklart at han ikke har ansvar for medisiner eller brukernes økonomi. Når det gjelder informasjonen på kommunens hjemmeside,

opplyste de at den er mangelfull. Det var påbegynt et arbeid med å endre på informasjonen, slik at innbyggerne får bedre informasjon om hvilken hjelp rus og psykisk helsetjeneste kan tilby.

Avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester ga også uttrykk for at hun opplever at det fremkommer klart hvordan ansvar og roller for brukergruppen er fordelt i helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Det finnes et lavterskeltilbud som er forankret og kjent i kommunen, og hjemmetjenesten tilbyr tjenester til kronikerne. Avdelingsleder opplyste at i hjemmetjenesten er det veldig tydelig hvem som har ansvar, og at det foreligger stillingsbeskrivelser.

4.1.7 Rekruttering og bemanning

Lebesby kommune har rekrutterings- og kompetanseplan for helse- og omsorg, men har utfordringer med rekruttering av helsepersonell. Det fremgår av Statsforvalteren sitt kommunebilde at stor risiko for mangel på helsepersonell og fagkompetanse vil i framtiden gi utfordringer med å sikre fremtidig bærekraft i omsorgstjenestene.⁶ Både helse- og omsorgssjef og avdelingsleder for hjemmebasert omsorg har bakgrunn fra rus/psykisk helse. Avdelingsleder er utdannet psykiatrisk sykepleier. Frem til 2012 jobbet hun i tjenesten som senere ble rus og psykisk helsetjeneste.

Lebesby kommune har hatt utfordringer med å rekruttere fagfolk til rus- og psykisk helsetjeneste, og i perioder har tjenesten vært helt ubemannet. Kommunen har vært uten psykolog siden 2019. Tjenesten har ikke hatt psykiatrisk sykepleier siden 2016, med unntak av kort periode i 2018. Stillingene som kommunepsykolog og psykiatrisk sykepleier har blitt utlyst flere ganger, og det har vært forsøkt med ulike tiltak for å rekruttere, opplyste helse- og omsorgssjef. Det har vært ansatt miljøterapeut rus i tjenesten, med unntak av et opphold på litt over to måneder i 2024.

På starten av året 2025 lyktes kommunen med å rekruttere psykiatrisk sykepleier til rus og psykisk helsetjeneste, med planlagt tiltredelse i mai måned. Psykiatrisk sykepleier har lang erfaring, og har jobbet 25/30 år i lignende type jobb.

Stillingen som kommunepsykolog har blitt utlyst flere ganger. Erfaringen er at mangelen på fagmiljø er en utfordring, fortalte helse- og omsorgssjef. Lebesby er en del av 4K-samarbeidet, og helselederne i 4K-kommunene møtes hver fjerde uke. Helse- og omsorgssjef har tatt opp utfordringene med å rekruttere i dette nettverket, og de har blitt enige om å lage et felles kompetansenettverk. Foreløpig er det på drøftingsstadiet hvordan kompetansenettverket skal se ut, men de har blitt enige om at når de lyser ut, kan de vise til at psykologen blir en del av kompetansenettverket. Helse- og omsorgssjef mener at det bør opprettes en hjemmeside for 4K-samarbeidet, som de kan vise til.

Helse- og omsorgssjef uttrykte at selv om mangelen på psykolog har vært en utfordring, er det kanskje mangelen på psykiatrisk sykepleier som har bekymret henne og legetjenesten mest. Det er viktig med oppsøkende virksomhet, og tiltak på dette nivået. Hun viste til at det er tydelig i opptrappingsplanen for psykisk helse at man ikke må glemme somatikken. Det er ikke bare rus eller psykisk helse, den fysiske helsen må også ivaretas, og psykiatrisk sykepleier kan bidra på dette området. I rapportering fra rus og psykisk helsetjeneste fra 2023 står det at mangelen på psykiatrisk sykepleier og psykolog gjør det utfordrende å møte psykisk syke pasienter med

⁶ Statsforvalterens kommunebilde av Lebesby. Områdebildet av omsorgstjenesten.

komplekse utfordringer. Helse- og omsorgssjef vurderer at tjenesten vil ha tilstrekkelig kompetanse etter at psykiatrisk sykepleier tiltrer i stillingen, med unntak av psykolog.

I tillegg til miljøterapeut rus og psykiatrisk sykepleier, er det som nevnt ansatt en person i rus og psykisk helsetjeneste i prosjektstilling rettet mot barn og unge voksne i alderen 13-24 år. Ansvarsområdene og arbeidsoppgavene knytter seg til det å skape varige møteplasser, jobbe med forebygging, lavterskeltilbud og lignende. Miljøterapeut orienterte Ungdomsrådet i kommunen i møte i februar 2025.⁷ Lebesby kommune søkte Statsforvalteren om tilskudd til kommunalt rusarbeid etter at vedkommende ble ansatt. Helse- og omsorgssjef opplyste at hun fikk aksept fra kommunedirektøren om å ansette vedkommende i en midlertidig prosjektstilling inntil de får svar på søknaden om prosjektmidler. I søknaden står det at rus- og psykiatritjenesten har vært for brukere over 18 år, og at de dermed har liten kjennskap direkte inn i ungdomsmiljøet. Det fremgår av søknaden at kommunen har et sterkt ønske å utvikle et tilbud for barn- og unge.

I hjemmetjenesten har noen ansatte særskilt ansvar for kronikere fordi de har relevant kompetanse, som ofte får «psykiatrilisten» når de er på jobb. I hjemmetjenesten er det en helsefagarbeider med videreutdanning i psykiatri. I tillegg har de en ansatt som har gjennomført en relevant utdanning, hvor blant annet alderspsykiatri inngår. En annen ansatt har kompetanse innen demens og alderspsykiatri, og har bred erfaring. De har også en ansatt som ikke har formell helsefaglig utdanning, men som har relevant arbeidserfaring. Avdelingsleder vurderer kompetansen innen rus og psykiatri i hjemmetjenesten som veldig god, selv om det selvfølgelig ville vært positivt med enda mer kompetanse. De har ikke spesifikk ruskompetanse i hjemmetjenesten.

Både helse- og omsorgssjef og avdelingsleder for hjemmebasert omsorg fortalte at hjemmetjenesten har stilt opp mye når det har vært lite ressurser innen rus og psykiatri. Det fremgår av årsmeldingen for 2023 at helsefagarbeider med videreutdanning i psykisk helse ble omprioritert fra hjemmetjenesten til rus og psykisk helsetjeneste i en periode dette året. Helsefagarbeideren jobbet sammen med miljøterapeut rus for å kompensere for mangelen på psykiatrisk sykepleier. Hjemmetjenesten har lånt ut fagfolk i flere perioder, og ifølge avdelingsleder har det har gått ut over hjemmetjenesten. De har kanskje «skutt seg selv i foten» ved å gjøre det, men det har blitt vurdert som viktig og riktig å gjøre med tanke på behovene til brukergruppen. Hjemmetjenesten har forsøkt å legge det opp slik at vedkommende som har vært på utlån, skal ha «psykiatrilisten» de dagene han/hun er på jobb i hjemmetjenesten. Det har ikke alltid vært mulig å få til, og mange ganger har de måtte sette inn andre ansatte på listen.

Helse- og omsorgssjef fortalte at tilbakemeldingene som hun har fått tyder på at innbyggere i brukergruppen som har hatt behov for tjenester, har fått tjenester til tross for mangelen på fagfolk. De har ikke sagt nei eller gitt avslag fordi de ikke har ressurser. Innbyggerne har da fått hjelp av rustjenesten, hjemmetjenesten og/eller legen. Etersom de har vært sårbare på rus- og psykiatriområdet, har helse- og omsorgssjef formidlet til legetjenesten at de kan jobbe på ettermiddagen og kvelden ved behov, dersom de har kapasitet til det.

4.2 Samarbeid og koordinering

Samarbeid og koordinering mellom tjenester er i mange tilfeller nødvendig for å sikre at personer med rusmiddellidelser og/eller psykiske lidelser får et godt nok tjenestetilbud. I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring må virksomheter planlegge hvordan

⁷ Møte 26.02.2025, sak 06/25

risiko kan minimaliseres, og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.

I intervjuer med representanter fra Lebesby kommune ble det gitt uttrykk for at samarbeid rundt brukergruppen fungerer godt. Helse- og omsorgssjef fortalte at de ansatte er veldig villige til å gi råd og tips, og at det er korte avstander. Miljøterapeut rus opplever at han samarbeider godt med fastlegene, fysioterapeutene og NAV. Oppsummert når det gjelder samarbeid internt i kommunen, så opplever han at det fungerer bra og at det er enkelt å ta kontakt. Avdelingsleder for hjemmebasert omsorg uttrykte også at hun opplever at samarbeidet rundt brukergruppen fungerer godt, og sa at det har aldri vært problematisk.

4.2.1 *Legetjenesten*

Det fremgår av Statsforvalterens kommunebilde fra september 2024 at kommunen er godt dekket med legetjenester, og at det er ansatt leger i alle hjemlene. Lebesby kommune har hatt en stabil legetjeneste over tid, opplyste helse- og omsorgssjef. De kjenner brukerne godt, noe som er positivt for kvaliteten på tjenestene.

Rus og psykisk helsetjeneste er lokalisert i samme bygg som legetjenesten. Hvis en pasient har oppsøkt fastlegen på grunn av rus/psykisk helse, er det kort vei til tjenesten. Hver mandag er det møte mellom de to fastlegene og rus og psykisk helsetjeneste. I møtene kan de for eksempel diskutere hvem miljøterapeut bør ta kontakt med, og legetjenesten kan gi tips om tiltak som kan iverksettes. Miljøterapeut opplever at samarbeidet med legetjenesten fungerer godt, og at det er enkelt å ta kontakt. Avdelinger for hjemmebasert omsorg opplever også samarbeidet med legetjenesten som veldig godt, og viste til faste ukentlige møter og tett samarbeid via e-link.

4.2.2 *D-FACT*

Rus- og psykisk helsetjeneste i Lebesby kommune er med i et fireårig D-FACT prosjekt. D-FACT står for digitalt fleksibelt aktivt oppsøkende behandling. Et FACT-team består av ansatte med ulik kompetanse fra både kommunen og sykehuset, og skal hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser eller rusproblemer. De skal gi kunnskapsbasert hjelp, og jobber etter en recovery-orientert modell.⁸

D-FACT Sàmi klinihkka er etablert i samarbeid mellom Sàmi klinihkka, Kautokeino kommune, Gamvik kommune, Lebesby kommune, Porsanger kommune og NAV. Oppfølging og behandling foregår i hovedsak i personens hjem og nærmiljø, og kan variere fra intensiv daglig oppfølging til oppfølging hver 14. dag eller sjeldnere. I teamet inngår følgende profesjoner: psykiater, psykologspesialist, psykiatrisk sykepleier, vernepleier, sykepleier, omsorgsarbeider og sosionom.⁹ Miljøterapeut som jobber i rus og psykisk helsetjeneste i Lebesby kommune er en del av teamet. I årsmeldingen for Lebesby kommune 2023 står det at kommunen mottar lønnsmidler beregnet utfra hvor mange pasienter kommunen har meldt inn, samt hvor stor stillingsprosent de benytter inn i prosjektet.

Helse- og omsorgssjef opplyste at D-FACT fanger opp mange av de «tunge» brukerne. Gjennom D-FACT har kommunen tilgang til spesialistkompetanse to ganger i uken, hvor de kan drøfte disse pasientene. Det bidrar til at de kan føle seg trygge på at brukerne får de tjenestene som de skal ha. Helse- og omsorgssjef vurderer at opprettelsen av D-FACT har hatt

⁸ FACT (fleksibel aktiv oppsøkende behandling): <https://www.finmarkssykehuset.no/behandling/fact/>

⁹ D-Fact, Sàmi klinihkka: <https://www.finmarkssykehuset.no/avdelinger/sami-klinihkka/sanks/d-fact-sami-klinihkka/#les-mer-om-d-fact-sami-klinihkka>

mye å si for kvaliteten på tjenestetilbudet til brukergruppen. Miljøterapeut ga uttrykk for at samarbeidet fungerer veldig bra, og at D-FACT er viktig med tanke på å sikre god oppfølging av brukerne. D-FACT er et viktig tilbud for flere, som blant annet gjør at de får kontakt med psykolog uten å måtte reise helt til Karasjok eller Tromsø. D-FACT kan blant annet bidra med direkte henvisning til DPS. Dialogen og oppfølgingen foregår digitalt, og det er enkelte innbyggere som ikke ønsker det.

D-FACT møtes fast to ganger per uke (tirsdag og torsdag). Samtidig med at forvaltningsrevisjonen pågikk, ble det lagt til ett møte på mandagsmorgen. I møtet kan de diskutere brukernes situasjon, og gjøre avklaringer knyttet til oppfølging av avtaler og planer. De skulle også vurdere om det er behov for et møte på fredagene for gjennomgang av uken, og forberede plan for kommende uke. Miljøterapeut fortalte at ettersom det er såpass mange møtepunkter i løpet av uken, kan han ta opp spørsmål på vegne av brukerne uten at de slipper å vente så lenge på tilbakemelding.

D-FACT var i 2025 i det fjerde og siste prosjektåret. Helse- og omsorgssjef opplyste at prosjektet skal evalueres høsten 2025, og deretter bestemmes om D-FACT skal videreføres i ordinær drift. Kommunene ønsker videreføring, men hvorvidt det blir videreført eller ikke avhenger av hvilke vurderinger og økonomiske prioriteringer Finnmarkssykehuset gjør. Helse- og omsorgssjef mener at det vil være et stort tap for kommunen om de mister ordningen. Sårbarheten har minsket ved at de samarbeider tett med spesialisthelsetjenesten gjennom D-FACT.

4.2.3 Øvrige kommunale og statlige samarbeidspartnere

Både hjemmetjenesten og rus- og psykisk helsetjeneste samarbeider med Nav. Miljøterapeut som jobber i rus- og psykiatritjenesten har hatt flere oppfølgingsmøter med Nav, blant annet om sosialhjelp, arbeidstrening og utprøving. På grunn av nye retningslinjer kan ikke ansatte i Nav lengre være alene i møte med brukere. På lokalkontoret er det bare to ansatte, noe som betyr at det enkelte ganger kan være vanskelig å få til. Miljøterapeut har deltatt i en del møter med Nav om brukere som han har faste støttesamtaler med.

Fysioterapitjenesten er lokalisert i samme bygg som legetjenesten og rus og psykisk helsetjeneste. Samlokaliseringen av tjenestetilbud bidrar til å gjøre samarbeidet enklere, og bidrar til å sikre tverrfaglighet, opplyste helse- og omsorgssjef. Miljøterapeut opplyste at han har hatt møter med fysioterapeutene for å planlegge videre oppfølging av brukere som skal avslutte aktiv behandling hos fysioterapeut.

Hjemmebasert omsorg hadde tidlige jevnlig dialog med DPS, men nå gis det veiledning ved behov. De har også samarbeid med legetjenesten. Ved behov gjennomføres det tverrfaglige møter med fastlege og/eller avdelingsleder og andre aktuelle samarbeidspartnere. Hjemmetjenesten har i perioder brukere som er underlagt tvunget helsevern, og da er det faste rutiner og møter med UNN. Hjemmetjenesten deltar også på møter med SANKS¹⁰ (psykiater og miljøpersonale) når innskrevne pasienter er innlagt på rullerende opphold, eller frivillig innleggelse ved forverring. Det gjennomføres også samarbeidsmøter med SANKS når pasienter har vært innlagt på UNN, før utskriving til hjemmet.

¹⁰ Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus: <https://www.finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/sanks>

Kommunen har også KAD (kommunal akutt døgnenhet). Mange eldre psykiatriske pasienter blir gjerne innlagt på KAD. Det er utarbeidet flere rutiner og systemer knyttet til KAD, opplyste kommunen.

Lebesby kommune har også et psykososialt kriseteam.

4.2.4 Koordinerende enhet og individuell plan

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. Lebesby kommune har en koordinerende enhet. Koordinerende enhet skal ifølge kommunens hjemmeside ivareta behovet for samordning av tjenester til personer som har behov for tjenester fra flere fagområder.

Personer som har behov for langvarige koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, jf. forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator § 6. På kommunens hjemmeside er det informasjon om hva individuell plan er, hvem som har rett og hvordan man kan søke. Revisor har mottatt rutiner og maler for individuell plan. Inntaksmøtet i Lebesby behandler søknader om helse- og omsorgstjenester, inkludert søknader om individuell plan. Saksbehandler opplyste at koordinator ofte blir en person som er der hovedtyngden av tjenester gis.

Vi fikk opplyst at ingen av brukerne med rusmiddellidelser og/eller psykiske lidelser har individuell plan. Det er enkelte hjemmeboende personer med rusmiddellidelser og/eller psykiske lidelser som har fått tilbud om individuell plan, men som har takket nei. Videre opplyste kommunen at når det gjelder rus og psykiatri, blir planen ofte startet opp i spesialisthelsetjenesten og ivaretatt av denne tjenesten.

Miljøterapeut som er ansatt i rus og psykisk helsetjeneste ga uttrykk for at det kunne vært nyttig med klarere rutiner for det å søke og iverksette individuelle planer. Avdelingsleder for hjemmebasert omsorg opplyste at det gjennomføres ansvarsgruppemøter for enkelte kronikere. De har ansvarsgruppe, men ikke individuell plan. For enkelte av kronikerne har hjemmetjenesten vurdert at de kan ha behov for individuell plan, men brukerne har takket nei. Avdelingsleder opplyste at de samarbeider og koordinerer tjenestene til brukerne, uavhengig av om det foreligger en individuell plan eller ikke.

4.3 Risikovurdering

Helse- og omsorgstjenestene skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Den oversikten skal de bruke til å planlegge hvordan risiko kan minimaliseres.

Lebesby kommune har ikke overordnede skriftlige rutiner for gjennomføring av formelle risikoanalyser. Det foreligger en overordnet ROS-analyse for hele kommunen. I 2023 og 2024 påla helse- og omsorgssjef alle tjenestene å lage en forenklet ROS-analyse. De skulle vurdere hva som utgjør risiko/sårbarheter i sin tjeneste, og hvordan risikoen kunne reduseres.

4.3.1 *Rus og psykisk helsetjeneste*

Tidligere miljøterapeut ansatt i rus og psykisk helsetjeneste utførte ROS-analysen i 2024. I det utfylte skjemaet skilles det mellom fargene rød (kritisk – alvorlighetsgrad som krever tiltak), gul (utfordrende – element av risiko, tiltak må vurderes) og grønn (tilfredsstillende – tiltak ikke nødvendig). Et av risikoområdene vurderes som rød, og det er mangelen på psykolog og psykiatrisk sykepleier. Tiltaket som foreslås er samarbeid med ekstern psykolog. Helse- og omsorgssjef opplyste at de ikke har etablert samarbeid med ekstern psykolog. Som redegjort for i rapporten, har kommunen tilgang til psykolog gjennom D-FACT. D-FACT ble vurdert som et viktig tilbud for å sikre at personer med alvorlige og langvarige lidelser får den oppfølgingen og helsehjelpen som de har krav på. Helselederne i 4K-samarbeidet har blitt enige om å opprette et kompetansenettverk for psykologene. I ROS-analysen fra 2024 er følgende områder vurdert som gul: manglende fluktvei, sårbarheten med at tjenesten er stengt ved fravær, og at ingen vet hvor ansatt er eller tidspunkt for besøk. Med sistnevnte menes det at dersom det skulle oppstå en hendelse med stor alvorlighet, så er ingen varslet om hvor den ansatte befinner seg, og dermed har ikke den ansatte mulighet for å få hjelp.

Helse- og omsorgssjef og miljøterapeut rus ble også spurt om hva de vurderer som risikoområder når det gjelder tjenestene til personer med rusmiddellidelser og/eller psykiske lidelser. Sårbarheten ved å gå alene hjem til enkelte brukere med tanke på vold og trusler ble nevnt. En annen type risiko er omsorgstretthet, som er et begrep som referer til utmattelse som kan oppstå fra kontinuerlig eksponering for andres smerte og lidelse.

4.3.2 *Hjemmetjenesten*

Hjemmetjenesten har skriftlige rutiner for gjennomføring av risikoanalyser. I 2024 gjennomførte de en omfattende ROS-analyse som omhandlet risiko knyttet til vold. ROS-analysen gjelder for hele hjemmetjenestens virksomhet, og er også relevant for brukergruppen hjemmeboende personer med rusmiddellidelser og/eller psykiske lidelser. Bedriftshelsetjenesten Hemis er involvert i det videre arbeidet med å iverksette tiltak på bakgrunn av ROS-analysen.

Hjemmetjenesten har flere systemer og rutiner som skal bidra til å redusere sjansen for trusler og vold, herunder voldsalarmer, rutine for å vurdere om det er behov for å være to ansatte, og avtaler med legetjenesten og apotek om hvordan bruker skal få utlevert medisiner dersom situasjonen er slik at det ikke er forsvarlig at ansatte i hjemmetjenesten går dit. Enkelte ansatte har bedt om fritak fordi de føler seg utrygge i møte med rus/psykiatri, av ulike grunner. Da forsøker hjemmetjenesten å ta hensyn til det, selv om det ikke alltid går opp, opplyste avdelingsleder.

I Lebesby kommune gjennomføres det forebyggende hjemmebesøk til innbyggere på 65+. Innbyggerne får besøk av ergoterapeut og sykepleier, som gjennomgår sikkerhet i hjemmet og behov for tilrettelegging. Det foreligger rutiner knyttet til fare for depresjon og selvmord, og når de er på hjemmebesøk fyller de ut et kortfattet skjema knyttet til dette. På den måten kan kommunen fange opp innbyggere som sliter psykisk, opplyste avdelingsleder.

4.4 *Internkontroll og tilgang på skriftlige rutiner og retningslinjer*

Lebesby kommune har delegasjonsreglement for perioden 2024-2028. I reglementet står det at gjennomføringen av internkontroll delegeres til kommunedirektøren. I årsberetningen for 2024 står det at kommunen ikke har et samlet system for internkontroll, men at de har mange elementer som er en del av kommunens styringssystem. Det vises til planer og budsjett, system

for rapportering, delegeringer, reglementer og en rekke felles maler og skjemaer. Det står at det finnes en rekke planer, rutiner og prosedyrer i avdelingene.

Kvalitetssystemet Compilo var under implementering da forvaltningsrevisjonen pågikk. Tidligere benyttet kommunen QM+ som sitt digitale kvalitetssystem. Compilo består av en rekke ulike moduler, inkludert en avviksmodule og en dokumentmodule. I dokumentmodule kan kommunen samle all kvalitetsdokumentasjon, og på den måten sikre at organisasjonen har oppdaterte lovpålagte prosedyrer og dokumentasjon tilgjengelig.¹¹ Personalavdelingen i kommunen har ansvar for å legge inn dokumenter i Compilo. Per mai 2025 var det lagt inn dokumenter i Compilo for enkelte tjenestoområder, men ikke for helse og omsorg. Det var også lagt inn enkelte overordnede dokumenter som gjelder for alle sektorer, som for eksempel rutiner for medarbeidersamtaler og rekruttering.

Revisor fikk opplyst at det er forskjeller innad i helse- og omsorgstjenestene i hvor mange skriftlige rutiner de har. Når det gjelder hjemmetjenesten, opplyste kommunen at det foreligger flere skriftlige rutiner og at for hjemmetjenestens del består arbeidet først og fremst i å overføre rutinene til Compilo. Dette til forskjell fra rus og psykisk helsetjeneste, hvor rutinene først må utarbeides. Helse- og omsorgssjef ga uttrykk for at det tar tid å utvikle et kvalitetssystem, og at kommunen kanskje har undervurdert hvor tidkrevende det er.

Lebesby kommune benytter Gericas som sitt pasientjournalssystem. Både hjemmetjenesten og rus og psykisk helsetjeneste journalfører i Gericas. Som nevnt er det ikke alle brukerne i rus og psykisk helsetjeneste som har vedtak. For de som ikke har vedtak, opprettes det sak slik at det er mulig å skrive journalinnlegg.

4.4.1 Rus og psykisk helsetjeneste

Rutinene og retningslinjene til rus og psykisk helsetjeneste er i hovedsak oppbevart i fysiske permer på kontoret. De skriftlige rutinene ble utarbeidet i perioden 2000-2018. Rutinene har ikke blitt oppdaterte, og flertallet av dem er ikke i bruk.

Helse- og omsorgssjef vurderer at det er behov for mer skriftlighet i rus og psykisk helsetjeneste. Tjenesten trenger flere rutiner. Mangelen på fagfolk gjenspeiles i mangelen på skriftlige styringsdokumenter. Lebesby kommune har over lengre perioder vært uten psykolog og psykiatrisk sykepleier. Helse- og omsorgssjef har vært opptatt av at de må yte tjenester, og at det er der de menneskelige ressursene må settes inn. Psykiatrisk sykepleier som starter i mai måned skal, i samarbeid med helsesykepleier og miljøterapeut rus, jobbe med å utarbeide rutiner. Ettersom psykiatrisk sykepleier må få tid til å sette seg inn i tjenesten og arbeidsoppgavene, er det nok mest realistisk at arbeidet med å utvikle kvalitetssystemet kan starte opp høsten 2025, opplyste helse- og omsorgssjef. Rutinene skal legges inn i Compilo.

Helse- og omsorgssjef understrekte at det er viktig at man utarbeider rutiner på områder hvor det er et reelt behov for skriftlige rutiner, og at man ikke bare lager rutiner for å lage rutiner - som ikke blir benyttet. De må gjøre vurderinger av hva som behøves. Helse- og omsorgssjef opplyste at det finnes noen maler fra 2002 som tidligere kommuneoverlege utarbeidet, som kan benyttes som et utgangspunkt og oppdateres i henhold til nytt lovverk og føringer.

Miljøterapeut ansatt i rus og psykisk helsetjeneste fortalte at han brukte mye tid på å lese i permene da han begynte i stillingen høsten 2024. Det hadde vært ønskelig med mer veiledning

¹¹ Compilo sin nettside: <https://beta.compilo.no/?page=1000>

om hva som var relevant å lese. På spørsmål om det er noen konkrete rutiner eller retningslinjer som han har savnet, nevnte han at han savner tydelige rutiner for inntak og kartlegging av nye brukere. For å bøte på dette har han skrevet egne notater, og når han tar inn brukere til samtale gjennomgår han ulike livsdomener for å identifisere problemområder, som familie og venner, fysisk og psykisk helse, ernæring, søvn og rus. Det er imidlertid behov for mer strukturerte prosedyrer, noe han og psykiatrisk sykepleier vil samarbeide om når hun starter. Miljøterapeut ga også uttrykk for at det nok blir klarere hva de behøver av rutiner etter hvert som de får diskutert og jobbet med å utvikle det skriftlige styringssystemet.

Revisor har mottatt følgende fagprosedyrer: Tiltak overfor rusmiddelavhengige – frivillig eller tvang (udatert), gravid rusmisbruker (udatert), akuttinnlagte og brukere av det offentlige hjelpeapparat med et rusmiddelproblem (datert 10.07.07), rutiner ved kontakt med rusmiddelbrukere (udatert). Kontaktpersonen sendte også en oversikt som viser en del av de andre dokumentene og rutineene som finnes, som vist i utklipp 3. Etter det revisor oppfatter er mange av disse ikke i bruk.

Utklipp 3: Innholdsfortegnelse til en av prosedyrepermene

*Sist oppdatert
11.09.16
å.k.p.*

1	<i>lov om helse og omsorgstjenester - spes kap 10</i>
2	<i>lov om barnesamfunnsvern - " kap 4</i>
3	<i>Skjematiske oversikt - Beslutningsprosess</i>
4	<i>Rutinebeskrivelse - Saksbehandling internt</i>
5	<i>Momentene til saksframlegg</i>
6	<i>Samtykkebeskrivelse Samtykke til inntagelse eller 10-4 1 ledd 10-4 2 ledd</i>
7	<i>Innhentning av opplysninger 2. 10-2 Innhentning av opplysninger uten samtykke</i>
8	<i>Midlertidig vedtak eller § 10-2 Anmeldning om godkjenning av midlertidig vedtak</i>
9	<i>Midlertidig vedtak eller § 10-3</i>
10	<i>Eksempel - Fullmakt institusjon</i>
11	<i>A. j.P B. Krioseplan</i>
12	<i>Eksempel - Tiltaksplan</i>
13	<i>Rutinebeskrivelse - Kontakt m/ advokat</i>
14	<i>Saksframlegg fylkesnemnd</i>
15	<i>Innkalling vitner</i>
16	<i>Videreføring av vedtak eller § 10-3</i>
17	<i>Handlingsveileder</i>
18	<i>a) Nasjonal oversikt over institusjoner b) oversikt over fylkesnemndene</i>
19	<i>lov om spesialisthelsetjenester / pasient- og brukerrettigheter psykiisk helsevern</i>
20	<i>Forbuitt til korans sosiale tjenester kap 5</i>

Ref 94326



Miljøterapeut journalfører i Geric, hvor han noterer alle interaksjoner med brukerne, inkludert forsøk på å kontakte brukerne, samarbeidsmøter med fastleger, og tematikken som tas opp i støttesamtalene.

Det er ikke utarbeidet skriftlige rutiner for prosjektstillingen rettet mot barn og unge, men det foreligger relevante dokumenter som inneholder informasjon om planer for tilbudet.¹²

4.4.2 *Hjemmetjenesten*

Tidligere var mange av rutinene til hjemmetjenesten oppbevart i QM+, og på fellesområdet på PC. I forvaltningsrevisjonsrapporten fra 2022 ble det påpekt at styringssystemet fremstår som fragmentert, og har noen mangler. Etter forrige forvaltningsrevisjon laget hjemmetjenesten en oversikt over hvor de forskjellige retningslinjene og styringsdokumentene var oppbevart. Arbeidet med å flytte dokumenter over i Compilo var påbegynt da forvaltningsrevisjonen om rus og psykisk helse pågikk, og avdelingsleder hadde delt med personalleder i kommunen hvilke rutiner som skulle inn i Compilo. Enkelte rutiner/retningslinjer i hjemmetjenesten er skrevet ut på papir. I tillegg til disse kvalitetssystemene, har hjemmetjenesten lagt inn VAR Healthcare i Geric. På den måten har de tilgang til fagprosedyrer når de er innlogget i Geric.

Avdelingsleder vurderer at det er klart og tydelig hvor de ansatte finner de forskjellige rutinene. Rutiner og prosedyrer gjøres kjent for ansatte gjennom personalmøter og sykepleiermøter. De har jevnlig brukermøter. I disse møtene kan ansatte ta opp ting som er krevende rundt pasienten som det er behov for å diskutere, eller formidle viktig informasjon til resten av personalgruppen. Det skrives referat fra møtene. Hjemmetjenesten har også gått til innkjøp av en digital infotavle, som avdelingsleder opplever som et fint supplement som kan brukes til å spre informasjon.

Avdelingsleder vurderer at det finnes skriftlige rutinebeskrivelser for mange av de oppgavene som hjemmetjenesten utfører. Når det gjelder det å sikre at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om den enkelte pasient, er følgende systemer og rutiner relevante: Geric, brukermøter, muntlig overlapping i forbindelse med vaktskifte, månedlige rapporteringer og sykepleierapporter. Alle ansatte har telefoner med LMP, som gjør at de har tilgang til journalsystemet når de er hjemme hos brukeren.

Sykepleier 1 (fagsykepleier) oppdaterer mange av rutinene til hjemmetjenesten. Både i Geric og i andre systemer, for eksempel knyttet til medisinrom. Avdelingsleder er også involvert i dette arbeidet. Endringer i regelverk eller rutiner formidles til ansatte gjennom møter og infotavlen. Dersom det er noe ekstraordinært, sender avdelingsleder ut info på e-post. Det er viktig å sikre at alle vet, og dermed blir det en del oppslag, fortalte avdelingsleder. På vaktrommet har de en whitebord-tavle hvor viktig informasjon kan formidles.

Hjemmetjenesten har som nevnt en psykiatriliste, og ressurspersoner i tjenesten som kan ivareta brukergruppen rus/psykiatri. Avdelingsleder viste til at det handler om tillitsskapende arbeid, og ikke alle pasientene ønsker å slippe inn alle ansatte. Da er det en fordel at det er noen faste ansatte. Enkelte pasienter er veldig variable, og enkelte kan være paranoide. For pasientene er det positivt at de slipper å forholde seg til veldig mange ansatte. Hjemmetjenesten prøver å koble de med mest kompetanse på psykiatrilisten. I dokumentet «Psykiatrilisten» som revisor har mottatt, står det at for disse pasientene skal det være fokus på miljøarbeid og psykisk støtte.

¹² Søknad til Statsforvalteren: «Søknad og rapportering – Tilskudd til kommunalt rusarbeid» og politisk orienteringssak til møte i Ungdomsrådet 26.02.25: «Orienteringssak 26/2 – 2025».

Hjemmetjenesten har også noe som heter AK-vakt, som er en kortvakt. Miljøarbeid - som for eksempel følge til sosiale aktiviteter - skal gjøres på kvelden når de har bedre tid. AK er egentlig en miljøvakt, fortalte avdelingsleder. De har lagt til konkrete brukere, inkludert noen av psykiatripasientene. Hjemmetjenesten har også brukere med psykisk utviklingshemning som trenger mer bistand og oppfølging.

I Gericca mottar hjemmetjenesten e-meldinger (elektronisk kommunikasjon om pasienter), og her kan de få henvendelser fra forskjellige instanser, også angående psykiatri og rus. Det kan bli behov for kartlegginger og møter for å finne ut om det er noe som bør følges opp av legen, eller av den ordinære psykiatritjenesten.

Avdelingsleder sa at de er opptatt av psykiatri, men understrekte samtidig at hjemmetjenesten skal favne alle. Det er et stort spekter. De tenker ikke særtjenester, men jobber faglig inn mot hver pasient. De har i liten grad utviklet særegne rutiner/ordninger for spesifikke brukergrupper. Hjemmetjenesten har sine rutiner og systemer som skal sikre at alle får det de har krav på, inkludert personer med psykiske lidelser og rusmiddellidelser. Enkelte ting er spesielt for brukergruppen som opptrappingsplan, veiledningsmateriell og rutiner som er spesifikke for den brukergruppen, men det meste er altså likt. For eksempel har de en rutine som skal følges når pasientens tilstand forverrer seg, men de har ikke en egen rutine for hva som skal gjøres når tilstanden til psykiatripasientene forverrer seg.

4.5 Opplæring og kompetanseutvikling

Helse- og omsorgstjenestene har etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring en plikt til å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. De har også plikt til å sørge for at medarbeiderne har nødvendig kompetanse i det aktuelle fagfeltet, regelverk, styringssystemet m.m.

4.5.1 *Rus og psykisk helsetjeneste*

Det finnes ikke skriftlige opplæringsrutiner i rus og psykisk helsetjeneste. Miljøterapeut fikk ikke formell og praktisk opplæring da han begynte i stillingen. Forrige miljøterapeut hadde allerede sluttet, men hadde lagt frem en del informasjon, som kontaktinformasjon til andre etater og informasjon om faste møtepunkter. Selv om noe var lagt frem, opplevde han at han i stor grad selv måtte finne ut av rutiner og prosedyrer ved å gå gjennom permer og spørre kollegaer. Videre fortalte miljøterapeut at han opplevde å få støtte og ressurser fra kollegaer og leder, og at det er enkelt å be om hjelp hvis det er noe han lurer på. Det ble ikke gitt formell opplæring i Gericca, men han hadde en gjennomgang sammen med superbruker. Superbruker var også tilgjengelig med støtte i ettertid.

Det er ikke utarbeidet plan for tjeneste- og kompetanseutvikling innen rusfeltet. Når alle stillingene er besatt, vil det være en prioritert oppgave fremover.¹³

Miljøterapeut rus deltar på FACT-opplæring, både fysisk og på nett. Dette kurset fokuserer på tett oppfølging av pasientgrupper med rett på FACT-oppfølging, og inkluderer temaer som psykisk velvære, sosialt nettverk, ernæring og aktivitet. Ved å ta kurset blir man «case manager», som vil si at man kan fungere som en slags primærkontakt for brukeren. Miljøterapeut vurderer å ta et ernæringskurs i fremtiden, som vil være relevant for brukere med rusproblematikk som sliter med ernæring og kosthold. Helse- og omsorgssjef har formidlet til miljøterapeut at han må melde seg på KORUS sin ruskonferanse dersom den settes opp.

¹³ Søknad om tilskudd til kommunalt rusarbeid til Statsforvalteren.

4.5.2 *Hjemmetjenesten*

Hjemmetjenesten har formaliserte rutiner for opplæring av nyansatte. Etter forrige forvaltningsrevisjon ble det laget et introduksjonshefte til nyansatte som inneholder informasjon om hva som forventes av dem, og hva den nyansatte kan forvente av hjemmetjenesten. Det fremgår også hva som inngår i opplæringen. Hjemmetjenesten har også en sjekkliste på hva alle nyansatte skal gjennomgå.

Hjemmetjenesten har ifølge avdelingsleder laget oversikt over hvilken kompetanse tjenesten har og hva som mangler. Dette gjelder kompetanse generelt, og ikke særskilt kompetanse innen rus og psykiatri. Som redegjort for i del 5.1.5 «Rekruttering og bemanning» har hjemmetjenesten flere ansatte med formell kompetanse og arbeidserfaring innen rus og psykiatri. Avdelingsleder vurderer kompetansen innen rus og psykiatri som god.

Avdelingsleder viste til at pleie og omsorg har endret seg veldig; fra å dreie seg mye om somatikk, til at det er flere med kognitiv svikt og demens. En del personer som tidligere har hatt et rusmiddelproblem, kan slite med sin psykiske helse i ettertid selv om rusen er borte. Da er det viktig å ha folk som vet å håndtere det, og kan ivareta disse brukerne. Hjemmetjenesten gjennomfører i 2025 «Psykisk sykdom i eldre år», som er en ABC-opplæring. Nesten hele personalgruppen i hjemmetjenesten deltar. I hjemmetjenesten gjennomfører de jevnlig demensomsorgens ABC.

Avdelingsleder fortalte at ansatte blir oppfordret til å ta utdanning og videreutdanning. Hjemmetjenesten har ansatte som har gjennomført ulike typer utdanning, både innen palliasjon, hverdagsrehabilitering, lindring og velferdsteknologi. Det er variert kompetanse i personalgruppen. Midlene til å gjennomføre kurs er begrenset, men de prøver å heve kompetansen på den måten de får det til, for eksempel ved å benytte seg av tilbud fra Statsforvalteren. Når det gjelder utviklingshemning, har de hatt veiledningsmøter med habiliteringen i Kirkenes. En del personer med utviklingshemning har også psykiske lidelser, og hjemmetjenesten har fått veiledning knyttet til enkeltpasienter, men også veiledning på hvor de kan finne relevant informasjon, som for eksempel Kompetansebroen.

4.6 *Medvirkning*

Både brukere og ansatte skal gis anledning til å medvirke. Helse- og omsorgstjenestene i Lebesby kommune har ikke formaliserte systemer for brukermedvirkning til brukergruppen personer med rusmiddellidelser og/eller psykiske lidelser. Det gjennomføres ikke brukerundersøkelser på helsesiden, eller andre formaliserte tiltak for å sikre medvirkning. Brukermedvirkning sikres gjennom muntlig dialog med brukeren. Hva gjelder pleie- og omsorg, ble det i fjor gjennomført en brukerundersøkelse.

Lebesby kommune har rutinebeskrivelser for gjennomføring av medarbeidersamtaler. Disse dokumentene er lagret i en fellesmappe i Compilo. Ledere skal sende oversikt over gjennomførte medarbeidersamtaler til personalkonsulent innen 1. mai.

4.6.1 *Rus og psykisk helsetjeneste*

Det er ikke etablert systemer for å sikre brukermedvirkning i rus og psykisk helsetjeneste. Miljøterapeut opplever at brukermedvirkning er et gjennomgående tema i kartleggingssamtalene. I søknaden til Statsforvalteren om støtte til kommunalt rusarbeid opplyses det om at en del av forklaringen på mangelen på systemer for brukermedvirkning, er at brukere har gitt tilbakemeldinger på at de ikke ønsker å delta i formelle spørreundersøkelser, men heller komme med sine tilbakemeldinger direkte til miljøterapeuten. Videre fremgår det av

søknaden at det ved bruk av motiverende intervju er laget nettverkskart og at det er forsøkt å dra inn pårørende, men at det har lyktes i liten grad. Det står at tjenesten har en vei å gå, og at brukermedvirkning skal ha fokus når alle ansatte er på plass. Når det gjelder prosjektet rettet mot barn og unge står følgende: «I prosjektet vedrørende barn- og unge er det allerede besluttet at ungdomsrådet med referansegruppe og elevråd skal være deltagende inn i prosjektet. Videre skal det benyttes informasjonsmøter for barn, unge og foresatte. Om prosjektet får tilskudd, vil det utarbeides spørreundersøkelse til brukergruppa og foresatte/pårørende». Både helse- og omsorgssjef og miljøterapeut ga uttrykk for ansatte i rus og psykisk helsetjeneste har mulighet til å medvirke i utformingen av tjenestetilbudet, og viste til eksempler som kunstterapi og individuell trening.

4.6.2 Hjemmetjenesten

Innen pleie- og omsorg ble det gjennomført en brukerundersøkelse i fjor (2024). De planlegger også å gjennomføre en mer omfattende brukerundersøkelse. I kommunen er det etablert et brukerutvalg på systemnivå med bruker/pårørende representanter fra sykehjem og hjemmesykepleien. Det er to faste møter per år. Videre opplyste avdelingsleder at hjemmetjenesten har samarbeid med pårørende der det er naturlig. Til noen av pasientene i brukergruppen er det slik at sykepleier ringer ca. en gang i halvåret til de pårørende. De jobber nå med å etablere et systematisk og strategisk pårørendearbeid, som er et prosjekt i samarbeid med USHT (utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester) Sør-Varanger.

I forbindelse med søknader om tjenester, gjennomføres det en kartleggingsamtale der det blir vektlagt hva som er viktig for pasienten. Når hjemmetjenesten får en ny pasient gjennomføres det samtale med pasienten og det foretas en strukturert kartlegging, hvor de blant annet snakker om ressurser, og hva vedkommende har behov for. Når det gjelder brukergruppen rus/psykisk helse, opplyste avdelingsleder at alle er samtykkekompetente, og at de fleste er i stand til å gi tilbakemelding på tilbudet og si noe om hva de ønsker.

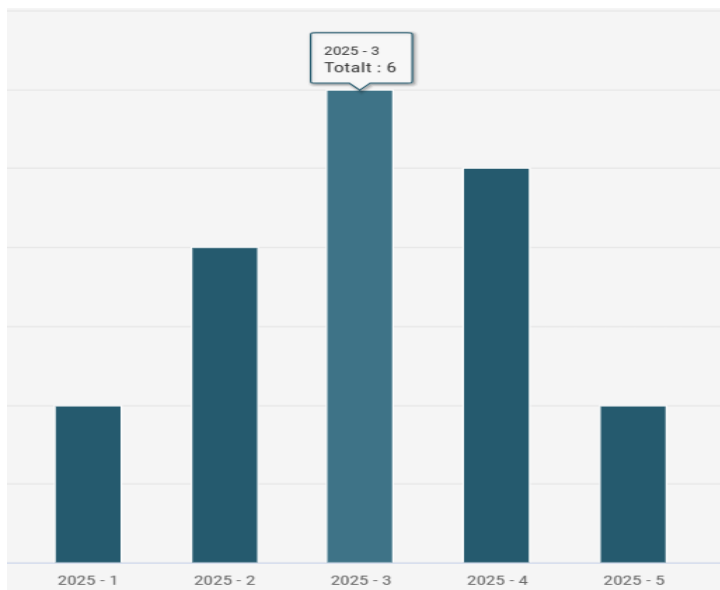
Når det gjelder medvirkning fra ansatte, viste avdelingsleder til personalmøter, brukermøter, tillitsvalgte, AMU, muntlig dialog på kontoret. De har flere ulike arenaer hvor ansatte kan medvirke.

4.7 Avvik og klager

I kommunens årsberetning for 2024 opplyses det om at kommunen på noen områder har avviksrapporteringer, men at det ikke finnes et enhetlig system for dette. I februar/mars 2025 ble det gitt beskjed til alle ansatte i kommunen om at avvik fremover skal meldes i Compilo, og at ansatte må si ifra dersom de ikke har tilgang. De ansatte har fått beskjed om å sende et test-avvik. Vi fikk opplyst at kommunedirektøren og personalavdelingen har satt søkelys på det å melde avvik. Revisor fikk tilgang til Compilo. Per mai 2025 forelå det ikke skriftlige rutiner for melding og oppfølging av avvik i dokumentbiblioteket i Compilo. Det finnes ikke en overordnet avviksrutine i kommunen.

Helse- og omsorgssjef opplyste at det har vært forskjeller mellom helse og pleie- og omsorg når det kommer til rutiner og praksis for avviksrapportering. Som leder for helsetjenestene har hun ikke mottatt avvik, men i pleie- og omsorg er de flinke til å melde avvik. Utklippet nedenfor viser antall meldte helse- og omsorg avvik i Compilo i perioden 01. januar til 13. mai 2025. Flest avvik ble meldt i mars måned (6 avvik).

Utlipp 4: Avviksstatistikk helse og omsorg 2025



Forvaltningsrevisor spurte også om helse- og omsorgssjef vet om det har kommet klager til kommunen knyttet til tjenestetilbudet til personer i brukergruppen i løpet av de to siste årene. Det har ikke kommet formelle klager.

I vedtakene til brukere som har vedtak om tjenester informeres det alltid om klageadgang, opplyste helse- og omsorgssjef. Om det kommer klage, tas klagen inn til inntaksteamet for drøfting. Det ses da på om det er behov for ny kartlegging hos klager, og/ eller om det er relevant å omgjøre hele eller deler av vedtaket. Dersom kommunen ikke omgjør vedtaket, sendes saken til Statsforvalteren med relevant dokumentasjon for endelig avgjørelse, opplyste helse- og omsorgssjef.

4.7.1 Rus og psykisk helsetjeneste

Temaet avvik hadde nylig blitt diskutert i helsemøtet da forvaltningsrevisjonen pågikk. De diskuterte blant annet hva som utgjør et avvik. Ettersom det ikke er et lederledd mellom helse- og omsorgssjef og helsetjenestene, er det helse- og omsorgssjef som har ansvar for å følge opp avvikene fra helse, herunder avvik fra rus og psykisk helsetjeneste. Innenfor helse har praksisen vært at de har ringt henne eller sendt e-post hvis det har vært noe. Dette har omhandlet HMS, og helse- og omsorgssjef har ikke mottatt pasientavvik på denne måten. Fordelen med å få det inn i et avvikssystem er at man kan ta ut rapporter, og få oversikt og innsikt i det avvikene som meldes, opplyste helse- og omsorgssjef. Miljøterapeut i rus og psykisk helsetjeneste opplyste at han ikke fikk opplæring i å melde avvik da han startet i stillingen høsten 2024. Han bekreftet at han nylig har fått informasjon om at Compilo skal være den faste portalen for å melde avvik.

4.7.2 Hjemmetjenestene

Avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester opplyste at de har brukt avvikssystemet mye, også da de brukte QM+ som sitt kvalitetssystem. Avdelingsleder opplever at de ansatte er flinke til å melde avvik på gjøremål som ikke er utført, for eksempel medisiner som ikke er gitt. En del melder avvik på andre måter, for eksempel at de skriver en e-post eller kommer innom kontoret. De gjør det ikke nødvendigvis i Compilo. Avdelingsleder gjennomgår avvikene. De skal starte opp igjen med månedlige HMS-møter fra og med høsten 2025, og i disse møtene vil de

gjennomgå avvik og andre temaer som er viktig for avdelingen. Av ulike årsaker har det ikke blitt gjennomført månedlige HMS-møter den siste tiden.

Videre fikk vi opplyst at tilbakemeldinger fra brukere og pårørende skrives ned, og videreformidles. De har laget et system når det gjelder bekymringsmeldinger, som er at de benytte bekymringsmeldingsnotat i Geric. Når det gjelder andre typer henvendelser/tilbakemeldinger som ikke er en bekymringsmelding, er det fremdeles noe de jobber med. Utfordringen er hvor de skal logge slike tilbakemeldinger ettersom det som kommer fra pårørende ikke bør ligge i brukernes journal, opplyste avdelingsleder. På spørsmål om avdelingsleder har mottatt skriftlige klager i løpet av de to siste årene knyttet til brukergruppen, svarte hun nei.

4.8 Evaluering

Helse- og omsorgstjenestene har plikt til å evaluere, jf. § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Det innebærer flere forskjellige oppgaver, blant annet kontrollere at arbeidsoppgaver og planer gjennomføres, evaluere tiltak, og å gjøre vurderinger basert på pasientens erfaringer og avvik.

Det innebærer også å vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt, og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Utfra opplysningene som revisor har fått, er det ikke rutiner i helse- og omsorgstjenestene for å vurdere hele styringssystemet.

4.8.1 Rus og psykisk helsetjeneste

Forvaltningsrevisor har mottatt skriftlig rapportering fra rus og psykisk helsetjeneste for 2023 og for 2024. Rapporteringen ble sendt til helse- og omsorgssjef i forbindelse med årsmeldingen. I rapporteringene inngår informasjon om antall brukere, tjenestetilbud, samarbeid og utfordringer. I kommunens årsmelding er det informasjon om rus og psykisk helsetjeneste. Det har ikke vært gjennomført forvaltningsrevisjoner eller tilsyn av rus og psykisk helsetjeneste de siste årene.

Ifølge helse- og omsorgssjef gjennomføres det ikke skriftlige evalueringer av tjenestetilbudet til brukerne, men det finnes flere eksempler på at de evaluerer. Miljøterapeut fortalte at evalueringen skjer fortløpende, og at de justerer behandlingsforløpet etter behov. Det skjer kontinuerlig evaluering i D-FACT. Miljøterapeut opplever at det kan være vanskelig å evaluere saker som går over tid, og han ser fram til å få en kollega som kan bidra med dette. Det at han sitter veldig nært er en utfordring, og det vil være positivt å diskutere med en annen som kanskje ser det fra en annen vinkel. En del av de som får tilbud fra rus og psykisk helsetjeneste har som nevnt vedtak. Etter det revisor har fått opplyst, er det ikke et fast system for at vedtaket skal evalueres etter en viss tid. Som allerede redegjort for, har det ikke vært etablert et avvikssystem i rus og psykisk helsetjenestene. Den nye rutinen er at avvik skal meldes i Compilo, og følges opp av helse- og omsorgssjef.

Når det gjelder hele styringssystemet som sådan, er det som nevnt vurdert at det er behov for mer skriftlighet i rus og psykisk helsetjeneste. Kommunen har dermed vurdert at det skriftlige styringssystemet ikke er tilstrekkelig. Helse- og omsorgssjef opplyste at det er besluttet at de fremover med jevne mellomrom skal sette av en arbeidsdag i rus og psykisk helsetjeneste til å drive med kvalitetsarbeid. Hensikten er å sikre god progresjon i utvikling av både tjenestetilbud, rutiner, vedtak og oppfølging, og sørge for at det settes i system.

4.8.2 Hjemmetjenesten

Det har i løpet av de siste årene vært gjennomført revisjoner og tilsyn rettet mot hjemmetjenestene i Lebesby kommune. KomRev NORD leverte en forvaltningsrevisjon om kvalitet og arbeidsmiljø i hjemmebasert omsorg til kontrollutvalget i 2022. Arbeidstilsynet gjennomførte et tilsyn i 2023, hvor kommunen fikk fem pålegg. Tilsynet omhandlet det psykososiale arbeidsmiljøet, og muskel- og skjelettplager. Det fremgår et brev sendt fra Arbeidstilsynet til Lebesby kommune datert 13.06.2024 at kommunen har oppfylt alle pålegg.

Avdelingsleder bekreftet at de evaluerer tiltak og tjenestetilbudet, og viste til eksempler. I noen av sakene er det satt opp tidspunkt for evaluering, men i de fleste sakene er det satt opp rutine med evaluering/revurdering ved endret pleiebehov, men at det minimum skal evalueres hvert halvår. Det har ikke i løpet av de siste årene blitt avdekket uforsvarlige eller lovstridige forhold i tjenesten som berører brukergruppen rus og psykiatri, opplyste avdelingsleder.

Videre opplyste hun at det ikke har blitt gjort en systematisk gjennomgang av alle rutine samlet i løpet av de siste årene, men at det ble gjort et ryddearbeid i forbindelse med forrige forvaltningsrevisjon, og at det ble satt mer i system. Samtidig har de en vei å gå, noe som også henger sammen med kommunens overordnede systemer. Avdelingsleder opplyste at hun sørger for at avdelingen har det som de skal ha, men er også avhengig av det som er overordnet.

På spørsmål om de har identifisert forbedringsområder i tjenestene til brukergruppen hjemmeboende personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser svarte helse- og omsorgssjef at de ikke har identifisert noe konkret, men at de alltid kan bli bedre. Det som har preget utviklingen de siste årene, er at man har gått fra å nesten utelukkende jobbe med de «tunge» brukerne til å etablere et lavterskeltilbud.

4.9 Vurderinger og konklusjon

Revisjonskriteriene for å besvare problemstilling 1 er utledet fra forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. I forskriften defineres styringssystem som den delen av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Revisors vurdering er at Lebesby kommune **til dels oppfylder revisjonskriteriet om å planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**. Vurderingen baserer seg på følgende oppsummerte funn knyttet til de oppgaver beskrevet i forskriften § 6 bokstav a til g:

- a. Oversikt over hvordan ansvar og myndighet er fordelt fremgår av organisasjonskart, delegasjonsreglementet og i stillingsbeskrivelser. Informantene ga uttrykk for at det er tydeliggjort. Lebesby kommune har planer som er av relevans for brukergruppen og som inneholder informasjon om mål, oppgaver og aktiviteter, men flertallet av disse er utgåtte og fungerer derfor ikke som styringsverktøy per i dag. Det har vært et mål i kommunen å satse på lavterskeltilbud til brukergruppen, og å utvikle tjenestetilbudet til barn og unge voksne. Revisor vurderer at det ikke fremgår klart hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomhetene.
- b. Kommunen innhenter i noen grad informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene. Det finnes ikke oppdatert informasjon om forekomst av rusavhengighet og psykiske problemer i befolkningen, men kommunen har gjennom folkehelseoversikten 2023 et kunnskapsgrunnlag som kan benyttes i planlegging av

tjenestetilbudet. Muntlige opplysninger tilsier at informasjon fra nasjonale kompetansesentre og diverse veiledningsmateriell benyttes i planleggingen av tjenester til brukergruppen.

- c. Revisor vurderer at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegger hvordan dette skal gjøres kjent. Ledelsen har opplyst at de planlegger tilbudet til brukergruppen utfra statlige føringer, og helse- og omsorgssjef videresender relevant informasjon. Vi vurderer at det ikke er et godt nok system for å holde oversikt over regelverk, retningslinjer og veiledere. Dokumentbiblioteket i Compilo inneholdt slike dokumenter. Ettersom hjemmetjenesten i større grad har utarbeidet og oppdatert rutiner, vurderer revisor at mangelen er størst i rus og psykisk helsetjeneste. Relevant regelverk og retningslinjer er ikke lett tilgjengelig for medarbeiderne i rus og psykisk helsetjeneste, men kommunen jobber med å forbedre systemet.
- d. Kommunen har ikke overordnede skriftlige rutiner for gjennomføring av formelle risikoanalyser, men har gjennomført slike analyser. Det er gjennomført ROS-analyser på et overordnet nivå, samt innenfor rus og psykisk helsetjeneste og i hjemmetjenesten. Disse gir oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav.
- e. Det er iverksatt tiltak som er ment til å minimalisere risiko, herunder utlåning av personell til rus og psykisk helsetjeneste, deltagelse i D-FACT og oppfølging av risikoanalyse i hjemmetjenesten.
- f. Kommunen har kompetanseplan for helse og omsorg. Både hjemmetjenesten og rus og psykisk helsetjeneste har oversikt over medarbeidernes kompetanse innen rus/psykisk helse.
- g. Funnene viser at kommunen har manglet et enhetlig system for å holde oversikt over avvik. I pleie- og omsorg har det blitt meldt avvik, men det har ikke blitt meldt avvik i rus og psykisk helsetjeneste. Fra og med februar/mars 2025 har rutinen vært at alle avvik skal meldes i Compilo. Forutsatt at rutinene følges, vil kommunen kunne få bedre oversikt over svikt, uønskede hendelser og hva som bør forbedres i tjenestetilbudet til brukergruppen hjemmeboende personer med rusmiddellidelser og/eller psykiske lidelser.

Revisors vurdering er at Lebesby kommune **til dels oppfyller revisjonskriteriet om å gjennomføre sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**. Vurderingen baserer seg på følgende oppsummerte funn knyttet til de oppgaver beskrevet i forskriften § 7 a bokstav a til e:

- a. Basert på muntlige opplysninger, vurderer revisor at virksomhetens oppgaver og organisering er kjent. Revisor anser det ikke som nødvendig å gjøre kjent planer som ikke lenger er gjeldende.
- b. Kommunen skal sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. I vurderingen av om forskriftskravet er oppfylt, vurderer revisor det som positivt at ledelsen har kompetanse innen rus og psykiatri, og som negativt at rus og psykisk helsetjeneste over flere år har manglet medarbeidere med nødvendig kompetanse. Situasjonen har bedret seg, men kommunen mangler fremdeles psykolog. Når det gjelder kompetanse, viser våre undersøkelser at D-FACT er viktig for å sikre god oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser eller rusproblem. Hjemmetjenesten har flere medarbeidere med relevant kompetanse innen rus/psykiatri. Revisor vurderer at mangelen på oppdaterte, skriftlige rutiner i rus og psykisk helsetjeneste er et relevant funn også for dette forskriftskravet. Det gjør det vanskelig

for medarbeidere å holde seg oppdatert på regelverk, retningslinjer m.m. Funnene viser at hjemmetjenesten i større grad ivaretar dette forskriftskravet. Hjemmetjenesten har skriftlige opplæringsrutiner for nyansatte, men rus og psykisk helsetjeneste har ikke slike rutiner.

- c. For å kunne utvikle og iverksette tiltak for å avdekke, rette og forebygge svikt, bør kommunen ha oversikt over risiko, avvik, brukererfaringer m.m, noe revisor vurderer at kommunen til dels har. Kommunen har igangsatt arbeid med å utvikle nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner i rus og psykisk helsetjeneste, og at det er satt av tid til dette arbeidet.
- d. Informantene har gitt eksempler på hvordan medarbeidere involveres, slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Det er også av relevans at det er etablert flere faste møtepunkter som sikrer informasjons- og kunnskapsdeling på tvers, for eksempel mellom legetjenesten og rus og psykisk helsetjeneste. Informantene opplever at samarbeidet internt i kommunen rundt brukergruppen fungerer godt. I vurderingen av § 7 bokstav d har vi også vektlagt at hjemmetjenesten har en egen «psykiatriliste», og at medarbeidere med kompetanse innen rus/psykiatri ofte går til disse brukerne.
- e. Revisor vurderer at kommunen ikke i tilstrekkelig grad sørger for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. I rus og psykisk helsetjeneste gjennomføres det ikke brukerundersøkelser eller andre formaliserte tiltak for å sikre brukermedvirkning. I pleie- og omsorg gjennomføres det brukerundersøkelser, og det er etablert brukerutvalg.

Revisors vurdering er at Lebesby kommune **til dels oppfyller revisjonskriteriet om å evaluere sine aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**. Vurderingen baserer seg på følgende oppsummerte funn knyttet til de oppgaver beskrevet i forskriften § 8 bokstav a til f:

- a. På overordnet nivå ivaretas kravet om å kontrollere at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres blant annet gjennom faste møter mellom ledelsen og medarbeiderne, og årlige skriftlige rapporteringer. Revisor mener at det er av relevans at mange av planene i helse- og omsorg er utdaterte ettersom det betyr at gjennomføringen ikke kan kontrolleres opp imot det som er bestemt i planer.
- b. I rus og psykisk helsetjeneste evalueres tjenestetilbudet til brukerne, blant annet i møter med legetjenesten og i D-FACT, men det er ikke satt i system hvor ofte tjenestetilbudet skal evalueres, eller utarbeidet skriftlige rutiner for dette. Revisor ser funnet i sammenheng med rutiner knyttet til saksbehandling og bruk av journalsystem. Det har ikke før inntil nylig vært mulig å opprette tiltaksplaner i journalsystemet i rus og psykisk helsetjeneste, til forskjell fra hjemmetjenesten. Funnene viser at hjemmetjenesten i større grad har fastsatte rutiner for evaluering av tjenestetilbud.
- c. I vurderingen av forskriftskravet om å evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen, viser revisor til det som er nevnt ovenfor under bokstav b. Videre vurderer revisor det som relevant at ledelsen har kompetanse innen rus og psykisk helse, siden det tilsier at de har kompetanse til å vurdere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen.
- d. Funnene viser at tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med rusmiddellidelser og/eller psykiske lidelser ikke vurderes på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer på en systematisk måte.
- e. Avvik gjennomgås i hjemmetjenesten, men ikke i rus og psykisk helsetjeneste. Det gjør det vanskelig å forebygge at lignende svikt/feil skjer på nytt. Samtidig med at forvaltningsrevisjonen pågikk, ble det besluttet at alle avvik skal meldes i Compilo.

- f. Det er også et krav i forskriften om å minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet. Styringssystemet skal gjennomgå mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Innenfor helse og omsorg er det ikke etablert rutiner for årlig gjennomgang og evaluering av styringssystemet. Etter revisors syn gir dette en risiko for at svikt på ulike områder ikke avdekkes og følges opp.

Revisors vurdering er at Lebesby kommune **til dels oppfyller revisjonskriteriet om å korrigere sine aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**. Vurderingen baserer seg på følgende oppsummerte funn knyttet til de oppgaver beskrevet i forskriften § 9 a til c:

- a. Plikten til å korrigere innebærer at uforsvarlige forhold og andre lovstridige forhold må rettes opp. Revisor er ikke kjent med at det har blitt avdekket uforsvarlige eller lovstridige forhold i tjenestene til brukergruppen i løpet av de siste årene.
- b. Når det gjelder å sørge for at korrigerende tiltak blir iverksatt, vurderer revisor at dette i noen grad er ivaretatt. Det er gjort korrigerende tiltak, herunder oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapport og tilsyn i hjemmetjenesten. Utlån av fagfolk fra hjemmetjenesten til rus og psykisk helsetjeneste kan også ses på som et korrigerende tiltak. Revisor vurderer at kommunen ikke har hatt et godt nok system for å sørge for korrigerende tiltak, og begrunner dette i særlig grad med manglene knyttet til rapportering og oppfølging av avvik. Uten kjennskap til hvor det har gått galt, er det vanskelig å iverksette korrigerende tiltak.
- c. Det er vurdert av kommunen selv at det dokumenterte styringssystemet i rus og psykisk helsetjeneste er mangelfullt, og det er satt av tid til å arbeide med forbedring og utvikling av rutiner og prosedyrer.

Revisors vurdering er at Lebesby kommune **til dels oppfyller revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for brukergruppen**. Dokumentasjon av styringssystemet er et virkemiddel for å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt, og at lovpålagte krav overholdes. Styringssystemet skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Det innebærer at revisor ikke kan stille absolutte krav til omfanget eller dokumentasjonen av styringssystemet. På den ene siden tilsier kommunens størrelse at dokumentasjon av styringssystemet ikke behøver å omfatte alle planer, rutiner og gjøremål. Våre undersøkelser viser at flere deler av styringssystemet er dokumentert, blant annet foreligger det oversikt over fordeling av ansvar og myndighet, risikoanalyser og rutiner for saksbehandling, samt fagrutiner i hjemmetjenesten. På den andre siden vurderer revisor at kommunen mangler dokumentasjon av sentrale områder i styringssystemet, og at dokumentasjonen ikke er tilstrekkelig til å sikre ivaretagelse av kravene til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende tiltak av kommunens tjenestetilbud til hjemmeboende personer med rus- og psykiske lidelser. Revisor vurderer at manglene i særlig grad knytter seg til overordnede planer, oversikt over avvik og brukererfaringer, og tilgangen på oppdaterte og relevante retningslinjer og fagprosedyrer i rus og psykisk helsetjeneste. Det er ikke i tråd med § 5 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring om at dokumentasjonen på styringssystemet til enhver skal være oppdatert og tilgjengelig. I vår vurdering har vi også vektlagt at kommunen selv har vurdert at det er behov for mer skriftlighet i rus og psykisk helsetjeneste. Kommunen hadde planer om å i større grad dokumentere styringssystemet, og gjøre det tilgjengelig i Compilo.

Revisors vurdering er at Lebesby kommune **i liten grad har oppfylt revisjonskriteriet om å ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig, og i hvilken grad det skal**

dokumenteres. Selv om det er vurdert et det er behov for å utvikle det dokumenterte styringssystemet, fremstår det ikke for revisor som at det er gjort en systematisk vurdering av hele styringssystemet.

Konklusjonen på problemstilling 1 er at Lebesby kommune til dels har et system for å sikre et tjenestetilbud i tråd med regelverket. Våre funn og vurderinger viser at Lebesby kommune har flere elementer av et system med relevans for kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, men at systemet også har mangler i henhold til forskriften. Lebesby kommune har ikke gjeldende overordnet planverk for tjenestene og dermed i liten grad egne målsetninger å vurdere tjenestetilbudet opp mot.

5 INFORMASJON OM TJENESTETILBUDET

Sikrer Lebesby kommune at innbyggerne i målgruppen for tjenesten får tilstrekkelig informasjon om tjenestene kommunene tilbyr, herunder spesielt lavterskeltilbud og forebyggende arbeid mot ungdom?

5.1 Informasjonskanaler

Det informeres om tjenestetilbudet på flere måter. De kommunale tjenestene som kommer i kontakt med aktuelle brukere, kan vise til at kommunen har rus og psykisk helsetjeneste. I intervjuer ble det gitt uttrykk for at lavterskeltilbudet er forankret og kjent i kommunen, og det er kjent at hjemmetjenesten tilbyr tjenester til kronikerne.

Vi fikk opplyst at det ofte er slik at innbyggerne får informasjon om tjenestetilbudet gjennom fastlegene. Fastlegene informerer pasientene om tilgjengelige tjenester, og henviser til rus og psykisk helsetjeneste ved behov. Samlokaliseringen mellom legetjenesten og rus og psykisk helsetjeneste ble trukket frem som en fordel. Som redegjort for har Lebesby kommune hatt en stabil legetjeneste over tid.

Det er nytt at kommunen har tjenester opp mot barn og unge innen rus og psykisk helse. Som beskrevet i kapittel 5 i rapporten, orienterte miljøterapeut for prosjektet i Ungdomsrådet i februar 2025. Det er besluttet at Ungdomsrådet med referansegruppe og elevrådet skal være deltagende inn i prosjektet. I søknaden til Statsforvalteren om tilskudd opplyses det også om at det skal benyttes informasjonsmøter for barn, unge og foresatte. Dersom prosjektet får tilskudd, vil det bli utarbeidet spørreundersøkelse til brukergruppa og foresatte/pårørende.

5.2 Informasjon på kommunens hjemmeside

På kommunens hjemmeside er det kortfattet informasjon om rus- og psykiatritjenesten. Helse- og omsorgssjef og miljøterapeut rus fortalte at informasjonen på kommunens nettside er mangelfull. De to miljøterapeutene hadde fått i oppdrag å vurdere hvilken informasjon som bør være med, og de var i startfasen av arbeidet da forvaltningsrevisjon pågikk. Målet er å gjøre det enklere for innbyggerne å få informasjon om tilgjengelige tjenester. Det ble vurdert som viktig i og med at det er et lavterskeltilbud, noe som betyr at det ikke skal være nødvendig å måtte gå gjennom fastlegen for å få informasjon om tilbudet. På nettsiden vil de også legge inn relevant kontaktinformasjon, for eksempel til hjelpetelefoner og pårørendegrupper. Informasjon om prosjektet rettet mot barn og unge er også relevant.

Lebesby kommune har satsingen «Laget rundt barnet», som miljøterapeut ansatt i prosjektstillingen er knyttet opp mot. På kommunens hjemmeside står det at «Laget rundt barnet» er et tverrfaglig samarbeid, og at det består av skolene, barnehage, barnevern, PPD, helsesykepleier og kulturadministrasjon. Det står at mer informasjon kommer.

5.3 Oppsummering

Problemstillingen er besvart beskrivende, og revisor har derfor ikke formulert en konklusjon. Våre undersøkelser viser at det informeres på flere måter, og ofte er det slik at innbyggerne får informasjon om tjenestetilbudet gjennom fastlegene. Kommunen jobbet med å oppdatere informasjonen om rus og psykisk helsetjeneste på hjemmesiden, da de vurderte den som mangelfull. Ungdomsrådet har blitt informert om prosjektet rettet mot barn og unge.

6 UTTALELSE

Revisor sendte rapportutkast til kommunedirektøren den 18. juni. Vi mottok følgende svar den 24. juni:

Hei

Kommunedirektøren har ingen merknader eller tilføyelser til rapporten

Med vennlig hilsen

Harald Larssen

Kommunedirektør
Lebesby kommune

Hjemmeside: www.lebesby.kommune.no

Postadresse: Postboks 38, 9790 Kjøllefjord

Besøksadresse: Strandvegen 152, Kjøllefjord

Mobil: +47 95899585

E-post: harald.larssen@lebesby.kommune.no

7 ANBEFALINGER

På bakgrunn av våre funn, vurderinger og konklusjoner anbefaler vi Lebesby kommune å videreutvikle styringssystemet. Herunder anbefaler vi kommunen å:

- påse at overordnet planverk gjeldende for helse og omsorg, herunder for området rus og psykisk helse, blir utarbeidet
- vurdere hvilke skriftlige rutiner, prosedyrer og andre styringsdokumenter som er nødvendige i rus og psykisk helsetjeneste, utarbeide disse og gjøre de kjent og tilgjengelig for ledere og ansatte
- sikre at avvik rapporteres og følges opp
- sørge for systematisk brukermedvirkning
- sørge for at hele styringssystemet gjennomgås og vurderes minst en gang årlig

8 REFERANSER

Lov og forskrift

- Lov av 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift av 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene

Veiledere

- Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Veileder til lov og forskrift utgitt av Helsedirektoratet. Publisert 17. februar 2017, oppdatert 29. oktober 2018.
- Psykisk helse- og rusarbeid for voksne. Veileder utgitt av Helsedirektoratet. Publisert 26. februar 2025

Kommunale dokumenter

Overordnet:

- Planer og kunnskapsoversikter Lebesby kommune
- Delegasjonsreglement 2024-2027
- Organisasjonskart
- Årsberetning 2024
- Årsmelding fra sektorene 2023
- Årsmelding 2024 helse- og omsorg
- Risikoanalyse Lebesby kommune. Oppdatert versjon 14.04.24.
- Rutiner og maler for individuell plan
- Diverse dokumenter i Compilo (revisor har hatt gjestetilgang)

Rus og psykisk helsetjeneste:

- Stillingsbeskrivelse for psykiatrisk sykepleier/spesialsykepleier
- Stillingsbeskrivelse for miljøterapeut rus
- Forenklet risikoanalyse rus og psykisk helsetjeneste
- Rapport fra ROP-tjenesten i Lebesby kommune i tilknytning til årsmelding 2024/2025
- Rapport fra ROP tjenesten 2023
- Diverse fagprosedyrer

Hjemmetjenesten:

- Utkast til kvalitetsbok for hjemmebasert omsorg i Lebesby kommune
- Psykiatriliste
- AK-vaktene på hjemmetjenesten

Øvrige dokumenter oversendt av kommunen

- Søknad til Statsforvalteren: «Søknad og rapportering – Tilskudd til kommunalt rusarbeid – Kap- 765 post 62».
- Brev fra Arbeidstilsynet 13.06.2024: «Oppfølging av tilsyn – LEBESBY KOMMUNE org.nr 940400392».

Øvrige dokumenter

- Forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet og arbeidsmiljø i hjemmebasert omsorg». KomRev Nord 2022.
- Orienteringssak til møte i Ungdomsrådet 26.02.25: «Orienteringssak 26/2 – 2025».

Nettsider

- Compilo sin nettside: <https://beta.compilo.no/?page=1000>
- D-Fact, Sámi klinihkka: <https://www.finnmarkssykehuset.no/avdelinger/sami-klinihkka/sanks/d-fact-sami-klinihkka/#les-mer-om-d-fact-sami-klinihkka>
- FACT (fleksibel aktiv oppsøkende behandling): <https://www.finnmarkssykehuset.no/behandlinger/fact/>
- Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus: <https://www.finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/sanks>
- Statsforvalterenes kommunebilde av Lebesby september 2024: <https://kommunebilde.statsforvalteren.no/publisert/54/5624/0abc3360-6fb4-421f-9161-66f3c6950500>

9 VEDLEGG

Vedlegg 1: Utledning av revisjonskriterier til problemstilling 1

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester, heretter helse- og omsorgstjenesteloven, gjelder for helse- og omsorgstjenestene som ytes av kommunen. Kommunens overordnede ansvar fremgår av § 3-1. Etter denne bestemmelsen skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med psykisk sykdom og/ eller rusmiddelproblem. Kommunen er etter § 4-2 i helse- og omsorgstjenesteloven pliktig til å sørge for at virksomhetene arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. For å sikre at befolkningen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester må kommunen planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. § 3-1, tredje ledd.

Dette er nærmere regulert i forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften beskriver hvordan helse- og omsorgstjenestene skal planlegge, gjennomføre og evaluere og korrigere sine virksomheter slik at de oppfyller krav i lovverket. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og sikre at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen blir fulgt. Forskriften gjelder for virksomheter på ulike nivå i helse- og omsorgssektoren, inkludert de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til forskriften.

Et relevant begrep i denne sammenhengen er *styringssystem*. Forskriften § 4 definerer styringssystem for helse- og omsorgstjenesten som den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Ifølge veilederen til forskriften består styringssystemet av de aktivitetene, systemene og prosessene som tas i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten. Det argumenteres i veilederen for at begrepet styringssystem, slik det er brukt i forskriften, i stor grad er sammenfallende med kravene til internkontroll. Intensjonen med å benytte styringssystem istedenfor interkontroll er å synliggjøre at interkontrollen skal inngå som en del av den daglige driften av virksomheten.

Etter § 3 i forskriften er det den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som har ansvaret for styringssystemet. Dette ansvaret innebærer på et overordnet plan å sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften, og sørge for at medarbeiderne medvirker til dette. Det følger av forskriften § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig. Forskriften stiller også krav om at dokumentasjonen til enhver tid skal være oppdatert og tilgjengelig.

Kravene i forskriften er altså forholdsmessige. Styringssystemet skal ha det omfang som er nødvendig og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risiko-forhold. Det innebærer at hvilket omfang av styringssystemet som er nødvendig vil variere mellom virksomheter. Også kravet til dokumentasjon av styringssystemet er forholdsmessig; det skal

dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig. Det innebærer at det ikke kan oppstilles konkrete krav til hvilket omfang styringssystemet skal ha, eller i hvor stor grad det skal være dokumentert. Forskriftskravene innebærer imidlertid at Lebesby kommune må ha gjort en vurdering av hvilket omfang styringssystemet skal ha og i hvor stor grad dette skal dokumenteres. Vurderingene skal baseres på virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, og innebærer at kommunen må ha oversikt over dette. Videre må Lebesby kommune sørge for at styringssystemet ivaretar kravene som følger videre av forskriften. Disse gjennomgår vi i det følgende.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6-9 beskriver nærmere kravene til innholdet i styringssystemet. Bestemmelsene gjelder henholdsvis plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter. Vi har tatt utgangspunkt i disse, og utledet revisjonskriterier som er direkte knyttet til innholdet i forskriften.

Det følger av forskriften § 6 at plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a. ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- b. innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- c. ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- d. ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
- e. planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- f. ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- g. ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Vi utleder som revisjonskriterium at *Lebesby kommune for brukergruppen hjemmeboende personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser skal planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter følger av forskriften § 7, og innebærer følgende oppgaver.

- a. sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- b. sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c. 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
- d. sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
 - e. sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

Vi utleder som revisjonskriterium at *Lebesby kommune for brukergruppen hjemmeboende personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser skal gjennomføre sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8, og innebærer følgende oppgaver:

- a. kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- b. vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c. evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- d. vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- e. gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- f. minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Vi utleder som revisjonskriterium at *Lebesby kommune for brukergruppen hjemmeboende personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser skal evaluere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 9, og innebærer følgende oppgaver:

- a. rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b. sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c. forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Vi utleder som revisjonskriterium at *Lebesby kommune for brukergruppen hjemmeboende personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser skal korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

I tillegg utleder vi som revisjonskriterier at *Lebesby kommune for brukergruppen hjemmeboende personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser skal ha:*

- et dokumentert styringssystem
- vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig

Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner og fylkeskommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregnskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Finnmark fylkeskommune, Troms fylkeskommune og Nordland fylkeskommune, samt 51 kommuner fordelt på de tre nordligste fylkene.

Vårt hovedkontor ligger i Harstad, og vi har avdelingskontorer i Alta, Bodø, Finnsnes, Hammerfest, Leknes, Narvik, Sortland, Svolvær og Tromsø.

Vi har 55 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

Selskapet er uavhengig i forhold til kommuner, stat, privat næringsliv og andre institusjoner i samfunnet.

Vårt forvaltningsrevisjonsteam består av 16 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner i Lebesby kommune:

<i>Oppfølging av politiske vedtak</i>	<i>2018</i>
<i>Kvalitet og arbeidsmiljø i hjemmebasert omsorg</i>	<i>2022</i>

