



Namsos kommune v/ rådmannen  
Postboks 333 Sentrum  
7801 NAMSOS

Vår dato: 10.12.2018  
Vår ref.: 2018/7693

Deres dato: Deres ref.:

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

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Namsos kommune og besøkte i den forbindelse kommunen fra 06.11.2018 til 08.11.2018. Vi undersøkte om kommunen gir forsvarlige og koordinerte tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse i samsvar med aktuelle lovkrav.

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

### Fylkesmannens konklusjon:

Namsos kommune legger ikke til rette for et samordnet, helhetlig og forsvarlig tjenestetilbud til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse. Det er ikke etablert et tilstrekkelig styringssystem for enhetene som yter tjenester til pasient- og brukergruppen.

### Dette er brudd på:

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

## Innhold

|                                                                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Tilsynets tema og omfang .....</b>                                 | <b>2</b>  |
| <b>2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet .....</b>                         | <b>3</b>  |
| <b>3. Beskrivelse av faktagrunnlaget .....</b>                           | <b>4</b>  |
| <b>4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag .....</b> | <b>9</b>  |
| <b>5. Fylkesmannens konklusjon .....</b>                                 | <b>11</b> |
| <b>6. Oppfølging av påpekte lovbrudd .....</b>                           | <b>11</b> |
| <b>Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet.....</b>                           | <b>13</b> |

### 1. Tilsynets tema og omfang

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

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

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

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

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

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

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

## **2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet**

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

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

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

### **Forsvarlighetskravet**

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

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

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

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

### **Plikten til systematisk styring**

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

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

tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lov og forskrift, jf. hol. § 3-1 tredje ledd

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

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

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

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

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

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

### 3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

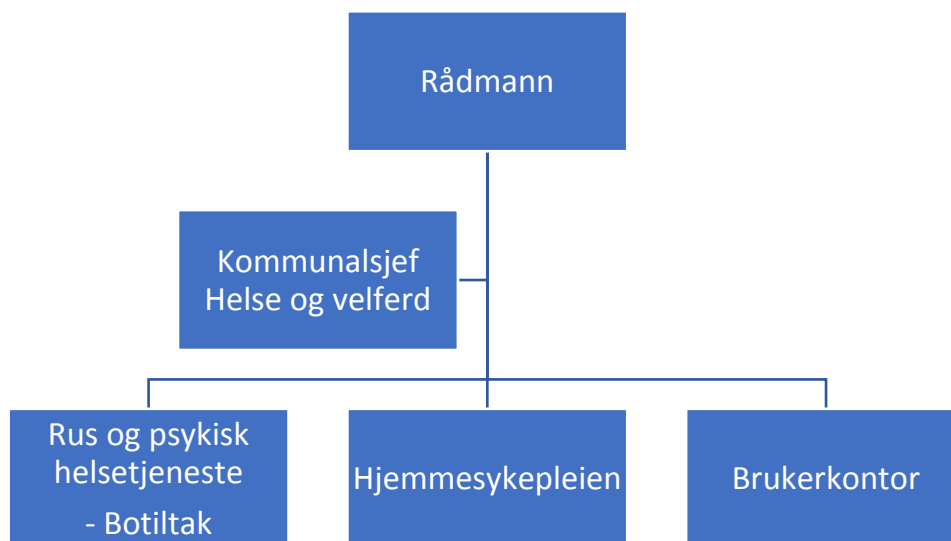
Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne blir overholdt.

#### Organisering

Namsos kommune har ca. 13 000 innbyggere. Kommunen har et interkommunalt samarbeid gjennom Midtre Namdal Samkommune, med en administrasjonssjef som øverste leder. Namsos kommune har sammen med kommunene Fosnes og Namdalseid vedtatt å slå seg sammen til en kommune. Dato for sammenslåingen er 01.01.2020. Dette innebærer en avvikling av samkommunen, som opphører fra 01.01.2020. Namsos kommune er i gang med omorganiseringsprosessen som omfatter både helse og omsorg og NAV.

Helse og omsorg er ledet av kommunalsjef helse og velferd, og er direkte underlagt rådmannen. Avdelingene innen helse og omsorg ledes av en avdelingsleder hver, som rapporterer direkte til kommunalsjef helse og velferd (navn på enhet og tittel på leder samsvarer ikke pr. i dag). Organisasjonskart inntatt nedenfor viser organiseringen av avdelingene innen helse og omsorg som er involvert i tjenesteytelsen til brukergruppen. Det skal bemerkes at Namsos kommune som nevnt ovenfor er i en omorganiseringsprosess, og for tiden har en midlertidig organisering.

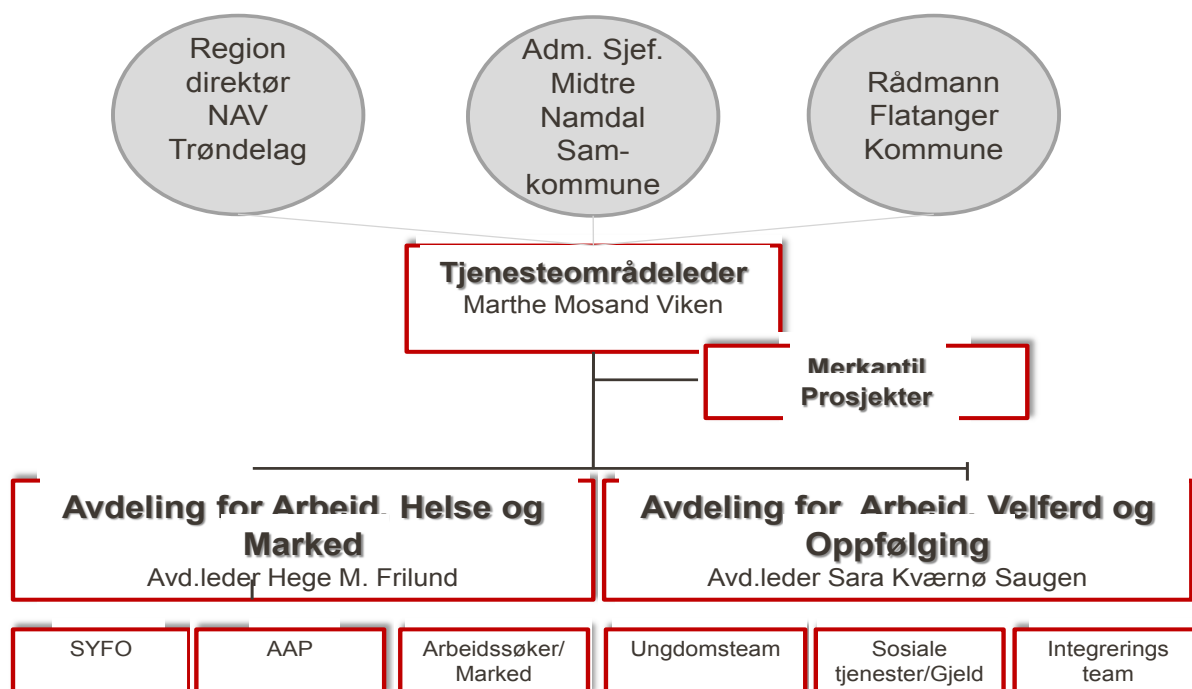
Organisasjonskartet tatt inn nedenfor er utarbeidet av tilsynslaget og fremstiller organiseringen slik det ble lagt frem for tilsynet.



#### NAV Midtre Namdal

NAV-kontoret i kommunen er lagt til NAV Midtre Namdal, jf. det interkommunale samarbeidet omtalt ovenfor. NAV Midtre Namdal betjener innbyggere i kommunene Namsos, Overhalla, Flatanger, Namdalseid og Fosnes. NAV-kontoret er organisert med administrasjonssjef for Midtre Namdal Samkommune som leder. Administrasjonssjefen deler lederansvaret med rådmannen i Flatanger kommune. Regiondirektør NAV-Trøndelag er øverste leder for den statlige delen av NAV-kontoret. Organiseringen fremgår av organisasjonskart inntatt nedenfor.

#### **NAV Midtre Namdal 2018**



**Bemanning, ansvar og myndighet**

### Brukerkontoret

Brukerkontoret er et forvaltningskontor og har ansvar for å fatte vedtak innenfor alle tjenester innen helse og omsorg, herunder vedtak på helsetjenester til ROP-pasienter. Ansatte på brukerkontoret har helsefaglig bakgrunn, og foretar kartlegging av ROP-pasientene.

### Rus og psykisk helsetjeneste

Avdelingen ledes av en avdelingsleder som har fagansvar, ivaretar daglig ledelse og er direkte underlagt kommunalsjef helse og velferd. Avdelingen har 54 årsverk totalt. Det er to ansatte som har fått delegert fagansvar for henholdsvis rus og psykiatrifeltet. Videre er det 4 øvrige ansatte på ulike botiltak med fagansvar knyttet til det aktuelle bofellesskapet. Åpningstiden til Rus og psykisk helsetjeneste er mellom kl. 08.00 – 15.00 på hverdager.

Avdelingen har følgende oppdeling:

- Utetjenesten:
  - Tjenesten har 10 ansatte, der 7 ansatte har 100 % stillinger og 3 av de ansatte har 60 % stillinger. Av de ansatte har 8 helsefaglig utdanning som sykepleiere, og to ansatte er utdannet vernepleiere. Det er to ansatte som er sosionomer. Alle ansatte har relevant videreutdanning.
- Oppsøkende team:
  - Oppsøkende team består av ansatte i utetjenesten som går i en turnus som utfører oppsøkende virksomhet på dagtid to dager i uken, til sammen 6 timer pr. uke. Formålet med oppsøkende team er å kunne yte helsehjelp til personer som ikke nyttiggjør seg vedtaksfestet helsehjelp. Det er en målsetting at teamet skal bestå av minst en tjenesteyter med helsefaglig utdanning. Dette er imidlertid ikke gjennomførbart i praksis til enhver tid.
- Botiltak/bo og oppfølgingstjenester:
  - Tjenester for ROP-pasienter som har behov for bolig med tilgjengelig helsepersonell i døgnskategorisk turnus. Namsos kommune har også en leilighet/rom (KAD) tiltenkt akutte situasjoner i et bofellesskap.

ROP-pasienter mottar tjenester fra Rus og psykisk helsetjeneste både i sitt hjem og i lokalene til tjenesten.

### NAV-kontoret

NAV-kontoret ledes av tjenesteområdeleder som har fått delegert vedtaksmyndighet fra administrasjonssjefen. Det er 9 kommunalt ansatte og 12 statlig ansatte som har Namsos kommune som sitt arbeidsområde. Det er ikke opprettet egne team eller lignende som arbeider særskilt med ROP-pasienter. Dette innebærer at alle ansatte kan yte tjenester etter sosialtjenesteloven § 17.

Det er en ansatt som er fagansvarlig, og dette omfatter også fagansvar knyttet mot ytelser/tjenester til ROP-pasientene.

### Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien ivaretar oppgaver knyttet til tjenesteytelsen til ROP-pasienter etter

kl. 15:00 på hverdager, samt i helger og ferier. Dette gjelder i hovedsak utdeling av legemidler. Hjemmesykepleien har også ansvar for andre helsetjenester, som f. eks. sårstell. For distrikt Vest har Rus og psykisk helsetjeneste v/ bofellesskapet Vikatunet overtatt deler av medisintutdelingen på kveld, helg og helligdager.

#### Legetjenesten

Alle brukerne er knyttet opp til fastlegeordningen. Ved behov for legetilsyn utenfor vanlig kontortid må legevakt kontaktes.

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

#### Helse og omsorg generelt

Det foreligger stillingsbeskrivelser for følgende:

- Helse- og omsorgssjef (endret tittel til kommunalsjef helse og velferd), avdelingsleder helse og omsorg, fagsykepleier i hjemmesykepleien, sykepleier, vernepleier og sosionom.

#### Brukerkontoret

Det er utarbeidet en prosedyre kalt: «*Tildeling av rus- og psykisk helsetjeneste*».

Brukerkontoret foretar kartlegging av ROP-pasientene ved bruk av IPLOS, og innhenter diagnoseopplysninger fra fastlege.

Det er faste inntaksmøter hver 14. dag mellom brukerkontoret og rus og psykisk helsetjeneste for gjennomgang av nye ROP-pasienter.

#### Rus og psykisk helsetjeneste

Tjenesten har utarbeidet en sjekklister for å sikre at relevant informasjon gis. Dette inkluderer aktuelle samtykker og informasjon om kommunens system for brukermedvirkning KOR/FIT.

Tjenesten har utarbeidet metodebeskrivelser for Utetjenesten og Oppsøkende team. Kommunen har også utarbeidet en prosjektplan kalt: «*Fra A til Å Namsos*», som innehar rammer for arbeidet rettet mot ROP-pasientene. Metodebeskrivelsene innehar fremgangsmåter for arbeidet som beskrives kort i det følgende, men er ikke anerkjent av ledelsen som prosedyre.

Alle ansatte deltar i ukentlige teammøter som ledes av fagansvarlige. Innkomne saker fra inntaksmøte med brukerkontoret fordeles til primærkontakter. Aktuelle problemstillinger kan tas opp til drøfting.

- Avdelingsleder:
  - Har faste møter med flere av samarbeidspartnerne, som Sykehuset Namsos v/VOPP, akuttpsykiatrisk avdeling, allmennpsykiatrisk avdeling og seksjon for psykose.
  - Har møter med fagansvarlige hver 14. dag og ved behov. Møtene har ikke en fastsatt agenda, og det skrives ikke referat.

- Fagansvarlige:
  - Ansvar for kvalitetssikring og kvalitetsutvikling.
  - Ansvar for brukerplankartlegging.
  - Avholder månedlige møter med NAV, politiet, SLT-koordinator, Friomsorgskontoret og avdeling for rus og avhengighet ved Sykehuset Namsos (ARA).
  - Møter med avdelingsleder hver andre uke og ved behov. (Uten fastsatt agenda og referat.)
  - Rapporterer til avdelingsleder kontinuerlig, minimum to ganger i året.
  - Leder teammøter.
- Primærkontakter
  - Har et særlig oppfølgingsansvar for tildelte brukere, herunder å være koordinator for IP og ansvarsgruppe, og følge opp at vedtak evalueres.

Kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser foretas ikke med bruk av kartleggingsverktøy eller andre systemer for innhenting av relevant og tilstrekkelig informasjon.

Det foreligger i hovedsak ingen planlagte tiltak ved forverring. Det foreligger heller ingen systematisert bruk av handlingsplaner (kriseplan) for å forhindre forverring for brukere dette kan være aktuelt for.

I journalsystemet «Profil» foreligger det system som ivaretar kartlegging av ernæringsstatus. I forhold til tannhelse, får bruker informasjon av Brukerkontoret om rettigheter til dekning av tannlegeutgifter. Eget skjema fylles ut av primærkontakt og sendes den offentlige tannhelsetjenesten. Tilsynet har imidlertid vist at det ikke foreligger systematisk kartlegging av somatiske helseproblemer, herunder kartlegging av ernæringsstatus, tannhelse, hepatitt a, b og c, og hiv og hud og bløtdelsinfeksjoner. Det foreligger heller ingen etablerte rutiner/praksis for å håndtere eller å tilby nødvendig somatisk helsehjelp i den daglige tjenesteytingen. Det er i stor grad opp til den enkelte tjenesteyter når det f. eks. skal tas kontakt med fastlege.

#### NAV-kontoret

Det er utarbeidet rollebeskrivelse for fagansvarlig. Det er ingen særskilte rutiner eller praksis knyttet til tjenesteytelsen rettet mot ROP-pasientene. Det er nå igangsatt et arbeid for å innarbeide rutiner for tjenestene rettet mot ROP-pasientene.

Det finnes spor i journalsystemene at tjenesten «Opplysning, råd og veiledning» etter sosialtjenesteloven § 17 gis, men vedtak fattes i hovedsak ikke. Tjenesten fremstår som lite tilgjengelig for ROP-pasientene, og er lite kjent innen andre enheter i kommunen. Ytelsen begrenses i stor grad til kun økonomisk rådgivning.

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

Det er en engasjert og stabil ansattgruppe som arbeider med ROP-pasienter i Namsos kommune, og det er kort avstand mellom ansatte og ledere. Ansatte ved de ulike enhetene og samarbeidspartnere kjenner til hverandre. Det er ingen utstrakt bruk av IP, men ansvarsgruppemøter med koordinator brukes på en aktiv og planlagt måte. Det er primærkontaktene i Rus og psykisk helsetjeneste som er koordinatorene i ansvarsgruppene, og som tar med aktuelle representanter fra øvrige enheter inn i ansvarsgruppene. Fastlege og NAV involveres regelmessig i ansvarsgruppene. Det er imidlertid sjelden at hjemmesykepleien er involvert i ansvarsgruppene.



Hjemmesykepleien har ansvar for ROP-pasientene etter stengetid til Rus og psykisk helsetjeneste kl. 15.00, og i helger. Tilsynet har ved journalgjennomgang og intervju imidlertid vist at det ikke foreligger samordning eller en helhetlig forståelse av tjenesteytelsen mellom hjemmesykepleien og rus og psykisk helsetjeneste. Hjemmesykepleien og Rus og psykisk helsetjeneste har ulike synspunkter på hvordan tjenesteytelsen skal gjennomføres, og tjenestene gis i praksis ulikt. Hjemmesykepleien får bestillinger på hva som skal utføres, uten i stor grad å være involvert i planlegging eller et samarbeid knyttet til hvordan tjenestene skal ytes.

Det er ikke utviklet et system for etablering av prosedyrer. Dvs. faste prosedyrer som skal evalueres innen et fastsatt tidspunkt. Metodebeskrivelsene og rapportene som i hovedsak beskriver rammene for tjenesteytelsen, innehar ingen evalueringstidspunkter, og er ikke dokumenter med en klar forankring fra ledelsen.

Ledelsen ved Rus og psykisk helsetjeneste, brukerkontoret, hjemmesykepleien og NAV har ikke faste møter på ledelsesnivå. Manglende kjennskap til sosialtjenesteloven § 17, og manglende samarbeid mellom Rus og psykisk helsetjeneste og hjemmesykepleien, viser et behov for større styring, samordning og kontakt mellom ledernivå innen kommunen.

#### **4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag**

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

Sosialtjenesteloven med internkontrollforskrift og helse- og omsorgslovgivningen setter krav til ledelse og systematisk styring for å sikre forsvarlige tjenester. Nødvendige tiltak skal planlegges, iverksettes, evalueres og korrigeres. Forsvarlige tjenester til personer med rusmiddelproblematikk og psykisk lidelse setter store krav til organisering, struktur og kontinuitet i utførelsen av tjenestene.

##### Ledelse og samordning av tjenestene

Kommunen har ikke etablert et system for etablering av prosedyrer/planer og samordning av tjenesteytelsen som sikrer at ROP-pasienter mottar forsvarlige tjenester. Kontakt mellom de ulike enhetene innen kommunen på ledelsesnivå er ikke systematisert, idet ledelsen ved Rus og psykisk helsetjeneste, hjemmesykepleien og NAV ikke har faste møter på ledelsesnivå. Tjenesteytelsen er således i stor grad styrt av den enkelte ansatte, og er ikke tilstrekkelig planlagt. Kontroll og iverksetting av eventuelle korrigerende tiltak sikres derfor ikke. ROP-pasienter er en sårbar pasient- og brukergruppe der samordning er viktig for å sikre at forsvarlige tjenester ytes, også utenfor vanlig kontortid. Aktiv bruk av ansvarsgruppemøter er viktig, men er ikke alene tilstrekkelig for å sikre samordning og kontroll på ledernivå. Det skal til dette tas med at møter uten fastsatt agenda og uten at det føres referat heller ikke kan anses som tilstrekkelig styring.

##### Kartlegging av rusmiddelproblematikk og psykiske lidelser – Tiltak ved forverring

Rusmiddelproblem og psykiske lidelser blir ikke tilstrekkelig kartlagt. Dette fordi det ikke benyttes kartleggingsverktøy eller andre systemer som gir tilstrekkelige opplysninger om rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, dvs. varighet, omfang, endringer, utvikling, alvorlighetsgrad osv. Anbefalte kartleggingsverktøy benyttes ikke, som f. eks. CAGE, AUDIT, DUDIT, SCL-10 osv., jf. Nasjonal faglig retningslinje IS-1948, der det fremgår følgende om kommunens ansvar for kartlegging, punkt 8.3.1 side 76, og anbefaling 65:

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

Det er utelukkende IPLOS som benyttes som kartleggingsverktøy av brukerkontoret. IPLOS er ikke særskilt egnet for kartlegging av rusmiddelproblem og psykisk lidelse. Kommunen har således ikke et system som sikrer at relevant og tilstrekkelig informasjon om rusmiddelproblematikk og psykisk lidelse blir innhentet.

Det foreligger i hovedsak ingen planlagte tiltak ved forverring, eller systematisert bruk av handlingsplaner (kriseplan) for å forhindre forverring for brukere dette kan være aktuelt for. Tiltak i forbindelse med forverring bør være nedfelt i en plan, og involvere samarbeid med øvrige samarbeidspartnere. Dette fordi ulike samarbeidspartnere kan avdekke forverring, og bør da gjøres i stand til å kontakte riktig enhet eller direkte iverksette planlagte tiltak.

### Somatiske helseproblemer

Det foreligger ingen systematisk kartlegging av somatiske helseproblemer, herunder kartlegging av ernæringsstatus, tannhelse, hepatitt a, b og c, hiv og hud og bløtdelsinfeksjoner. Det fremgår følgende av Nasjonal faglig retningslinje IS-1948 knyttet til dette, punkt 8.3.9 side 81:

*«Primærhelsetjenesten har ansvar for oppfølging og behandling av somatisk helse. Den somatiske helsetilstanden påvirker den psykiske helse, for eksempel ernæring, hiv, hepatitt A, B og C, hudinfeksjoner og tannhelse. Hiv, hepatitt A, B og C-status bør derfor kartlegges hos alle som har brukt sprøyter til rusmiddelbruk, og behandlingsbehovet knyttet til hiv og hepatitt må avklares i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det vises til anbefaling om at alle sykdommer som ROP-pasienter er mest utsatt for å få, utredes, jf. anbefaling 22.»*

Nasjonal faglig retningslinje IS-1948, punkt 7.7.2 side 65:

*«Personer med ROP-lidelser bør følges opp med tiltak for et bedre og mer allsidig kosthold.»*

Det foreligger ikke et system eller en etablert praksis for å håndtere eller å tilby nødvendig somatisk helsehjelp i den daglige tjenesteytingen. Somatiske lidelser som ikke er spesielt knyttet til rusmiddelproblem og psykiske lidelser, bør også følges opp. Dette i og med at ROP-pasienter kan ha utfordringer med å selv kontrollere sin somatiske helsetilstand. Det er imidlertid et nært samarbeid med fastlege i aktuelle saker, der primærkontakt gis ansvar for å vurdere oppfølging.

Manglende kartlegging og systematisk oppmerksomhet rettet mot somatiske helseproblemer vil kunne føre til at ROP-pasienter ikke mottar forsvarlig helsehjelp. Det vil foreligge en risiko for at det ikke gis forsvarlig helsehjelp når det i stor grad er opp til den enkelte tjenesteyter når det f. eks. skal tas kontakt med fastlege/legevakt. Dette vil også kunne ha særlig betydning i de tilfeller der ROP-pasienter har kontakt med tjenesteytere uten helsefaglig utdanning.

### Tjenesten «Opplysning, råd og veiledning»

Tjenesten «Opplysning, råd og veiledning» etter sosialtjenesteloven § 17 gis i en viss grad, men vedtak fattes i hovedsak ikke. Tjenesten fremstår som lite tilgjengelig for ROP-pasientene, og er lite kjent innen andre enheter i kommunen. Ytelsen begrenses i stor grad til kun å omfatte økonomisk rådgivning, og ytes således ikke forsvarlig.

## Oppsummering

Kommunens mangelfulle styring utgjør en risiko for at en sårbar pasient- og brukergruppe ikke mottar forsvarlige tjenester. Praksisen avviker så mye fra gjeldende faglige anbefalinger at den etter fylkesmannens vurdering er i strid med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4.

## **5. Fylkesmannens konklusjon**

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

Namsos kommune legger ikke til rette for et samordnet, helhetlig og forsvarlig tjenestetilbud til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse. Det er ikke etablert et tilstrekkelig styringssystem for enhetene som yter tjenester til pasient- og brukergruppen.

### **Dette er brudd på:**

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

## **6. Oppfølging av påpekte lovbrudd**

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

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

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

Med hilsen

Jan Vaage  
Avdelingsdirektør  
Helse- og omsorgsavdelingen

Erik Stene  
Avdelingsdirektør  
Oppvekst og velferdsavdelingen

Ingrid Karin Hegvold  
Revisjonsleder/seniorrådgiver  
Helse- og omsorgsavdelingen

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen underskrift*

Kopi til:  
Statens helsetilsyn    postboks 231 Skøyen    0213    OSLO

## Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

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

- Varsel om tilsynet ble først sendt 09.03.2018, med planlagt avholdt tilsyn i perioden 24. - 26. april 2018. Tilsynet ble utsatt i brev av 04.04.2018. Nytt varsel om tilsyn ble sendt 06.09.2018.
- Det ble avholdt møter med 4 brukere den 06.11.2018.
- Tilsynsbesøket ble gjennomført i lokalene til Rus og psykisk helsetjeneste i Namsos kommune, og innledet med et kort informasjonsmøte den 06.11.2018, der kommunen i tillegg ga generell informasjon.
- Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 08.11.2018.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

- Informasjon på kommunens hjemmesider inkludert organisasjonskart
- Boligsosial handlingsplan 2010 - 2014
- Brukerundersøkelse ved Rus og psykisk helsetjeneste
- Delegasjon fra Helse og omsorgssjef
- Handlingsplan for psykisk helsearbeid 2013 - 2017
- Tjenestebeskrivelse - Helsetjenester i hjemmet
- Ledelse og kvalitetsforbedring – Helse og omsorg
- Metodebeskrivelse oppsøkende team
- Metodebeskrivelse Rus og psykisk helsetjeneste
- Prosjektplan Fra A til Å Namsos kommune
- Rullering kompetanseplan 2018
- Ruspolitisk handlingsplan 2009 - 2013
- Rutinebeskrivelse Brukerkontoret
- Sjekkliste opplæring nyansatte og studenter
- Sjekkliste for informasjon og utdeling av skjema til nye brukere
- Stillingsinstrukser Helse og omsorg
- Tjenestebeskrivelse - Støttekontakt
- Organisasjonskart NAV Midtre Namdal
- Fagansvarlig – Rollebeskrivelse
- Delegasjon av vedtaksmyndighet fra administrasjonssjefen til leder for MNS NAV
- Sosialpolitisk plan 2016 - 2019
- Arbeidsrettet brukeroppfølgning - orientering
- Oversikt over ansatte
- Delegasjonsreglement MNS
- Veiledning av brukere med psykiske helseproblemer og rus
- Intern rapport – Samhandling Nav Midtre Namdal Samkommune
- Virksomhetsplan 2017

Det ble valgt ut og gjennomgått 9 journaler fra psykisk helsetjeneste og rus. Det ble valgt ut og gjennomgått 7 brukermapper fra NAV.

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

| Navn                 | Funksjon/stilling                           | Intervju                            | Oppsummerende møte                  |
|----------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Åse Grande Dahl      | Fagansvarlig Rus og psykisk helsetjeneste   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Lene Lindsetmo       | Fagansvarlig NAV                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Karin Bergstrøm      | Ansatt Rus og psykisk helsetjeneste         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Raymond Vikan        | Ansatt Rus og psykisk helsetjeneste         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Hanne Nordgård       | Ansatt Brukerkontoret                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Else Skive Ramstad   | Ansatt NAV                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Heidi Klingen        | Ansatt NAV                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Margrethe Høilo      | Ansatt NAV                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Kathrine Barstad     | Ansatt NAV                                  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Torkild Ternås       | Ansatt NAV                                  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ida Sjølien          | Ansatt NAV                                  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tore Flosand         | Assisterende Helse og omsorgssjef           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Britt Halse Moltu    | Leder Hjemmetjenesten                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Frode Båtnes         | Avdelingsleder Rus og psykisk helsetjeneste | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Marthe Mosand Viken  | Tjenesteområdeleder NAV                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Svenn Morten Iversen | Fastlege                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Ottar Hoddø          | Ansatt hjemmesykepleien                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Gørhill Skogseth     | Kommunalsjef helse og velferd               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

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

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