



Lyngdal kommune  
Postboks 353  
4577 LYNGDAL

Deres ref.

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)  
2017/1795

Dato  
21.08.2017

## Rapport fra tilsyn med tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - landsomfattende tilsyn 2017

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Lyngdal kommune den 19.04.2017 og 20.04.2017. Vi undersøkte om virksomheten sørger for at tjenester til personer med rusmiddelproblematikk og psykisk lidelse (ROP- lidelser) blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at brukerne får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn. Brukernes meninger om og erfaringer med tjenestetilbudet i kommunen er viktig informasjon for tilsynsmyndigheten, både når det gjelder kvaliteten på tjenestene og kommunens praksis når det gjelder brukerinvolvering. 4 brukere har derfor blitt intervjuet ved dette tilsynet.

Tilsynet har hatt fokus på om kommunen ved helse- og omsorgstjenesten og sosiale tjenester:

- kartlegger brukernes helhetlige situasjon og behov for tjenester
- yter helsetjenester og oppfølging av rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer
- samarbeider slik at tjenestene brukerne mottar er helhetlige og koordinerte
- tilbyr og yter tjenester for å mestre praktiske oppgaver ved å bo
- ivaretar brukernes rett til å medvirke

Fylkesmannen konkluderer med følgende:

Det ble ikke avdekket lovbrudd under tilsynet. Tilsynet er derfor avsluttet.

### Innhold

1. Tilsynets tema og omfang
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag
5. Tilsynsmyndighetens konklusjon

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

## 1 Tilsynets tema og omfang

Tilsynet er rettet mot kommunens tjenester til voksne personer (> 18 år) 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 er gjennomført som systemrevisjon.

Tilsynet inkluderer brukere uavhengig av hvilke rusmidler de benytter (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.). Det skilles heller ikke på om personene aktivt benytter rusmidler eller om de er i rehabilitering etter behandling for sitt rusmiddelbruk.

Fylkesmannen har undersøkt 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.

Vi har undersøkt om kommunen, ved helse- og omsorgstjenesten og sosiale tjenester i NAV:

- Kartlegger brukernes helhetlige situasjon og behov for tjenester
- Gir oppfølging av rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer
- Samarbeider slik at tjenestene brukerne mottar er helhetlige og koordinerte
- Tilbyr og yter tjenester slik at bruker kan mestre å bo i egen bolig
- Ivaretar brukernes rett til å medvirke

Vi har undersøkt om kommunen systematisk kartlegger viktige områder som;

- rusmiddelbruk og psykisk helsesituasjon
- somatisk helsesituasjon
- hvilken hjelp bruker mottar fra kommunen, spesialisthelsetjenesten eller andre instanser (for eksempel private psykiatere/psykologer eller lavterskeltilbud)
- bosituasjon og behov for tjenester for å mestre å bo i egen bolig
- økonomi
- familie og annet nettverk, særlig om brukeren har omsorg for barn
- arbeid/aktivitet

Videre har vi sett på om brukerne får nødvendig hjelp innenfor alle områder de trenger hjelp, og om kommunen har et system som sikrer at tjenestene samarbeider for å gi brukerne et helhetlig og koordinert tilbud. Når det gjelder samarbeid tenker vi både på internt samarbeid mellom kommunale tjenester, NAV og fastleger m.m, og med spesialisthelsetjenesten der det er aktuelt.

Kommunens ansvar for å medvirke til å skaffe varig bolig til vanskeligstilte har ikke vært omfattet av tilsynet.

Tilsynet er gjennomført som en systemrevisjon. Dette innebærer at vi i tilsynet har undersøkt om kommunen gjennom god internkontroll sikrer forsvarlige tjenester. Spesielt når flere instanser er involvert i tjenesteyting, blir det viktig at overordnet ledelse legger til rette for og følger opp at nødvendig samhandling fungerer på tvers av organisatoriske enheter.

Vi har i tilsynet undersøkt hvordan kommunens ledelse følger med på at styringen av tjenestene fungerer som forutsatt og er tilstrekkelige for å gi forsvarlige tjenester.

## 2 Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 12-3, helsetilsynsloven § 2 og Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sotjl) § 9.

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.

### Forsvarlighetskravet

Kravet om forsvarlighet, jf. hol § 4-1 og (sotjl) §4 er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer.

Forsvarlighetskravet er en rettslig minstestandard, og setter en nedre grense for hva som kan aksepteres før det må regnes som svikt i tjenestene. Kravet til forsvarlighet må gjelde tilgjengelighet, kvalitet, innhold og omfang

Det er utarbeidet flere publikasjoner som gir innhold til hva som er faglig forsvarlig og som er aktuelle for dette tilsynet:

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS-1948) utgitt av Helsedirektoratet (Heretter kalt ROP-retningslinjen).
- Rundskriv nr. 35 til sosialtjenesteloven utgitt av Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2012.
- Veileder til bruk ved økonomisk rådgivning. NAV September 2013. Sist endret april 2016.
- Veileder til sosialtjenesteloven § 17, Hvordan fatte vedtak på tjenester, opplysning , råd og veiledning? - utgitt av Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2014.
- Sammen om mestring. Veileder i psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (IS-2076). Utgitt av Helsedirektoratet i 2014.

Helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester i NAV bør etterstrebe å yte tjenester som er i tråd med slike publikasjoner, men det vil ofte være et handlingsrom hvor hjelpen fortsatt vil kunne være forsvarlig selv om praksis avviker noe fra gitte anbefalinger.

### 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 (internkontrollforskriften). 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.

Kravene til styring, organisering og ledelse i helse- og omsorgstjenesten er konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft 1. januar 2017. Den nye forskriften anses for å være en videreføring av gjeldende rett, selv om enkelte ansvarsforhold og oppgaver utdypes og tydeliggjøres.

### **Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning er en forutsetning for forsvarlig tjenesteyting ved NAV-kontoret og i helse- og omsorgstjenesten. Kravet om brukermedvirkning fremgår av følgende bestemmelser:

- Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med tjenestemottaker, og det skal legges stor vekt på hva vedkommende mener, jf. sotjl. § 42.
- *Pasienter og brukere* skal få mulighet til å medvirke ved utforming og gjennomføring av tjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 3-1 første og annet ledd. Når tjenestetilbud utformes, skal det legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener, jf. pbrl. § 3-1 annet ledd annet punktum, jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a og b.

Kravet om brukermedvirkning fremgår også av andre bestemmelser i lovverket, for eksempel i reglene om individuell plan i sotjl. § 28 og hol § 7-1 første ledd.

### **Samarbeid for å koordinere tjenestene til bruker**

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten er forpliktet til å samarbeide med andre deltjenester, tjenesteytere og sektorer. Kommunens plikt til å samarbeide er presisert i følgende bestemmelser:

- NAV-kontorets plikt til å samarbeide med andre på individnivå fremgår av bestemmelsene om de sosiale tjenestene, som sotjl. § 17. Kommunen har en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester, jf. hol. § 3-4. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionale helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenestene skal bli helhetlige og koordinerte, jf. hol. § 3-4 annet ledd. Videre fremgår av hol. § 4-1 første ledd bokstav a at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte får et *helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud*.
- Kommunen må innhente samtykke fra bruker, og gi tydelig informasjon om at samtykke er nødvendig for å sikre samarbeid og et samordnet tjenestetilbud på tvers av tjenester og sektorer.

### **Krav til skriftlighet**

Det stilles krav om skriftlighet og begrunnelse ved tildeling av tjenester og ved vedtak om hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, § 3-6 og § 3-8 som forventes å vare lenger enn to uker. Reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven gjelder i disse tilfellene, jf. henholdsvis sotjl. § 41 og pbrl. § 2-7 annet ledd. Videre må kommunen sørge for at NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten dokumenterer sentrale opplysninger om bruker skriftlig i den løpende tjenesteytingen.

Det er presisert i hol. § 5-10 at kommunen skal sørge for at pasient- og informasjonssystemene som brukes er forsvarlige. Det er kommunens ansvar å opprette pasientjournalssystemer som gjør det mulig for de ansatte å overholde journalføringsplikten.

Alle ansatte som yter helsehjelp har plikt til å føre pasientjournal, jf. helsepersonelloven (hpl.) § 39. Pasientjournalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, jf. hpl. § 40. Hvilke opplysninger som skal journalføres er konkretisert i forskrift om pasientjournal (journalforskriften) § 8. Journalen skal gi det enkelte personell tilstrekkelig grunnlag for å gjøre forsvarlige vurderinger og beslutninger. Journalen må føres fortløpende, og gi en oppdatert oversikt over hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger og konkrete tiltak.

### **3. Beskrivelse av faktagrunnlaget**

#### **Beskrivelse av virksomheten og organisering.**

Lyngdal kommune har ca. 8 500 innbyggere, og er administrativt organisert med rådmann med ledergruppe og tjenesteenheter. Organisatorisk er både psykisk helse og rehabilitering og NAV underlagt helse- og omsorgsfaglig ansvarlig i rådmannens ledergruppe.

Både psykisk helse og habilitering og NAV utgjør hver sin tjenesteenhet. Tidligere var kommunens ansvar for rusarbeid lagt til NAV-kontoret, men i årsskiftet 2015/2016 flyttet det ut fra NAV og ble lagt til enhet for psykisk helse og habilitering. De holder til i et eget bygg på Bergsaker.

Psykisk helse og habilitering ledes av en enhetsleder. Enheten er delt i fem avdelinger, som ledes av hver sin avdelingsleder. Psykisk helse og rus utgjør en av avdelingene, og de består i dag av følgende fire ulike fagområder; bofellesskap, psykisk helseteam, rusteam og miljøarbeidersteam. Ruskonsulent er organisatorisk plassert i denne avdelingen, og skal blant annet ha samarbeid med NAV som et spesielt fokusområde. To erfaringskonsulenter samhandler på systemnivå, for å bidra til at brukerstemmen kommer med i tjenesteutviklingen. De deltar også i direkte brukerkontakt. Det er felles fagmøter mellom psykisk helseteam og rusteam.

Psykisk helse og habilitering har inngått flere avtaler mellom kommunen og Sørlandet sykehus HF om blant annet oppgave- og ansvarsfordeling. Kommunen har et samarbeidsprosjekt med sykehuset rundt FACT-teamet. Det er et tett samarbeid med brukernes fastleger. Internt i kommunen er det etablert et samarbeidsmøte med blant annet psykisk helse og habilitering, NAV, tekniske tjenester og miljøvaktmester om «Husly» en gang i måneden. Den som leder «Husly» er ansatt i NAV. Det er et forum der tema er kommunale boliger og oppfølging av personer som bor der.

NAV kontoret holder til i et bygg sentralt i sentrum, og er organisert med NAV-leder og tre avdelingsledere. En av avdelingslederne har også det faglige ansvaret for de sosiale tjenestene i NAV. Kommunen har valgt å legge tildeling av kommunale boliger til NAV-kontoret.

Kompetanse: Lyngdal kommune har utarbeidet egen kompetanseplan for helse- og omsorgssektoren.

#### **Kartlegging av brukernes helhetlige situasjon og behov for tjenester**

- Opplysninger om brukers situasjon og mulige tjenestebehov innhentes og nedtegnes i PROFIL (elektronisk journal for hjemmetjenesten og ROP)

- Tjenestekontoret sammen med ROP kartlegger før vedtak fattes, som ligger i PROFIL
- Alle brukere kartlegges med IPLOS (lovbestemt helseregister for registrering av bistandsbehov innen helse og omsorg)
- Det skrives sammenfatning av opplysninger i PROFIL
- Det kartlegges om brukerne har omsorg for barn
- Kommunen har kontaktperson som er barneansvarlig
- Brukernes boforhold kartlegges

### **Oppfølging av rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer**

- Det samlede tjenestetilbudet koordineres bl. annet i ansvarsgruppemøter og ukentlige fagmøter. Det skrives referat fra møtene som er tilgjengelig elektronisk for ansatte i ROP på eget fellesområde.
- Tjenesten følger med på endring i tjenestebehovet og foretar endringer ved behov (fagmøte /tirsdagsmøte)
- Ved gjennomgang av 15 journaler fant vi kun 2 som hadde plan for handling ved oppståtte kriser/ risikoforhold f. eksempel uteblivelse til avtaler, selvmordsadferd, overdosesituasjoner, smitteadferd

### **Samarbeider slik at tjenestene brukerne mottar er helhetlige og koordinerte**

- Det er dokumentert at koordinator er oppnevnt for 7 av de 15 brukere. Det fremgår av intervjuer med brukere at de vet hvem som er deres kontaktperson. De opplyser at kontaktperson er tilgjengelig og lett å komme i kontakt med.
- Det er kjent for de ansatte i tjenestene hvem som er fastleger, dette er også nedfelt i PROFIL. Både ansatte i kommunen og fastleger opplyser at det er godt samarbeid,
- Fastlegene i kommunene er tilgjengelige og møter på ansvarsgruppemøter.
- Brukere får bistand til å komme i kontakt med andre enheter ved behov
- Kommunen har egen rutine for å tilby Individuell plan (IP) til brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Ingen av de 15 brukerne hadde IP. Det framgikk av intervjuer at brukere med behov for IP har fått tilbud.
- Det gjennomføres ansvarsgruppemøter, samarbeidsmøter og andre møter rundt enkeltbrukere - referat fra disse journalføres i PROFIL.
- Det gjennomføres møte hver uke mellom tjenestekontoret og leder av ROP som samarbeider om søknader og kartlegging før vedtak.
- Det er dokumentert at ROP samarbeider med fastlege og spesialisthelsetjenesten
- Det er ikke framlagt skriftlige samarbeidsrutiner mellom NAV og ROP.
- Det er ikke framlagt skriftlige samarbeidsrutiner mellom hjemmesykepleien og ROP.
- Kommunen har klar plassering av hvilke enheter som har ansvar for å yte de ulike tjenestene til brukergruppen.

### **Tilbyr og yter tjenester slik at bruker kan mestre å bo i egen bolig**

- Brukerne får hjelp til økonomisk rådgivning.
- NAV har siste år ikke fattet noen vedtak om opplysning, råd og veiledning utover økonomisk rådgivning.
- Brukere får bistand til å søke om bolig.
- Møter en gang i mnd i «Husly» om kommunale boliger og de som bor der hvor leder i NAV og leder av ROP deltar og miljøvaktmester, leder av psykisk helse og rehabilitering.

## **Ivaretar brukernes rett til å medvirke**

- Det innhentes skriftlig samtykke fra brukeren for at ulike tjenester kan utveksle informasjon som ligger i PROFIL
- Av intervjuer med ansatte og brukere fremgår det at brukers ønsker og fremlagte behov er førende for utforming av tjenestetilbudet. Brukers ønsker framkommer i journal.
- Brukererfaringer benyttes ikke i systematisk forbedringsarbeid; det er ikke gjennomført brukerundersøkelser og brukernes tilbakemeldinger på tjenestetilbudet innhentes ikke systematisk. Det ble opplyst i intervju at det planlegges brukerundersøkelser i 2017.

## **Dokumentasjon**

- Kartlegging/utredning i forbindelse med vedtak/revurdering av vedtak ble gjenfunnet i PROFIL.
- Det fattes vedtak på tjenester. Vedtakene viser hva bruker har fått vedtak på og omfanget av tjenesten. Det er samsvar mellom omfang og faktisk tjeneste i flertallet av sakene vi undersøkte.
- Det var system for revurdering av vedtak.
- Journalnotater beskriver i hovedsak praktiske gjøremål.
- Referat fra ansvarsgruppemøter ble funnet.
- Samtykkeskjemaer var lagt i journalene. De var ikke alltid klart hvem opplysninger kunne utveksles med.
- Det føres ikke journalnotater etter drøftinger i tirsdagsmøter. Dette føres i eget fellesområde hvor ansatte i ROP har tilgang.

## **Rutiner**

- Det mangler skriftlige rutiner, jf ovenstående punkter om samarbeid internt.

## **Avvikssystem/risiko- og sårbarhetsanalyser**

- ROP har avvikssystem. Avvik drøftes på fagmøter og følges opp av leder.
- Det ble lagt fram avviksmeldinger i fra det etterspurte tidsrom som bekrefter oppfølging av hendelsene.
- Det kom fram i intervju at de ansatte i ROP hadde ulike kunnskaper om bruk av avviksrutinene, og hadde ulik opplevelse av hvordan avvik ble fulgt opp
- NAV har avvikssystem som er kjent og brukes.
- NAV har hatt opplæring om hvordan mestre voldsituasjoner og har rutiner om dette.

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

Vi har undersøkt om kommunen har systemer som sikrer at helse- og omsorgstjenesten og sosiale tjenester i NAV tildeles på en forsvarlig måte:

- Kartlegger brukernes helhetlige situasjon og behov for tjenester
- Gir oppfølging av rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer
- Samarbeider slik at tjenestene brukerne mottar er helhetlige og koordinerte
- Tilbyr og yter tjenester slik at bruker kan mestre å bo i egen bolig
- Ivaretar brukernes rett til å medvirke

## **Oppsummering:**

Kommunen har rutiner for å kartlegge alle viktige områder hos brukere med psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk. Alle journalene vi undersøkte var kartlagt med IPLOS. Øvrig kartlegging i tillegg var dokumentert i vedtakene og sammenfatning, som lå i Profil. Kriseplaner var i liten grad skriftliggjort, dette ble bekreftet i intervjuene.

Det er i den nasjonale retningslinjen for ROP- lidelser anbefalinger om kartleggings skjemaer som kommunen kan vurdere. Det er likevel ikke et krav, men vil være et bidrag for å sikre god praksis. Kravet er at brukerens situasjon og tilstand skal være tilstrekkelig opplyst, jf. forvaltningsloven, før det blir fattet et vedtak eller besluttet hva slags tjeneste som vil være god nok hjelp for å dekke brukerens behov. Det var rutiner for dette i kommunen. Det var kompetanse i kommunen til å utføre kartleggingen.

Det framkommer i de undersøkte journalene at brukerne får oppfølging i henhold til vedtaket. Endringer av tjenestebehovet blir drøftet på fagmøtet mellom psykisk helseteam og rusteam hver tirsdag hvor leder for rus og psykisk helse avdeling deltar. Endring av vedtak skjer på møte med tjenestekontoret og leder av ROP. Brukerjournalene vi undersøkte hadde oppdaterte vedtak og oppfølging notert i PROFIL, og det framkom både i intervjuer med brukere og dokumentert i PROFIL at brukerne var med i utforming av sine tjenester og at de ansatte var tilgjengelige for brukerne og deres rett til medvirkning. Det var dokumentert at brukerne fikk hjelp til å rydde i økonomi og bistand til å søke om bolig og det ble fulgt med på brukerens behov for tjenester for å mestre å bo i de ukentlige fagmøtene.

Det gjennomføres ukentlige fagmøter for rus og psykisk helseteam. Det var ikke rutiner for samarbeid mellom ROP og NAV, og mellom ROP og hjemmesykepleien, og dette ble bekreftet i intervjuer med ansatte. Det framgikk videre av intervjuer at det var noe ulik praksis hos de ansatte i å ta muntlig kontakt og svare på henvendelser mellom NAV og ROP. Det var også lik ulik forståelse i bruk av avvikssystemet blant noen av de ansatte. Kommunen har her et forbedringsområde som det framgikk av intervjuene at ledelsen er kjent med. Plikt til internkontroll følger av internkontrollforskrift for NAV og helse- og omsorgstjenesten og plikt til samarbeid følger av sostj § 13 og hol § 3-4.

Kommunen har rutine på at alle som har sammensatte tjenester skal tilbys IP. I den framlagte dokumentasjonen fant vi at kun en var forspurt om dette, og ingen av de 15 brukerne hadde IP og kun 2 hadde kriseplaner. Arbeid med IP og skriftlige kriseplaner om blant annet voldsrisiko, overdose, brukere som ikke åpner for ansatte, er forbedringsområde. Ledelsen var kjent med dette og hadde planer for forbedring slik at dette blir i tråd med lovverk om individuell plan i sotjl. § 28 og hol 7-1 første ledd.

## **5. Tilsynsmyndighetens konklusjon**

Det er gjennomført tilsyn med tjenester til personer med rusmiddelproblematikk og psykisk lidelse (ROP- lidelser) i Lyngdal kommune som er en del av et landsomfattende tilsyn. I oppsummeringen er det kommentert deler av tjenesten hvor det er rom for forbedring. Disse områdene var kjent for kommunen, som allerede hadde planer om forbedring. Det var imidlertid ikke grunnlag for å konkludere med at tjenesten var uforsvarlig, da det ikke ble avdekket lovbrudd.

Tilsynet er med dette avsluttet.



Med hilsen

Anne Sofie Syvertsen (e.f.)  
fylkeslege

Eva Dolva  
seniorrådgiver

Juridisk saksbehandler: Fredrik Dahl

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

Brevet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.  
Saksbehandler: Eva Dolva, tlf: 38 17 61 69

Kopi til:

NAV Lyngdal	Postboks 344	4577	LYNGDAL
Statens helsetilsyn	Postboks 8128 Dep	0032	OSLO

## **Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet**

Varsel om tilsynet ble sendt 07.02.2017

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 22.03.2017.

Intervju med 4 brukere ble gjennomført den 22.03.2017

Tilsynet ble gjennomført ved Lyngdal kommune og innledet med et kort åpningsmøte den 19.04.2017. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 20.04.2017.

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:

- Organisasjonskart/beskrivelse av kommunens/NAV's administrative og faglige oppbygging når det gjelder enheter som yter tjenester til personer med rus- og psykiske lidelser
- Oversikt over kommunens tjenestetilbud til brukere med samtidig psykisk lidelse og rusproblematikk
- Oversikt over ansatte i de ulike tjenestene som er involvert i kartlegging, vurdering av hjelpebehov, og som er ansvarlig for gjennomføring av tiltak overfor den aktuelle brukergruppen.
- Rutiner/beskrivelse av hvordan brukernes rett til informasjon og medvirkning ivaretas
- Rutiner / prosedyrer for å kartlegge hjelpebehov og fatte vedtak etter Helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 3-2 første ledd nr. 5 og nr. 6 a og b, og sosialtjenesteloven (stl) § 17
- Rutiner for samhandling/samarbeid internt i kommunen (inkl. med NAV og fastleger) og med spesialisthelsetjenesten,
- Rutiner for innhenting av samtykke ved NAV og kommunen.
- Rutiner for bruk av Individuell plan (IP) eller liknende planer.
- Eventuelle kompetanseplan og oversikt gjennomførte opplæringstiltak fra 2015 til d.d.
- Resultat av aktuelle risiko- og sårbarhetsanalyser evt. BrukerPlan.
- Prosedyrer /praksis for avviksbehandling og oppfølging av avvik
- Kopi av relevante avviksmeldinger for 2016 og frem til d.d
- Kopi av avslag på vedtak i 2016 og frem til d.d. etter hol § 3-2 første ledd nr. 5 og nr. 6 a og b samt stl § 17
- Resultat av eventuelle brukerundersøkelser gjennomført på området.
- Eventuelle årsmeldinger som gjelder på området.
- Eventuelt andre opplysninger/dokumenter som kan være relevante for dette tilsynet
- Nummerte liste over alle personer som kommunen definerer har ROP-lidelser, alfabetisk etter etternavn.
- Liste over 15 brukere med ROP- lidelse med oversikt over hva slags hjelp/ tjenester den enkelte har tilbud om, og fra hvilke kommunale enheter de har tjenester fra. Det ble også bedt om navn på brukers kontaktperson, brukers fastlege og brukers telefonnummer. De 15 brukerne ble plukket ut fra alfabetisk liste i punkt 17, etter oddetall hvor nummer 1 er første navn.
- For hver av disse brukerne ble det tilsendt:

Kopi av alle vedtak etter hol § 3-2 første ledd nr. 5 nr. 6 a og b samt stl § 17

Fullstendig journal fra 01.10.2016 til d.d. herunder referat fra ansvarsgruppemøter, epikriser, henvisninger, IP.

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
Linda Skagestad	Enhetsleder psykisk helse og rehabilitering	x	x
Solveig O. Vatne	Leder i NAV Lyngdal	x	x
Linn Berstad	Avd.leder rus og psykisk helse	x	x
Anne Moi Bøe	Helse- og omsorgsfaglig ansvarlig (midl. leder av tjenesten), leder av tjenestekontoret	x	x
Ann Wenche E. Larsen	Miljøarbeider i rusteamet	x	x
Maylene L Poulsen	Miljøarbeider i rusteamet	x	x
Randi F. Støle	Terapeut i psykisk helseteam	x	
Heidi Nordås	Terapeut Barnevernspedagog i psykisk helseteam	x	
Bjørn Fosse	Veileder i NAV	x	x
Bjørn R. Berger	Veileder i NAV	x	x
Siri Aa. Nodeland	Faglig koordinator – team rus/ somatikk	x	x
Kristine Gregersen	Saksbehandler - tjenestekontoret	x	x

**Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:**

- Seniorrådgiver Birthe Guttormsen, Fylkesmannen i Aust- og Vest- Agder, revisor.
- Seniorrådgiver Fredrik Dahl, Fylkesmannen i Aust- og Vest- Agder, revisor
- Vivian Bentsen, ProLar (brukerorganisasjon), fagrevisor
- Seniorrådgiver Eva Dolva, Fylkesmannen i Aust- og Vest- Agder, revisjonsleder