



Steinkjer kommune v/ rådmannen
Postboks 2530
7729 STEINKJER

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

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Steinkjer kommune og besøkte i den forbindelse kommunen fra 05.12.2018 til 07.12.2018. 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:

Steinkjer kommune har ikke sikret at personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse får samordnede og forsvarlige tjenester.

Dette er brudd på:

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



Innhold

1. Tilsynets tema og omfang	2
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	3
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget	4
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag	11
5. Fylkesmannens konklusjon	13
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd	13
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet.....	15

1. Tilsynets tema og omfang

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

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

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

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

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

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



- tilbyr og yter individuelt tilpassede og forsvarlige tjenester slik at bruker kan mestre å bo i egen bolig

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

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

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

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

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

Forsvarlighetskravet

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

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

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

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

Plikten til systematisk styring

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



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

Innholdet i styringsplikten for de kommunale tjenestene i arbeids- og velferdsforvaltningen er regulert i forskrift 19. nov. 2010 nr. 1463 om internkontroll i kommunalt NAV. Internkontrollplikten innebærer at kommunen gjennom systematiske tiltak sikrer at aktiviteter knyttet til å tilby og yte tjenester planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med de lov- og forskriftskrav som regulerer 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

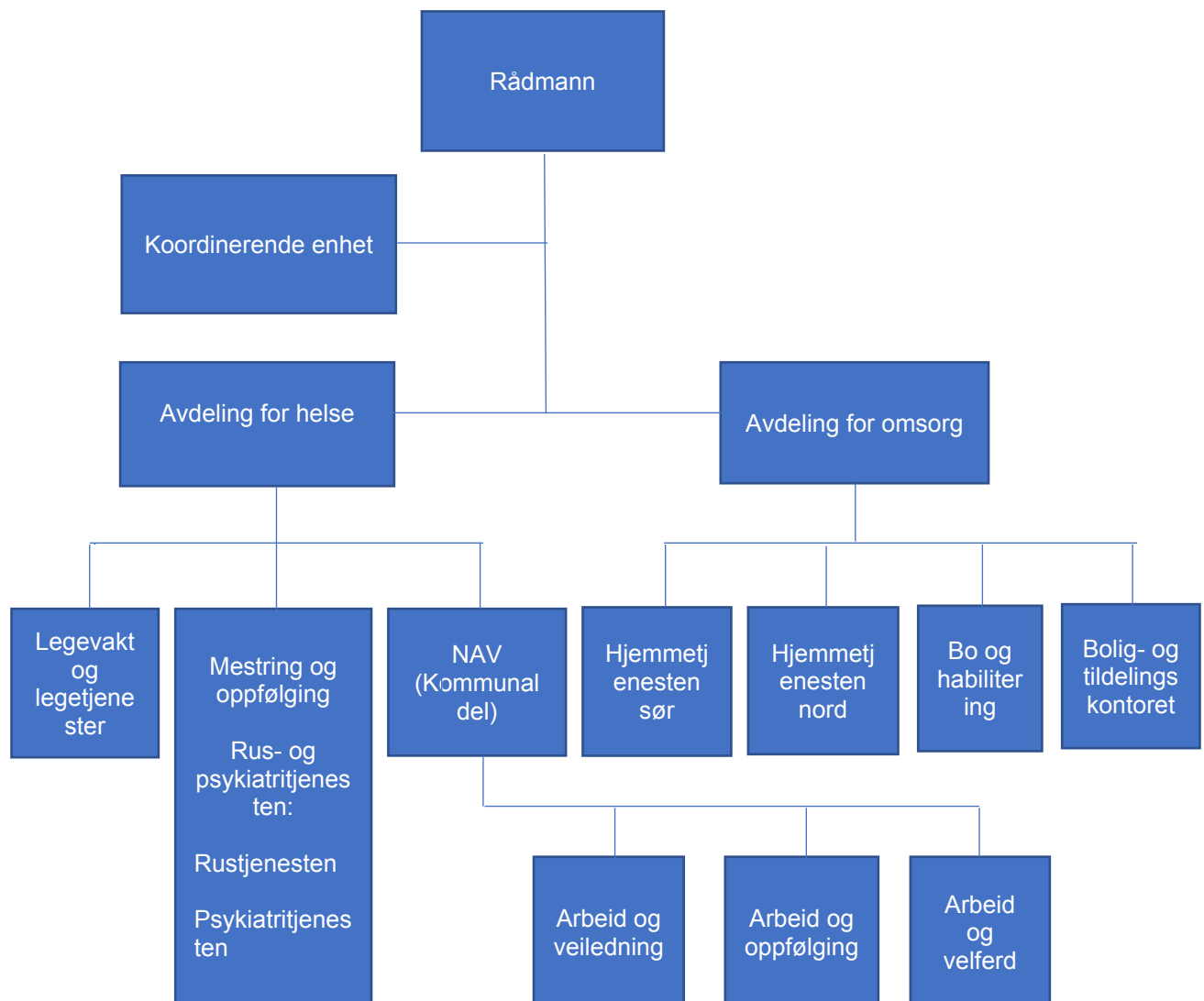
Steinkjer kommune har ca. 22 000 innbyggere. Steinkjer kommune er organisert i en 3-nivåmodell:

1. Rådmann
2. Avdelinger
3. Tjenesteenheter

Organisasjonskart inntatt nedenfor viser den administrative organiseringen av avdelingene og tjenesteenhetene som er involvert i tjenesteytelsen til brukergruppen.



Organisasjonskartet er utarbeidet av tilsynslaget og fremstiller organiseringen av de aktuelle enhetene slik det ble fremstilt under tilsynet.



Bemanning, ansvar og myndighet

Koordinerende enhet

Rådmann har overordnet ansvar for Koordinerende enhet. Ansvaret for enheten er videre delegert til Helsesjef. Koordinerende enhet har følgende inndeling:

- Avdelingsforum, hvor avdelingslederne for helse, omsorg, oppvekst, Nav-leder og kommuneoverlege deltar. Formålet er oversikt over tverretatlige behov og utviklingstrekk samt legge til rette for tverrfaglig samarbeid. Har fem møter i året.
- Koordinatorforum hvor tjenesteenhetsledere deltar. Møteplass for tverrsektoriell koordinering og samhandling på systemnivå. Tema fra praksisfeltet kan tas opp og diskuteres med mål om å finne løsninger. Har 8 møter i året.



Rus- og psykiatritjenesten

Tjenesten er underlagt Avdeling for helse. Rus- og psykiatritjenesten ledes av tjenesteenhetsleder for Mestring og oppfølging. Tjenesten har 16 ansatte.

Enheten er videre oppdelt i rustjenesten og psykiatritjenesten, som har følgende tiltak, og hvert tiltak har en fagansvarlig:

- Rustjenesten:

Rustjenesten behandler personer med rusproblemer, herunder ROP-pasienter. Rustjenesten har i tillegg følgende tilbud/tiltak:

- Boveiledning og oppsøkende ambulant team (OAT)
 - Et oppsøkende lavterskeltilbud til personer som trenger råd og veiledning for å greie utfordringene med å bo.
- Rehabilitering og kvalifisering
 - Aktivitet og arbeidsutprøving til personer som ønsker bistand og oppfølging for å komme i en bedre livssituasjon. Oppfølging av økonomi og bolig i samarbeid med NAV. Støtte og veiledningssamtaler. Bistand for å opprette IP og ansvarsgruppe. Personer som vil ut av rusavhengighet er en prioritert målgruppe.
- Dagtilbud for rusavhengige/Helsestasjon Rus. Åpningstiden er mandag, tirsdag og torsdag kl. 10:00 – 13:00:
 - Vaksinerings
 - Utdeling av brukerutstyr
 - Enkel sårbehandling
 - Utdeling av medisiner
 - Levering av urinprøver
 - Støttesamtaler og videreformidling til andre hjelpeinstanser
 - Matservering med bistand fra frivillige
 - Ruskontroll
 - Utdeling av mat (overskuddsvarer)
 - NADA-akupunktur

- Psykiatritjenesten

Psykiatritjenesten behandler pasienter som har psykiske problemer, herunder ROP-pasienter.

Psykiatritjenesten har i tillegg følgende tilbud/tiltak:

- Rask Psykisk Helsehjelp (RPH)
 - Lavterskeltilbud til personer som sliter med lette/moderate angst og depresjonsproblemer.
- Leiret
 - Arbeids- og aktivitetstilbud til personer med psykiske lidelser, som hovedsakelig har sin inntekt fra uførepensjon.

Rus- og Psykiatritjenesten har lokaler i to forskjellige bygninger som ligger et stykke fra hverandre.



NAV-kontoret

Kommunene Steinkjer, Verran, Inderøy og Snåsa har ett felles NAV-kontor, som heter NAV Inn Trøndelag. Steinkjer kommune er vertskommune.

NAV-kontoret er underlagt Avdeling Helse. Ansvar for å gi opplysning, råd og veiledning, jf. § 17 og myndighet til å fatte enkeltvedtak, jf. §§ 17 - 40 er delegert fra helsesjef til tjenesteenhetsleder NAV.

Det er totalt 71 ansatte i statlige og kommunale stillinger, og ca. 30 kommunalt ansatte.

NAV-kontoret er oppdelt i følgende avdelinger, med en avdelingsleder for hver avdeling:

- Arbeid og veiledning
 - Arbeider mot å få personer i arbeid
- Arbeid og oppfølging
 - Helsesaker, sykemeldinger og arbeidsavklaringspenger.
- Arbeid og velferd
 - Sosialt team, gjeldsrådgivere, forvaltningsteam KVP/spesielt tilpasset team

Bo og habilitering

Tjenesten er underlagt Avdeling for omsorg, og har ansvaret for ROP-pasienter som gis tjenester i omsorgsboliger med tilknyttet personell (døgnbemanning).

Bolig- og tildelingskontoret

Tjenesten er underlagt Avdeling for omsorg, og har ansvaret for å fatte vedtak for Psykiatritjenesten og vedtak for LAR-medisin.

Alle e-meldinger (PLO-meldinger) kommer inn til tjenesten. E-meldinger kan også gå direkte til den enkelte tjeneste, men Bolig- og tildelingskontoret har oversikt. Bolig- og tildelingskontoret gir beskjed videre slik at riktig tjeneste får e-meldingene.

Hjemmetjenesten

Tjenesten er underlagt Avdeling for omsorg. Hjemmetjenesten har ansvar for hjemmetjenester og å utdele LAR-medisin til brukere som ikke selv møter opp på Helsestasjon Rus. Det er også ansatte i Hjemmetjenesten som utdeler LAR-medisin på Helsestasjon Rus på helg og fridager.

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

Avdeling for helse og Avdeling for omsorg

Det foreligger stillingsbeskrivelser for tjenesteenhetsledere.

Psykisk helse- og rustjeneste

Prosedyrer:

Tjenesten har utarbeidet en fast prosedyre for tjenesten. Denne omhandler Helsestasjon Rus. Tiltaket Rehabilitering og kvalifisering innen Rustjenesten har en prosedyre for kartlegging (førstegangssamtale). Denne prosedyren er imidlertid ikke lagt inn i kvalitetssystemet i kommunen, EQS. Bruken av prosedyren ble fremstilt som usikker under tilsynet, og beskrevet som en prosedyre som ble utarbeidet for lenge siden, og som ikke er evaluert i senere tid.



Faste møter i Psykisk helse- og rustjeneste:

Psykiatritjenesten har et inntaksmøte hver 14. dag. Det er ingen deltakere fra øvrige enheter eller fra rustjenesten tilstede ved inntaksmøtet.

Rustjenesten har et fordelingsteam hver uke. Representant fra følgende øvrige enheter deltar i møtene på fordelingsteamet: NAV, Psykiatritjenesten, Bolig og tildeling og boveileder.

Fagansvarlige og tjenesteenhetsleder har faste møter hver 14. dag med møteagenda og referat fra møtet. Det er i hovedsak administrative spørsmål som diskuteres på dette møtet.

Avdelingsmøte hver 3. uke der alle ansatte deltar. Kommuneoverlege deltar 1 gang pr. måned.

Det avholdes faste møter mellom Helsesjef og Omsorgssjef. Det avholdes også faste møter mellom avdelingslederne og tjenesteenhetslederne.

NAV-kontoret

NAV-kontoret har en statlig og en kommunal del. Det statlige kvalitetssystemet benyttes for avviksmeldinger. Den kommunale delen av NAV-kontoret benytter ikke kommunens kvalitetssystem EQS, og herunder det kommunale avvikssystemet.

NAV-kontoret har et årshjul med gjennomgang av aktuelle fagområder, herunder prosedyrer.

NAV-kontoret har etablert følgende prosedyrer:

- Prosedyre for gjeldsrådgivningstjenesten
- Behandling av søknader om økonomisk sosialhjelp etter lov om sosiale tjenester i NAV
- Prosedyre for frivillig forvaltning
- Prosedyre for bruk av rekvisisjon og bruk av kontantkort
- Prosedyre for ansvarsgruppe
- Prosedyre for koordinator og individuell plan
- Prosedyre for bruk av § 17, opplysning, råd og veiledning
- Prosedyre for innhenting og bruk av samtykke

Nav-kontoret bruker et kartleggingsskjema for å avdekke om personer f. eks. skal henvises til Rus- og psykiatritjenesten.

NAV-kontoret har laget en mal for vedtak etter § 17 i journalsystemet Velferd.

NAV-kontoret deltar i fordelingsteam i rustjenesten, ansvarsgrupper, og er deltakere i Koordinerende enhet.

Nærmere om praksis og samarbeid mellom de ulike avdelingene og enhetene/tiltakene

Det fremgikk av tilsynet at det er en engasjert og stabil ansattgruppe som arbeider med ROP-pasienter i Steinkjer kommune. Hvordan kommunen har tilrettelagt for et systematisert og forsvarlig tjenestetilbud for ROP-pasienter, skal beskrives nærmere i det følgende.

Steinkjer kommune har et kvalitetssystem, EQS. Det er ment at prosedyrer for de ulike avdelingene og tjenesteenhetene skal lagres i EQS, og at avvik skal meldes i dette systemet.

Steinkjer kommune har etablert en Koordinerende enhet som er forankret på rådmannsnivå. Koordinerende enhet har et avdelingsforum, hvor avdelingslederne for helse, omsorg, oppvekst,



Nav-leder og kommuneoverlege deltar. Koordinerende enhet har også et koordinatorforum hvor tjenesteenhetsledere deltar. Her drøftes samhandling generelt, og tilfeller hvor samordning er en utfordring. Det er laget noen samhandlingsprosedyrer av Koordinerende enhet, bl.a. for ansvarsgrupper og IP, som er lagt inn i EQS. Kommunen har også verktøyet SamPro, som er et elektronisk verktøy for å lette samarbeidet rundt blant annet individuelle planer.

Det fremgikk under tilsynet at Tjenesteenheten Mestring og oppfølging (Rus- og psykiatritjenesten) ikke har etablert egne prosedyrer i EQS. Tilsynet fant heller ikke at tjenesteenheten bruker SamPro eller prosedyrene utarbeidet av Koordinerende enhet. Mestring og oppfølging (Rus- og psykiatritjenesten) har som nevnt en fast prosedyre som er utarbeidet for Helsestasjon Rus.

Tjenester til ROP-pasienter gis av både Avdeling for helse og Avdeling for omsorg. Det fremgikk under tilsynet at samarbeidet mellom Avdeling for helse og Avdeling for omsorg er utfordrende.

Det fremgikk under tilsynet at det er samarbeid på individnivå mellom Rustjenesten og Psykiatritjenesten, men at dette ikke er satt i et system. Det ble videre opplyst til tilsynet at det er en uhensiktsmessig organisering av enheten Mestring og oppfølging. Dette fordi Rus- og psykiatritjenesten er oppdelt i rustjenesten og psykiatritjenesten. Både rustjenesten og psykiatritjenesten behandler ROP-pasienter. Det er imidlertid mange og store ulikheter knyttet til hvordan psykiatritjenesten og rustjenesten behandler sine pasienter/brukere. Ulikhetene beskrives stikkordsmessig i det følgende, og noen av de viktigste områdene beskrives deretter nærmere:

- Ulike henvisningsskjema
- Ulike samtykkeskjema
- Ulike inntaksmøter med ulik sammensetning
- Ulike måter for kartlegging
- Ulik dokumentasjon fra ansvarsgruppemøter
- Ulik praksis ved journalføring i Profil
- Ulik praksis for å fatte vedtak
- Ulik praksis for gjennomføring av samtaler med brukere

Inntaksmøter - Fordelingsteam

Det er beskrevet ovenfor at Rustjenesten og Psykiatritjenesten har ulike inntaksmøter, og at det kun er Rustjenesten som har deltakere fra øvrige enheter innen kommunen på sine fordelingsteam, herunder representant fra Psykiatritjenesten. Det er som nevnt ingen representanter fra øvrige enheter tilstede ved inntaksmøtene i Psykiatritjenesten.

Kartlegging:

Kartleggingsverktøy er tilgjengelig for ansatte i Mestring og oppfølging, herunder EuropASI, AUDIT, DUDIT, PHQ-9 og GAD-7. Ansatte har kompetanse og er delvis sertifisert til å bruke kartleggingsverktøyene. Dette brukes likevel ikke systematisk. Det fremgikk under tilsynet at det er lite tid for ansatte til å sette seg inn i og bruke kartleggingsverktøyene, og at fagansvarlige heller ikke har nok tid til kvalitetsarbeid.

Psykiatritjenesten har iverksatt bruk av kartleggingsverktøy i større grad enn Rustjenesten, og bruker verktøyene PHQ-9 og GAD-7. Det fremgikk at en psykolog ansatt i kommunen har bidratt i forbindelse med arbeidet som gjøres med kartlegging innen psykiatritjenesten. Rustjenesten har ikke hatt bistand fra psykolog i forbindelse med hvordan kartleggingen skal utføres.

Vedtak:

Rustjenesten fatter ikke vedtak på sine tjenester. Dette selv om enkelte ROP-pasienter har mottatt jevnlige tjenester over flere år med blant annet støttesamtaler. Dette med unntak av



vedtak knyttet til utlevering av LAR-medisin, som fattes av Bolig- og tildelingskontoret som er plassert under Avdeling for omsorg. Det fremgikk under tilsynet at det har vært en diskusjon over 3-4 år knyttet til om Rustjenesten skal fatte vedtak eller ikke.

Psykiatritjenesten fattet vedtak på sine tjenester. Det er Psykiatritjenesten som forbereder vedtaket, og Bo- og tildelingskontoret som formelt fattet vedtakene.

Samtaler:

Rustjenesten har ikke et system for å sette opp timer til støttesamtaler. Det fremgikk under tilsynet at Rustjenesten oppfatter det som vanskelig å sette opp timer, fordi det er usikkert om brukerne møter. Det fremgikk imidlertid under tilsynet at ROP-pasienter lett kan komme i kontakt med rustjenesten ved å ringe eller å oppsøke dagtilbudet. Det fremgikk videre at Rustjenesten og Psykiatritjenesten i stor grad utfører oppsøkende virksomhet, og bidrar til at personer kan komme seg til behandling i spesialisthelsetjenesten. Tilsynet fikk en oppfatning av at det i større grad innen Psykiatritjenesten enn Rustjenesten forsøkes å utføre terapeutiske samtaler.

Det foreligger ingen overføring av ROP-pasienter mellom Rustjenesten og Psykiatritjenesten. I tilfeller der Psykiatritjenesten avdekker at brukere har rusproblemer i tillegg til psykiske lidelser, vil oppfølgingen videre likevel gjøres av Psykiatritjenesten. Det er en ansatt ved Psykiatritjenesten som har videreutdanning innen rus og avhengighet.

Journalføring:

Mestring og oppfølging bruker Profil som dokumentasjonsverktøy. Rustjenesten dokumenterer alt i løpende journal, herunder referat fra ansvarsgruppemøter. Referater som mottas pr. post legges i papirjournal uten en henvisning i Profil. Psykiatritjenesten dokumenterer også alt i løpende journal, unntatt referat fra ansvarsgruppemøter, som lagres under en egen fane for skjema.

Rustjenesten har utarbeidet en egen oversikt over brukere kalt «Tavla». Denne oversikten benyttes aktivt i tjenesteytelsen. Oversikten består av et Excel-ark som er lagret på fellesområdet for Mestring og oppfølging. Oversikten har ID nummer fra Profil, initialene til brukere/pasienter, og i noen tilfeller fullt navn. Det er ikke alle opplysninger fra oversikten som blir overført til Profil.

Det fremgikk under tilsynet at ansatte har fått opplæring i Profil, og nylig hadde deltatt på kurs.

Ansvarsgruppemøter - Handlingsplaner

Rus- og psykiatritjenesten tilbyr individuell plan, men individuell plan benyttes i liten grad. Ansvarsgrupper benyttes som planverktøy for oppfølging av brukere. Mål og tiltak i referat fra ansvarsgruppemøter fremgår i liten grad. Handlingsplaner for å forhindre forverring for brukere dette kan være aktuelt for, benyttes også i liten grad.

Oppfølging av somatisk helse

Det foreligger ingen prosedyrer eller fast praksis for å observere, håndtere og tilby nødvendig somatisk helsehjelp i den daglige tjenesteytingen, herunder ernæringssituasjonen. Dette sett bort fra tilbudet som gis ved Helsestasjon Rus. Det er som nevnt utarbeidet en prosedyre ved Helsestasjon Rus, som gir grunnlag for å sikre et forsvarlig lavterskeltilbud. Prosedyren sikrer imidlertid ikke at iverksatte tiltak i form av vaksinasjoner blir kommunisert til fastlegene.

Ansatte i Rus- og psykiatritjenesten er med brukere til fastlege hvis det avdekkes behov for dette. Kommunen har etablert et godt system for ivaretagelse av tannhelse.



NAV-kontoret

NAV-kontoret har etablert en internkontroll med prosedyrer for ivaretagelse av den aktuelle brukergruppen, herunder en prosedyre for når det skal fattes vedtak i henhold til sosialtjenesteloven § 17. Tjenesten har utarbeidet et bra kartleggingsskjema og praksis for å avdekke om personer eventuelt behøver bistand fra øvrige etater. NAV-kontoret deltar også i samarbeidsmøter med øvrige enheter knyttet til tverrfaglig samarbeid rettet mot brukergruppen, dvs. ansvarsgruppemøter og møter i Koordinerende enhet.

Det fattes imidlertid få vedtak i henhold til sosialtjenesteloven § 17. Tilsynet avdekket at tjenesten i henhold til § 17 gis i større utstrekning enn antallet vedtak tilsier. Tilsynet avdekket også at det foreligger en ulik praksis for journalføring innen NAV-kontoret.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

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

Sosialtjenesteloven og helse- og omsorgslovgivningen med internkontrollforskrifter 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.

Kvalitetskontroll

Kommunen har et kvalitetssystem (EQS), som ikke benyttes innen enheten Mestring og oppfølging, Rus- og psykiatritjenesten. Den kommunale delen av NAV benytter heller ikke EQS, og herunder avvikssystemet som er etablert i kommunen. Avvikssystemet i EQS benyttes også ulikt mellom Avdeling for helse og Avdeling for omsorg.

Det er ikke etablert prosedyrer for Rus- og psykiatritjenesten som er lagt inn i kvalitetssystemet. Kommunen har også etablert en Koordinerende enhet som heller ikke brukes aktivt innen tjenesten. Dette er forhold som viser en liten grad av planlegging, og der utførelsen av oppgavene i stor grad blir overlatt til den enkelte tjenesteyter. Tilsynet viste også at det foreligger omfattende individuell praktisering av tjenesteutøvelsen. Kommunen har likevel ikke foretatt en evaluering av tjenesten og iverksatt korrigerende tiltak, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, tredje ledd. De ulike områdene der manglende internkontroll gjør seg gjeldende, vil omtales nærmere i det følgende.

Organisering - Samordning

Kommunen har organisert Rustjenesten og Psykiatritjenesten i en felles tjenesteenhet (Rus- og psykiatritjenesten) under Avdeling Helse. Rustjenesten og Psykiatritjenesten fremstår likevel som klart selvstendige enheter, der begge enheter yter tjenester til ROP-pasienter. Dette uten at det er etablert et samarbeid mellom Rustjenesten og Psykiatritjenesten rettet mot behandlingen av ROP-pasienter. De mange ulikhetene knyttet til hvordan tjenestene gis, viser at Rustjenesten og Psykiatritjenesten ikke er samordnet. Dette er svært uheldig både for den interne organiseringen, og hvordan tjenesten oppfattes utad. Det foreligger heller ingen prosedyrer eller fast praksis for samarbeid eller overføring av ROP-pasienter mellom Psykiatritjenesten og Rustjenesten. ROP-pasienter kan således motta behandling i en av tjenestene, uten at kompetansen som foreligger i den andre tjenesten benyttes. Felles ressurser og kompetanse utnyttes ikke, og det gis ikke like tjenester til ROP-pasientene. Manglende samarbeid og manglende overføring av ROP-pasienter mellom Rustjenesten og Psykiatritjenesten, utgjør en risiko for at det ikke gis forsvarlige tjenester, jf. helse og omsorgstjenesteloven § 4-1.



Det er heller ikke etablert et tilstrekkelig samarbeid mellom Mestring og oppfølging og enheter under Avdeling for omsorg som yter tjenester til ROP-pasienter. Det gis tjenester til ROP-pasienter både fra Hjemmetjenesten og enheten Bo og habilitering. Det foreligger ingen prosedyrer eller fast praksis for overføring av informasjon og kunnskap mellom Rus- og psykiatritjenesten til enheter innen Avdeling omsorg. Dette er også et forhold som utgjør en risiko for at det ikke gis forsvarlige tjenester, jf. helse og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Kartlegging av rusmiddelproblem og psykisk lidelse

Kommunen har i sitt planleggings- og kompetansesarbeid lagt til rette for bruk av kartleggingsverktøy. Dette ved å ha ansatte med kompetanse og sertifisering innen bruk av kartleggingsverktøy. Dette er i tråd med nasjonale anbefalinger på området, jf. Nasjonal faglig retningslinje IS-1948. Kommunen har imidlertid ikke iverksatt en systematisk bruk av kartleggingsverktøy innen Rustjenesten, der kartleggingsverktøy ikke benyttes.

Mål, tiltak og handlingsplaner

Rus- og psykiatritjenesten bruker i hovedsak ingen mål og tiltak i ansvarsgrupper, og handlingsplaner (kriseplaner) ved forverring. Det er ansvarsgrupper som brukes systematisk som planverktøy. Mål, tiltak og handlingsplaner (kriseplaner) ved forverring fremgår imidlertid ikke av referat fra ansvarsgruppemøter eller i øvrige dokumenter. Det er vesentlig at planverktøyet som benyttes inneholder tiltak og målsettinger for de som trenger dette, og konkret gir informasjon om hvordan kommunen og andre instanser skal samarbeide. Dette innebærer også en beskrivelse av varselssymptomer, hvilke tiltak som skal settes inn og hvem som skal kontaktes i tilfelle symptomene inntreffer, jf. Nasjonal faglig retningslinje IS-1948.

Somatiske helseproblemer

Det foreligger ingen etablerte rutiner/praksis for å observere, håndtere og tilby nødvendig somatisk helsehjelp i den daglige tjenesteytelsen. Dette sett bort fra ivaretagelse av tannhelse, som det er etablert et godt system for ivaretagelse av. Tilbudet som gis ved Helsestasjon Rus ivaretar somatisk helsehjelp i en viss grad, i og med at de som oppsøker tilbudet vil få ivaretatt det aktuelle problemet. Dette er likevel ingen systematisk oppfølging i det daglige.

Vedtak

Rustjenesten fatter ikke vedtak på sine tjenester, selv om det gis tjenester jevnlig og over lang tid. Manglende vedtak utgjør i seg selv en risiko for rettssikkerheten, i og med at rettighetene i henhold til forvaltningsloven ikke ivaretas. Manglende vedtak utgjør også en risiko for at ROP-pasienter ikke mottar forsvarlige tjenester. Ved å fatte vedtak på tjenestene som gis, må tjenestetilbudet planlegges. Vedtak og tjenestene i seg selv bør også jevnlig evalueres. Vedtaket vil således kunne bidra både til planlegging, oversikt, kvalitet og evaluering av tjenestene som gis.

Journalføring

Bruk av et Excel-ark innen Rustjenesten for å skaffe seg oversikt, viser et behov for system. Dette er imidlertid et system som innebærer brudd på reglene knyttet til journalføring. Bruk av «Tavla» innebærer også potensielle brudd på taushetsplikten. Dette fordi opplysningene er tilgjengelige for alle innen avdelingen, og ikke sikret gjennom et journalsystem med f. eks sporing av hvem som har tilgang til opplysningene.

Profil som brukes som journalsystem i kommunen innehar muligheter for å skaffe seg oversikt. Tjenesteyterne har deltatt på kurs i bruk av Profil, uten at det har blitt iverksatt tiltak for å endre journalføringen. Dette er således nok et eksempel på at det utføres kompetansehevende tiltak, uten at tiltaket iverksettes i selve tjenesteytelsen.



NAV-kontoret

NAV-kontoret har i hovedsak etablert et system som sikrer forsvarlig ivaretagelse av ROP-pasientene. Dette med unntak av ulik praksis for journalføring i NAV, og ytelse av tjenesten opplysning, råd og veiledning i henhold til sosialtjenesteloven § 17, uten at det fattes vedtak i alle tilfeller. Dette samt manglende bruk av kommunalt kvalitetssystem ved avvikshåndtering.

Oppsummering

Det er ut fra ovennevnte flere eksempler på manglende planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av virksomheten knyttet til tjenesteytelsen til ROP-pasienter. Dette viser at kommunen ikke har etablert en tilstrekkelig internkontroll knyttet til tjenester som gis til ROP-pasienter.

Kommunens manglende 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 § 5.

5. Fylkesmannens konklusjon

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

Steinkjer kommune har ikke sikret at personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse får samordnede og forsvarlige tjenester.

Dette er brudd på:

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

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 Steinkjer 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 01.03.2019 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

Dokumentet er elektronisk godkjent

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 sendt 08.10.2018, med planlagt avholdt tilsyn i perioden 5. - 7. desember 2018.
- Det ble avholdt møter med 6 brukere den 05.12.2018.
- Tilsynsbesøket ble gjennomført på rådhuset i Steinkjer kommune, og innledet med et kort informasjonsmøte den 05.12.2018, der kommunen i tillegg ga generell informasjon.
- Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 07.12.2018.

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 overordnet organisasjonskart
- Organisasjonskart NAV Steinkjer
- Organisasjonskart Helse- og omsorgstjenester
- Stillingsbeskrivelser
- Oversikt over aktuelle ansatte ved NAV og helse- og omsorgstjenesten
- Delegasjonsreglement
- Opplæringsplaner/kompetanseplaner
- Øvrige planer/delplaner
- Rutiner og prosedyrer
- Rutine for mottak av henvendelser/henvisningsskjema
- Virksomhetsplaner
- Rutine knyttet til innvilgelse av tjenester i Helsestasjon Rus
- Informasjon om koordinerende enhet
- Utdrag av KOSTRA-tall for sosiale tjenester, rus og psykiatri

Det ble valgt ut og gjennomgått 14 journaler fra psykisk helsetjeneste og rus. Det ble valgt ut og gjennomgått 14 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
Hanne Våg	Rus- og psykiatritjenesten	☒	☒
Ellin Rennan	Rus- og psykiatritjenesten	☒	☒
Line Christensen	Fagkoordinator NAV	☒	☒
Ingvild Larsen	Ansatt NAV	☒	☐
Ingunn L. Susegg	Ansatt NAV	☒	☒
Siri Ballo	Rus- og psykiatritjenesten	☒	☒
Oddveig Kjeldseth	Seksjonsleder Hjemmetjenesten	☒	☒
Bjørn Atle Blengsli	Tjenesteenhetsleder Rus og psykiatritjenesten	☒	☒
Marthe Solnes Persgård	Tjenesteenhetsleder Bo og habilitering	☒	☒
Ingrid Korssjøen	Fastlege	☒	☒
Sunniva Rognerud	Kommuneoverlege	☒	☒



Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Solveig Kleven	Stedfortreder for Omsorgssjef/tjenesteenhetsleder Bolig- og tildelingskontoret	☒	☒
May Beate Haugan	Leder NAV	☒	☒
Ingeborg Laugsand	Helsesjef	☒	☒
Torunn Austheim	Rådmann	☒	☒
Annette Høin	Avdelingsleder NAV	☐	☒

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