

FORVALTNINGSREVISJON

Kvalitet i psykiatritjenesten

Harstad kommune



Rapport 2020

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Harstad kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon av kommunens psykiatritjeneste. Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 23-2 første ledd bokstav c.¹ Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger, jf. kommuneloven § 23-3 første ledd.²

Før igangsetting av forvaltningsrevisjonsprosjektet har revisjonen vurdert egen uavhengighet ovenfor Harstad kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16-19.³ Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Harstad kommune for samarbeidet i forbindelse med gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen.

Tromsø, 31.8.2020

Knut Teppan Vik

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Ida Lejon

Prosjektleder, forvaltningsrevisor

Truls Siri

*Prosjektmedarbeider,
forvaltningsrevisor*

¹ § 77 nr. 4 i tidligere kommunelov (av 1992)

² Tidligere fulgte dette av forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv. (revisjonsforskriften) § 7

³ Tidligere fulgte dette av kommuneloven (av 1992) § 79 og revisjonsforskriften § 6

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1	
1	INNLEDNING	6
1.1	Bakgrunn og bestilling	6
1.2	Harstad kommune tjenestetilbud til psykisk syke - organisering	6
2	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	10
2.1	Problemstillinger	10
2.2	Revisjonskriteriekilder	10
2.3	Utleddning av revisjonskriterier for underproblemstilling a)	11
2.4	Utleddning av revisjonskriterier for underproblemstilling b)	16
3	METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING	20
3.1	Metode og datamateriale	20
3.2	Avgrensninger	22
4	BOLIG TIL PSYKISK SYKE	23
5	SAMHANDLING MED EKSTERNE AKTØRER	31
6	RUTINER FOR TJENESTETILBUD TIL PSYKISK SYKE	34
6.1	Revisors funn og vurderinger	34
6.1.1	<i>Oversikt over og beskrivelser av virksomhetens mål, oppgaver, tjenester og organisering</i>	34
6.1.1.1	<i>Revisors funn</i>	34
6.1.1.2	<i>Revisors vurdering</i>	45
6.1.2	<i>Oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring</i>	47
6.1.2.1	<i>Revisors funn</i>	47
6.1.2.2	<i>Revisors vurdering</i>	51
6.1.3	<i>System for avviksmelding- og håndtering</i>	51
6.1.3.1	<i>Revisors funn</i>	51
6.1.3.2	<i>Revisors vurdering</i>	52
6.1.4	<i>System for å ta imot og behandle eventuelle klager fra tjenestemottakere og pårørende</i>	52
6.1.4.1	<i>Revisors funn</i>	52
6.1.4.2	<i>Revisors vurdering</i>	54
6.1.5	<i>System for samt gjennomføre kartlegginger av risiko- og sårbarhetsområder</i>	54
6.1.5.1	<i>Revisors funn</i>	54
6.1.5.2	<i>Revisors vurdering</i>	56
6.1.6	<i>System for håndtering av legemidler</i>	57
6.1.6.1	<i>Revisors funn</i>	57
6.1.6.2	<i>Revisors vurdering</i>	59
7	SAMHANDLING, KOORDINERING OG INDIVIDUELL PLAN	60
7.1	Generelt om kommunens saksbehandling og revisors undersøkelser	60
7.2	Revisors funn	62
7.2.1	<i>Plikten til å informere om og tilby individuell plan til bruker/pasient som har krav på det</i>	62
7.2.2	<i>Plikten til å informere om og tilby koordinator til bruker/pasient som har krav på det..</i>	63
7.2.3	<i>Plikten til å dokumentere informasjon som er gitt om individuell plan og koordinator i brukeren/pasientens journal</i>	63
7.2.4	<i>Plikten til å dokumentere i journal evt. opplysning fra pasient/bruker om at individuell plan og/eller koordinator ikke er ønskelig</i>	63

7.2.5	<i>Plikten til å sørge for at individuell plan utarbeides for pasient/bruker som har fått det innvilget og som ønsker det</i>	64
7.2.6	<i>Plikten til å sørge for at individuell plan oppfyller innholdsmessige krav</i>	64
7.3	Revisors vurderinger	66
7.3.1	<i>Plikten til å informere om og tilby individuell plan til bruker/pasient som har krav på det</i>	66
7.3.2	<i>Plikten til å informere om og tilby koordinator til bruker/pasient som har krav på det..</i>	66
7.3.3	<i>Plikten til å dokumentere informasjon som er gitt om retten til individuell plan og koordinator i brukeren/pasientens journal.....</i>	66
7.3.4	<i>Plikten til å dokumentere i journal evt. opplysning fra pasient/bruker om at individuell plan og/eller koordinator ikke er ønskelig</i>	66
7.3.5	<i>Plikten til å sørge for at individuell plan utarbeides for pasient/bruker som har fått det innvilget og som ønsker det</i>	66
7.3.6	<i>Plikten til å sørge for at individuell plan oppfyller innholdsmessige krav</i>	66
8	ANDRE FUNN	69
9	SAMLET KONKLUSJON.....	70
10	ANBEFALINGER	71
11	UTTALELSE TIL RAPPORT	72
12	REFERANSER	76

SAMMENDRAG

På oppdrag fra kontrollutvalget i Harstad kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot kvalitet i kommunens psykiatritjeneste. I Harstad kommune er tjenestetilbudet til psykisk syke fordelt på tre ulike avdelinger; Stangnes bo og rehabilitering, Psykisk helse og rus og Avdeling psykisk helse.

I forvaltningsrevisjonen besvarer vi følgende *problemstillinger*:

Hovedproblemstilling:

Har Harstad kommune et tjenestetilbud innen psykisk helsevern som er i tråd med nasjonalt regelverk, lokalt planverk og faglige anbefalinger på området?

Underproblemstillinger:

- a) Har kommunen rutiner som er tilstrekkelige for å sørge for at psykisk syke som bor utenfor institusjon gis et tilbud som er i henhold til regelverket? Etterleves eventuelle rutiner?
- b) Etterlever kommunen regelverkets krav til samhandling internt, og til koordinerte tjenester og individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester?

Tilleggsproblemstillinger:

- a. Hvordan kartlegger Harstad kommune denne pasientgruppens behov for bolig og hvordan oppfylles dette behovet fra kommunens side?
- b. Hvilke eksterne aktører samhandler Harstad kommune med på det reviderte området?

Revisors undersøkelser relatert til forvaltningsrevisjonens underproblemstilling a) er avgrenset til de to avdelingene Stangnes bo og rehabilitering og Psykisk helse og rus (Rus- og psykiatritjenesten), mens undersøkelsene i forbindelse med underproblemstilling b) og de to tilleggsproblemstillingene omfatter også Avdeling psykisk helse og dermed samtlige tre avdelinger som tilbyr psykiske helsetjenester i kommunen.

Kartlegging og oppfyllelse av boligbehov

Harstad kommune har opplyst at det er iverksatt flere tiltak for å kartlegge og ivareta den aktuelle pasient/-brukergruppens boligbehov. Blant annet er boligbehovet ett av tolv punkter som inngår i en mal⁴ som på revidert område benyttes som redskap for kartlegging og oppfølging av pasient/brukers behov. Kommunen har videre et kartleggingssystem gjennom registreringer i IPLOS, som er et sentralt helseregister hvor bistandsbehovet til mottakere av helse- og omsorgstjenester beskrives, herunder boligbehovet. Kartlegging av boligsituasjonen inngår etter det opplyste i førstegangssamtale med pasient/bruker, noe som også fremgår av skjema utarbeidet til bruk under disse samtalene. Kommunen har videre vist til deltakelse i årlig kartlegging gjennom såkalt *Brukerplan*, et verktøy som benyttes for å få oversikt over kommunens rus- og psykiatritfordringer, samt pasientenes/brukernes livsvilkår, tjenestetilbud og tjenestebehov. En viktig del av kartleggingen går ut på å beskrive pasient/brukers daglige fungering på åtte levekårsområder, herunder på boligområdet.

Kommunen har opplyst at det fra 2019 har vært ansatt en sosionom i Rus- og psykiatritjenesten som i særlig grad har som oppgave å bistå pasienter/brukere i boligrelaterte forhold. Videre at det samme

⁴ Malen er etter det opplyste utarbeidet av Rus- og psykiatritjenesten

år ble gjennomført en utredning av boligbehovet til pasienter/brukere ved Rus- og psykiatritjenesten. Ut fra denne utredningen ble det i juni 2019 ferdigstilt en rapport, «*Bolig og tjenester ROP. Plan for utvikling av bolig og tjenester for personer med samtidig rusmiddelproblem og psykiske lidelser (ROP)*». I rapporten beskrives situasjon, utfordringer, strategier og tiltak for å dekke behovene til den aktuelle pasient-/brukergruppen. Mangel på boliger og bistand til å mestre boforholdet, er oppgitt som største utfordringer for denne gruppen.

Av nevnte rapport følger det en tiltaksplan for perioden 2019-2023, og blant tiltak for å bekjempe bostedsløshet nevnes plan for etablering av nye boenheter, herunder tilrettelagte omsorgsboliger. Videre oppgis anskaffelse av boliger i det ordinære boligmarkedet gjennom bosettingsprosjektet *Housing First*, som ifølge kommunen er planlagt igangsatt innen kort tid. Målsettingen i prosjektet er å først finne bolig og deretter - sammen med tverrfaglige oppfølgingstjenester - skape en god, trygg, stabil og langvarig bosituasjon. Det er en forutsetning at pasient/bruker gis reell medbestemmelse knyttet til valg av både bolig og oppfølging.

Når det gjelder Harstad kommunes konkrete oppfyllelse av boligbehovet til pasienter/brukere med utfordringer innen rus/psykiatri, er det i ovennevnte rapport opplyst at Brukerplan for 2018 viste at det var 48 personer med boligbehov, hvorav 14 personer (11 %) var bostedsløse og 34 personer (27 %) ikke hadde tilfredsstillende bolig. Av rapporten fremgår det videre at Harstad kommune på det aktuelle tidspunktet disponerte 52 ordinære boenheter til pasienter/brukere med rus- og psykiske lidelser og at Stangnes bo og rehabilitering, et døgntilbud med seks plasser, kom i tillegg til dette. I forbindelse med forvaltningsrevisjonen har Harstad kommune til revisor opplyst at den nåværende situasjonen er at kommunen totalt disponerer 63 boliger beregnet for rus- og psykiatrigruppen.

Samhandling med eksterne aktører

Harstad kommune samarbeider med flere eksterne aktører på det reviderte området, herunder;

- Spesialisthelsetjenesten (UNN)
- NAV
- Fastleger
- Politi
- Andre kommuner (interkommunale samarbeid med Kvæfjord, Tjeldsund, Ibestad, Lavangen, Salangen, Gratangen, Evenes og Lødingen)
- Kameratklubben (privat aktør)
- Trollstein Gård, Grytøya (privat aktør)
- Fontenehuset Harstad (stiftelse)
- Frelsesarmeen (kristen organisasjon og trossamfunn)
- Marborg (brukerorganisasjon på rusfeltet)

Tjenestetilbudet til psykisk syke

Revisors *konklusjon på prosjektets hovedproblemstilling* er at Harstad kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsevern som *til dels* er i tråd med nasjonalt regelverk, lokalt planverk og faglige anbefalinger på området.

Underproblemstilling a)

Revisors *konklusjon* på underproblemstilling a) er at Harstad kommune ved Rus- og psykiatritjenesten og Stangnes bo og rehabilitering *til dels* har rutiner som er tilstrekkelige for å sørge for at psykisk syke som bor utenfor institusjon, gis et tilbud som er i henhold til regelverket. Avvik som forekommer og registreres gjennom enten eksterne tilsyn (med for eksempel legemiddelhåndtering) eller i kommunens egne avvikssystemer, er i seg selv indikasjoner på

forbedringspotensial hva angår etterlevelse av skriftlige rutiner. Det samme gjelder det forhold at interne kvalitetsrevisjoner ikke synes å bli gjennomført som planlagt.

Hovedkilder for utledning av revisjonskriterier i forbindelse med underproblemstilling a) er forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten samt forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.

Konklusjonen på underproblemstilling a) bygger på følgende oppsummerte vurderinger:

Revisor vurderer at Harstad kommune ved Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenestene til dels oppfyller revisjonskriteriet om å ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering hvor ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling klart fremgår og hvor plan for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet tydeliggjøres. Videre at de reviderte tjenester i liten grad oppfyller revisjonskriteriet om å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. De reviderte avdelinger vurderes å oppfylle revisjonskriteriet om ha et system for avviksmelding og -håndtering, mens kriteriet knyttet til klagesystem til dels vurderes som oppfylt. Når det gjelder revisjonskriteriet om å ha et system for samt gjennomføre systematiske kartlegginger av risiko- og sårbarhetsområder, er det revisors vurdering at de reviderte tjenester i liten grad oppfyller dette. Endelig er det revisors vurdering at Harstad kommune ved de reviderte tjenester til dels oppfyller revisjonskriteriet om å ha et system for håndtering av legemidler.

Underproblemstilling b)

Revisors *konklusjon* på underproblemstilling b) er at kommunen til dels etterlever regelverkets krav til samhandling internt, og til koordinerte tjenester og individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Revisors *fremgangsmåte* for besvarelse av denne underproblemstillingen, er at vi har undersøkt et utvalg på tolv saker fordelt på de tre avdelingene som tilbyr psykiske helsetjenester og som dermed omfattes av forvaltningsrevisjonen. Valget av saker til undersøkelse ble tatt med utgangspunkt i en oversikt utarbeidet av kommunen over personer (angitt ved løpenummer/saksnummer) som i 2018 var registrerte mottakere av to eller flere helse- og omsorgstjenester, og der minst én av disse tjenestene sorterte under «psykiatritjenester». Revisor trakk så ut et tilfeldig utvalg løpenummer (saksnummer) fra denne oversikten for nærmere undersøkelser av kommunens saksbehandling overfor disse tjenestemottakerne opp mot utledede revisjonskriterier.

Hovedkilde for utledning av revisjonskriterier i forbindelse med underproblemstilling b), er forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Konklusjonen på underproblemstilling b) bygger på følgende oppsummerte vurderinger:

Revisor vurderer at Harstad kommune v/Rus- og psykiatritjenesten i *én av de tolv sakene* som vi undersøkte, *ikke* hadde oppfylt revisjonskriteriet om å *informere om og tilby individuell plan* til en tjenestemottaker som hadde behov for langvarige og koordinerte tjenester og som dermed hadde krav på det.

Revisor vurderer at Harstad kommune v/Rus- og psykiatritjenesten i *én av de tolv sakene* som vi undersøkte, *ikke* hadde oppfylt revisjonskriteriet om å *informere om og tilby koordinator* til en tjenestemottaker som hadde behov for langvarige og koordinerte tjenester og som dermed hadde krav på det.

Revisor vurderer at Harstad kommune v/Rus- og psykiatritjenesten i én av de tolv sakene som vi undersøkte, der tjenestemottaker hadde krav individuell plan og koordinator, ikke hadde oppfylt revisjonskriteriet om å dokumentere i journal at informasjon om disse rettighetene var formidlet til vedkommende.

Revisor vurderer at Harstad kommune v/de reviderte tjenester i tre av de tolv sakene som vi undersøkte, ikke hadde oppfylt revisjonskriteriet om å dokumentere i journal opplysning om at tjenestemottaker ikke ønsket å benytte seg av tilbud om individuell plan/koordinator.

Revisor vurderer at Harstad kommune v/de reviderte tjenester i fire av de tolv sakene som vi undersøkte, ikke hadde oppfylt revisjonskriteriet om å sørge for at individuell plan ble utarbeidet til pasient/bruker som hadde fått det innvilget og som ønsket det.

Revisor vurderer at Harstad kommune v/de reviderte tjenester for åtte av de i alt elleve individuelle planene som vi undersøkte, ikke hadde oppfylt revisjonskriteriet om å sørge for at planen oppfylte de innholdsmessige krav som følger av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 19. Revisor vurderer at kommunens manglende oppfyllelse av innholdsmessige krav går ut på at den individuelle planen

- i tre av de undersøkte sakene manglet opplysning om planperiode og/eller evalueringstidspunkt.
- i én av de undersøkte sakene manglet opplysning om hvem som deltok i arbeidet med planen
- i to av de undersøkte sakene manglet beskrivelse av pasient/brukers tjenestebehov.
- i tre av de undersøkte sakene manglet beskrivelse av aktuelle tiltak og/eller angivelse av hvem som skulle være ansvarlige for dem.
- i samtlige undersøkte saker manglet pasient/brukers samtykke til at planen utarbeides.

Revisor vurderer at kommunen i alle de undersøkte sakene oppfylte det innholdsmessige kravet om at den individuelle planen skal inneholde opplysning om koordinator.

Revisors anbefalinger

Som følge av revisors funn, vurderinger og konklusjon knyttet til underproblemstilling a), er det revisors anbefaling at Harstad kommune videreutvikler sitt styringssystem for helse- og omsorgstjenester til psykisk syke, slik at dette tilfredsstillende de konkrete kravene som fremgår av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6,7,8 og 9 samt forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 4. Anbefalingen er fra revisors side rettet mot kommunens virksomhet ved Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten.

Revisor anbefaler videre Harstad kommune ved Stangnes bo og rehabilitering, Rus- og psykiatritjenesten og Avdeling psykisk helse å treffe tiltak for å sikre at kommunen, i forbindelse med retten til individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2, overholder sentrale krav gitt i eller i medhold av lov, herunder:

- a) Å påse at individuell plan tilbys
- b) Å påse at individuell plan faktisk blir utarbeidet i alle tilfeller der tjenestemottaker som har rett til slik plan, har takket ja til at den utarbeides.
- c) Å påse at de individuelle planene som utarbeides, tilfredsstillende de innholdsmessige kravene som følger av forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator § 19.
- d) Å sikre informert samtykke fra tjenestemottaker til individuell plan, herunder til oppstart av planarbeid knyttet til hver planperiode, til planens – og dermed det koordinerte tjenestetilbudets – innhold og til eventuelle endringer i planen før planperiodens utløp.

Revisor anbefaler endelig Harstad kommune ved Stangnes bo og rehabilitering, Rus- og psykiatritjenesten og Avdeling psykisk helse å overholde egne skriftlige prosedyrer for

- a) informasjon til tjenestemottakere som har krav på individuell plan og koordinator om disse rettighetene og innholdet i dem
- b) dokumentasjon i pasient/brukers journal av hvordan retten til individuell plan og koordinator er ivaretatt.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og bestilling

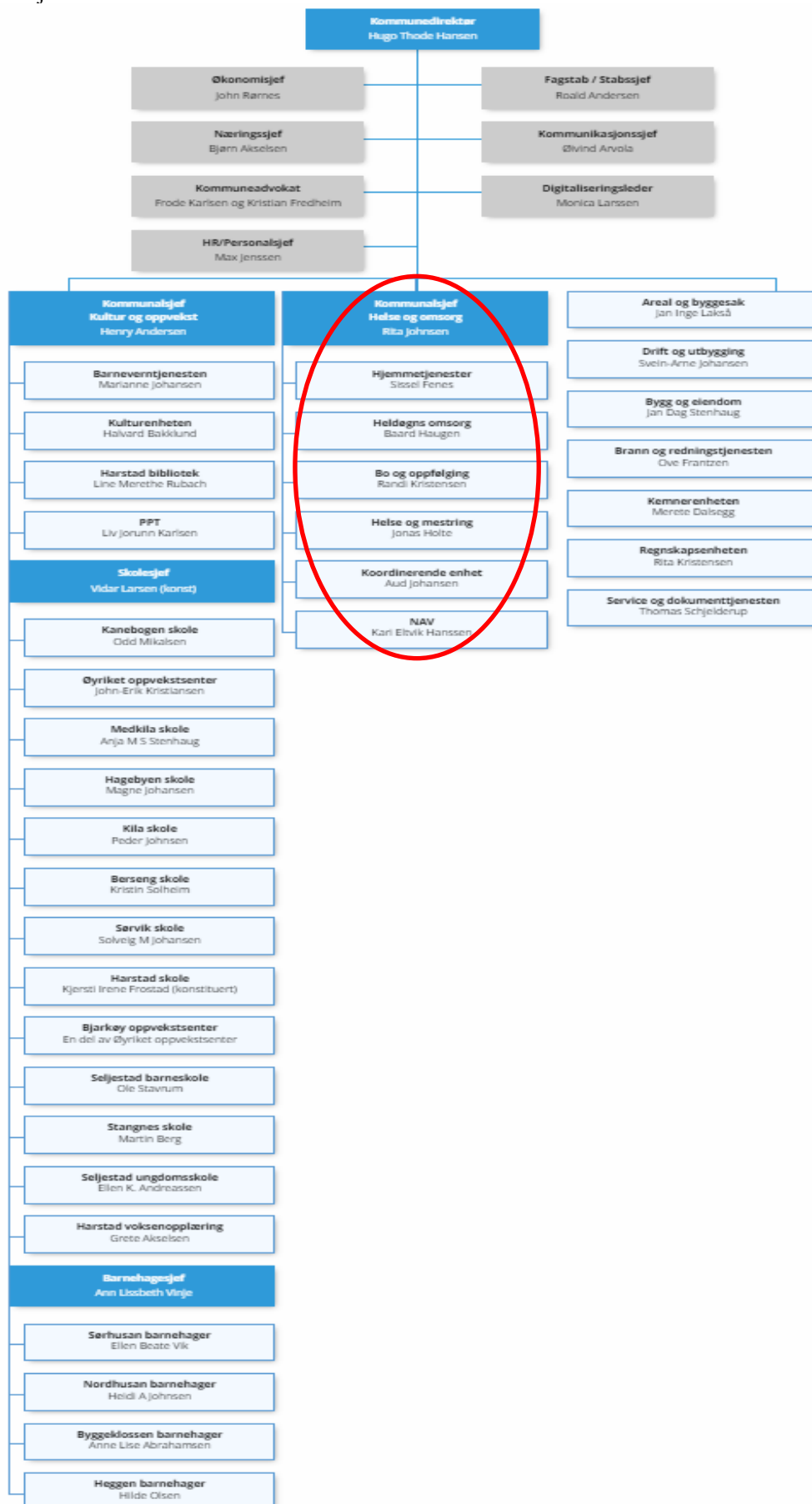
Forvaltningsrevisjon omhandlende kvalitet i psykiatritjenesten ble opprinnelig drøftet og bestilt av kontrollutvalget i Harstad kommune i møte den 13.6.2017 (sak 39/17). Bakgrunnen for bestillingen var at en revisjon av dette tjenesteområdet var øverst prioritert på kommunens gjeldende plan for forvaltningsrevisjon på grunnlag av en overordnet analyse utarbeidet av KomRev NORD. På grunn av en forestående omorganisering av helse- og omsorgssektoren i Harstad kommune, valgte kontrollutvalget å avvente igangsettelsen av denne forvaltningsrevisjonen. I møte 11.12.2018, under sak 61/18, vedtok kontrollutvalget å bestille forvaltningsrevisjonsprosjektet. Utvalget vedtok i møte den 12.2.2019 (sak 9/19) igangsettelse på bakgrunn av overordnet prosjektskisse fra KomRev NORD. Under møte i kontrollutvalget den 28.4.2020 (sak 20/20) ble forvaltningsrevisjonens innretning nærmere avklart. Underproblemstilling b) ble avgrenset noe i forhold til opprinnelig formulering.

Kontrollutvalgets formål med denne forvaltningsrevisjonen er å bidra til å sikre at Harstad kommune sørger for et tjenestetilbud ovenfor psykisk syke som er i tråd med regelverk, nasjonale faglige anbefalinger og lokalt planverk på området.

1.2 Harstad kommune tjenestetilbud til psykisk syke - organisering

I figur 1 på neste side er Harstad kommunes organisasjonskart. Denne forvaltningsrevisjonen retter seg mot enheter innenfor *Helse og omsorg*. Det er seks enheter innenfor Helse og omsorg i Harstad kommune, og tre av dem tilbyr tjenester til personer med psykiske lidelser; *Enhet for Helse og mestring*, *Enhet for Bo og oppfølging* og *Enhet for Hjemmetjenester*. Ved hver av disse enhetene er det én avdeling som yter psykiske helsetjenester; henholdsvis ***Psykisk helse og rus***, ***Stangnes bo og rehabilitering*** og ***Avdeling psykisk helse***. Det er tilbudet til pasienter/brukere ved disse tjenestestedene som denne rapporten inneholder beskrivelser og vurderinger av.

Figur 1: Organisasjonskart Harstad kommune



Psykisk helse og rus

Tiltak og tjenester som sorterer under denne avdelingen er blant annet psykologtjenesten, FACT-team og Rus- og psykiatritjenesten.

Psykologtjenesten består av fire psykologer. Målgruppen for tjenesten er innbyggere med lette til moderate psykiske vansker. To av psykologene gir tilbud til voksne. Én av dem gir lavterskeltilbud i form av individuelle samtaler til voksne over 18 år i nyoppståtte livskriser. Vedkommende veileder også annet personell i kommunen og bidrar i utviklingen av eksisterende og nye prosjekter innenfor helse og omsorg. Videre jobber én av psykologene i *Rask Psykisk Helsehjelp*, som er et lavterskeltilbud til personer over 16 år med angst, depresjon eller søvnvansker. Tilbudene blir gitt i form av behandling i grupper, veiledet selvhjelp eller individuell terapi.

Kommunen har til revisor opplyst at psykologtjenesten blant annet omfatter tidlig oppfølging ved akutte kriser, oppfølging av gravide og barselmødre samt oppfølging i forbindelse med bearbeiding av kriser og sorgprosesser. Til barn og ungdom tilbys det individuelle samtaler, også med deres familier. Tjenesten deltar videre i systemorientert arbeid og i tverrfaglig samarbeid rettet mot barn og unge, herunder i tverrfaglige team på skoler og førskoler. På forespørsel tilbys også veiledning til annet helsepersonell og pedagogisk personell om barn og unges psykiske helse.

FACT-team står for fleksibelt, aktivt, oppsøkende behandlingsteam i nærmiljøet. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Harstad, (tidl.) Skånland⁵ og Kvæfjord og med UNN v/Senter for psykisk helse og rusbehandling i Sør-Troms. Harstad kommune er vertskommune for prosjektet, som har en varighet på fire år frem til utgangen av 2022. Målgruppen er voksne med alvorlige psykiske lidelser, ofte også rusproblemer, som har funksjonsfall på flere områder hvor det er behov for langvarige og sammensatte tjenester. Hensikten med prosjektet er å etablere et helhetlig, koordinert tilbud til denne gruppen, samt styrke og utvikle samarbeidet og kompetanseoverføringer mellom behandlingsnivå.

Rus- og psykiatritjenesten består av et oppsøkende rusteam (ORT), et team for oppfølging og aktivitet (OA) samt et team for ettervern (EV). Målgruppen for *ORT* er i hovedsak yngre mennesker med rusproblemer og vanskeligheter i møte med det offentlige hjelpeapparatet. Motiveringsarbeid, kartlegging av behov, bistand til å finne frem i det offentlige systemet og få iverksatt relevante tiltak, er sentrale oppgaver for dette teamet. Målgruppen for *OA* er mennesker med alvorlig og ofte langvarig *rusavhengighet i kombinasjon med psykisk lidelse* der sentrale tiltak vil være veiledning/hjelp knyttet til dagliglivets gjøremål, forebygging av sosial isolering, eksponeringstrening, ernæring og deltakelse i aktivitet. Målgruppen for *EV* er mennesker som har vært innlagt ved en rusinstitusjon, som ønsker bistand til å opprettholde en rusfri tilværelse og som vil være aktiv i egen re-/habilitering. Ettervernsamtaler og bistand til å skape innhold i hverdagen og etablere nytt nettverk står her sentralt.

Når det gjelder *avdelingen Psykisk helse og rus*, er revisors undersøkelser avgrenset til Rus- og psykiatritjenesten. Ifølge kommunens nettsider er det 21 ansatte ved denne tjenesten.

Stangnes bo og rehabilitering

Stangnes bo og rehabilitering er et tilbud til voksne personer med psykiske lidelser som har medført betydelig funksjonssvikt. Avdelingen disponerer flere kommunale leiligheter som leies av brukerne. Stedet er døgnbemannet, og det skal tilbys et målrettet og skreddersydd rehabiliteringsopplegg til

⁵ Skånland og Tjeldsund kommune er fra 01.01.20 slått sammen til én kommune; Tjeldsund kommune.

den enkelte pasient/bruker. Sentrale mål er utvikling, etablering eller gjenetablering av evnen til å mestre ulike oppgaver i livet.

Revisor har fått oversendt oversikt fra kommunen som viser at det er 21 ansatte ved avdelingen.

Avdeling psykisk helse

Avdeling psykisk helse er én av fem avdelinger under *enhet for Hjemmetjenester*. Avdelingen tilbyr hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester til personer med psykiske helseproblemer. Tjenestene innvilges etter søknad.

Det er fra kommunens side opplyst at aldersfordelingen i pasientgruppen ved Avdeling psykisk helse er ca. 60 % under 50 år og 40 % i aldersgruppen 50-89 år.

Hjemmesykepleie gis som nødvendig helsehjelp til personer som på grunn av helsesvikt trenger behandling, helse- og omsorgshjelp, både av fysisk og psykisk art. Tjenesten utføres av helsepersonell, er døgnbasert og omfatter nødvendig behandling, pleie og omsorg for at pasient/bruker skal kunne bo i eget hjem. Tjenesten kan blant annet også omfatte legemiddeladministrering og hjelp til personlig hygiene. Målgruppen for *praktisk bistand/hjemmehjelp* er personer som er avhengig av praktisk hjelp for å dra omsorg for seg selv/greie dagliglivets gjøremål. Begge de nevnte tjenestetilbudene omfatter motivasjon og opplæring til egenomsorg og mestring av dagliglivets gjøremål og har som formål å forebygge ytterligere funksjonssvikt og å gjøre brukeren mest mulig selvhjulpen.

Avdeling psykisk helse tilbyr blant annet også støtte-/mestringsamtaler, angst- og eksponeringstrening, aktiviteter i dagliglivet og hverdagsmestring, ernæringsoppfølging/-veiledning, støttekontakter og gruppebaserte aktiviteter.

Ifølge avdelingsleder er det 24 ansatte ved Avdeling psykisk helse.

I det videre vil vi noen steder, for enkelthets skyld, omtale avdelingene på følgende måte:

- ROP (Rus- og psykiatritjenesten)
- Stangnes BR (Stangnes bo og rehabilitering)
- Psykisk helse (Avdeling psykisk helse).

Koordinerende enhet

Koordinerende enhet er én av de seks enhetene i Harstad kommune som er organisert under *Helse og omsorg*. Som redegjort for under punkt 2.4 i rapporten, er etablering av en koordinerende enhet en lovpålagt kommunal oppgave. Enheten skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Enhetens overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan og koordinator omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, og ansvaret innebærer blant annet at enheten skal sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.

I Harstad kommune tar Koordinerende enhet imot og behandler søknader om alle tjenester innen helse og omsorg.

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

Problemstillingene for denne forvaltningsrevisjonen er som følger:

Hovedproblemstilling:

Har Harstad kommune et tjenestetilbud innen psykisk helsevern som er i tråd med nasjonalt regelverk, lokalt planverk og faglige anbefalinger på området?

Underproblemstillinger:

- a) **Har kommunen rutiner som er tilstrekkelige for å sørge for at psykisk syke som bor utenfor institusjon gis et tilbud som er i henhold til regelverket? Etterleves eventuelle rutiner?**
- b) **Etterlever kommunen regelverkets krav til samhandling internt, og til koordinerte tjenester og individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester?**

Tilleggsproblemstillinger:

- a) **Hvordan kartlegger Harstad kommune denne pasientgruppens behov for bolig og hvordan oppfylles dette behovet fra kommunens side?**
- b) **Hvilke eksterne aktører samhandler Harstad kommune med på det reviderte området?**

Hovedproblemstillingen for denne forvaltningsrevisjonen, samt de to *underproblemstillingene*, er normativt utformet. For å besvare normative problemstillinger i en forvaltningsrevisjon må vi utlede revisjonskriterier. Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes i forhold til. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, og utledet fra, autoritative kilder innenfor det reviderte området.

Forvaltningsrevisjonens *tilleggsproblemstilling* er deskriptivt (beskrivende) formulert og besvares ved en beskrivelse av innsamlet datamateriale. For problemstillinger som skal besvares beskrivende er det ikke relevant å utlede revisjonskriterier, og vi gjør heller ikke noen vurderinger under besvarelsen av denne problemstillingen.

2.2 Revisjonskriteriekilder

For prosjektets hovedproblemstilling, med underproblemstilling a) og b), er følgende kilder relevante for utledning av revisjonskriterier:

- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 2. juli 1998 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1240 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)
- Forskrift av 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (FOR-2008-04-03-320)
- Forskrift av 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256)

- Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Innst. 424 L (2010-2011) Innstilling til Stortinget fra helse og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Veileder fra Helsedirektoratet til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, publisert 17.02.2017 (sist faglig oppdatert 29.10.2018)
- Veileder fra Helsedirektoratet til forskrift om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, publisert 30.09.2015 (sist faglig oppdatert 03.12.2018)
- Prosedyre «Individuell plan (IP)/koordinator – sikring av kontinuitet i koordineringsarbeidet», 2. utgave, Harstad kommune, gjeldende fra 01.02.2016
- Klageprosedyre, 12. utgave, Harstad kommune, gjeldende fra 02.09.2019
- Avviksprosedyre, 11. utgave, Harstad kommune, gjeldende fra 01.04.2019

Det følger av **helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd** at *kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester*. Dette ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder også personer med psykisk sykdom. Kommunens ansvar etter nevnte bestemmelse innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. § 3-1 tredje ledd. Kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd innebærer blant annet også plikt til å legge til rette for samhandling og samarbeid, jf. loven § 3-4. Disse to nevnte forpliktelsene – som altså er deler av ansvaret etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd – er relevante for våre undersøkelser og vurderinger under henholdsvis underproblemstilling a) og underproblemstilling b).

I kapitlene 2.3 og 2.4 nedenfor er vår utledning av revisjonskriterier for å besvare de to underproblemstillingene. Her inngår også nærmere presentasjon av de ovenfor nevnte revisjonskriteriekildene.

2.3 Utledning av revisjonskriterier for underproblemstilling a)

Har kommunen rutiner som er tilstrekkelige for å sørge for at psykisk syke som bor utenfor institusjon gis et tilbud som er i henhold til regelverket? Etterleves eventuelle rutiner?

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd. Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Forsvarlighetskravet innebærer at tjenestene må inneholde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Revisor har ikke forutsetninger for å gjøre faglige vurderinger av innholdet i de tjenester som leveres til enkeltbrukere/-pasienter. I plikten til å sørge for forsvarlige tjenester stiller imidlertid loven krav om at virksomheten planlegger og iverksetter nødvendige tiltak for å sikre at de ulike tjenestene til enhver tid er forsvarlige. Virksomheten skal også påse at tiltakene fungerer og er tilfredsstillende⁶. Etterlevelsen av disse pliktene kan revisor gjøre undersøkelser og vurderinger av.

Den 1. januar 2017 trådte forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten i kraft. Av formålsparagrafen følger det: *Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige*

⁶ Jf. Prop. 91L (2020-2011) kapittel 4

helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

I det følgende gis det en nærmere redegjørelse for de to nevnte overordnede forpliktelsene kommunen har og for vår utledning av revisjonskriterier.

Internkontroll – sentrale krav

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 første ledd at enhver som yter helse- og omsorgstjeneste skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Det følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3 at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Styringssystem for helse- og omsorgstjenesten er i forskriftens § 4 definert som den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Det følger av § 5 i nevnte forskrift at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Det følger videre av bestemmelsen at hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Helsedirektoratets veileder til forskriften utdyper bestemmelsene, og av denne fremgår det at kravet til både omfang og innhold i selve styringssystemet, og kravet til dokumentasjon, er forholdsmessig. Det fremgår av veilederen at dersom alle rutiner og gjøremål nedtegnes skriftlig, blir systemet unødvendig omfattende og uoversiktlig, og det vil inneholde dokumentasjon om selvfølgeligheter som alle kan og vet. Ifølge veilederen må det vurderes nøye hvilke tiltak og ordninger som skal dokumenteres skriftlig, slik at dokumentasjonen blir passe omfattende og inneholder de deler av virksomheten der skriftliggjøring oppleves som nødvendig og meningsfylt. Skriftlige prosedyrer må være i aktiv bruk og følges opp, bare å skrive dokumentene gir ifølge veilederen liten kvalitetsforbedring.

Plikten til å *planlegge* følger av forskriftens § 6, plikten til å *gjennomføre* følger av forskriftens § 7 og plikten til å *evaluere* følger av forskriftens § 8. Forskriftens § 9 omhandler plikten til å *korrigere*.

Plikten til å *planlegge* virksomhetens aktiviteter innebærer, i henhold til forskriftens § 6, følgende oppgaver:

- a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal gå *klart* frem hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjeneste og pasient- og brukersikkerheten
- e) planlegge hvordan risiko beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt

- f) ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring
- g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Plikten til å *gjennomføre* virksomhetens aktiviteter innebærer, i henhold til forskriftens § 7, følgende oppgaver:

- a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende

Plikten til å *evaluere* virksomhetens aktiviteter innebærer, i henhold til forskriftens § 8, følgende oppgaver:

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

Plikten til å *korrigere* virksomhetens aktiviteter innebærer, ifølge forskriftens § 9, følgende oppgaver:

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

Det fremgår av Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring mv. at dersom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten i konkrete tilfeller ikke velger å følge nasjonale faglige retningslinjer for internkontrollarbeidet, bør dette begrunnes faglig og dokumenteres.

I denne forvaltningsrevisjonen har vi avgrenset våre undersøkelser til å gjelde det vi anser for å være sentrale deler av et slikt internkontrollsystem. Revisjonskriteriene vi har utledet, fremgår nedenfor. For enkelte av disse revisjonskriteriene hjemler det nasjonale regelverket et krav om skriftlighet.

Mål, oppgaver, tjenester og organisering

En grunnleggende forutsetning for et styrings-/internkontrollsystem er formulert i ovennevnte forskrift § 6 a), som pålegger den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, jf. § 3 å ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal *klart* fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten.

I tilknytning til den aktuelle forskriftsbestemmelsen følger det av veilederen fra Helsedirektoratet at det *bør settes mål på områdene* pasient-, bruker- og pårørendetilfredshet, kvalitet og pasientsikkerhet (herunder opplevd kvalitet), forbedring, personal/HMS, drift og logistikk samt økonomi og effektivitet.

Videre fremgår det av veilederen at *målene som utarbeides bør være* tydelige og konkrete, herunder at det må settes et klart og tydelig mål for alle sentrale områder virksomheten skal levere på. Etter veilederen bør målene også tallfestes og være målbare, herunder bør et mål for hvor stor forbedring man skal oppnå tallfestes hvis det er mulig. Ifølge veilederen bør målene videre være tidsbestemte. Det bør komme tydelig frem på hvilket tidspunkt man forventer å ha nådd det aktuelle målet og hvem det aktuelle målet er relevant for.

I nevnte veileder påpekes det også at *i større virksomheter må målsettingene operasjonaliseres og tilpasses de ulike nivåene*, at mål på lavere nivå bør være samkjørt med øvrige strategier og støtte opp under virksomhetens overordnede mål, samt at øverste leder har ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres på relevante nivå i virksomheten og for jevnlig å etterspørre og følge opp resultater knyttet til målene. I veilederen anbefales det at målene utarbeides i samarbeid med medarbeidere og pasienter, brukere og pårørende.

I veilederen fra Helsedirektoratet fremheves det videre at en klar organisasjons- og lederstruktur og god oversikt over oppgavene, er en forutsetning for å nå målene og levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet. Det aktuelle forskriftskravet innebærer ifølge veilederen at det skal foreligge *en oversikt over hvordan tjenestene og eventuelt deltjenestene er organisert. Er virksomheten oppdelt i flere deltjenester, følger det av veilederen at hovedoppgavene til hver av disse bør være spesifisert.* I veilederen presiseres det videre at det *må være klart for hele organisasjonen hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.* Medarbeiderne skal ikke bare kjenne sine egne oppgaver, kvalitet og pasient- og brukersikkerhet er også avhengig av at medarbeidere har tilstrekkelig kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver.

Endelig følger det av nevnte veileder at for å lykkes med *forbedring, pasientsikkerhet og videreutvikling av virksomheten*, er det en forutsetning at ledelsen etablerer *en felles metodikk og tilnærming til dette arbeidet* som er kjent i hele virksomheten. Dette innebærer *beslutninger om hvilke forbedringer som skal prioriteres, hvordan og hvor de skal implementeres, hvordan måle om en endring er en forbedring og hvem som skal ha ansvar for at endringer innføres og vedlikeholdes.*

Av dette utleder vi at

- *Harstad kommune v/ Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten (ROP) skal ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, tjenester og organisering hvor ansvars-, oppgave – og myndighetsfordeling klart fremgår og hvor plan for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet tydeliggjøres.*

Legemiddelhåndtering

Det fremgår av Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten at «*oppgaver i virksomheten som er særlig risikofylte krever mer styring i form av skrevne prosedyrer og rutiner*». Videre beskrives legemiddelhåndtering som et eksempel på områder hvor svikt kan resultere i alvorlige hendelser.

Det følger av forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 4 første ledd at virksomhetsleder skal sørge for at legemiddelhåndtering i virksomheten utføres forsvarlig og i henhold til gjeldende lover og forskrifter. I § 4 tredje ledd påpekes det at leder skal sørge for at helsepersonell som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse. Helsepersonellens kompetanse må vurderes individuelt ut fra vedkommendes formelle og reelle kvalifikasjoner og oppgavens art, før legemiddelhåndtering kan utføres. Av § 4 sjette ledd bokstav a følger det at virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, herunder å etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering - som blant annet innebærer prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.

Av dette utleder vi at

- *Harstad kommune v/ Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten (ROP) skal ha skriftlige rutiner for håndtering av legemidler, som blant annet innebærer prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering.*

Kompetanse og opplæring av ansatte

I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 f), plikter virksomheten å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Det er, ifølge veilederen, øverste leder som er ansvarlig for at slik oversikt foreligger, samt for å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten blant annet gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger og sørger for at ansatte får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.

I veilederen fra Helsedirektoratet fremheves det at en avgjørende faktor for å lykkes med å forbedre helse- og omsorgstjenestene, er at ledere og medarbeidere har kompetanse i forbedringsarbeid. *Forbedringskompetanse* innebærer, ifølge veilederen, kunnskap om de grunnleggende prinsippene og verktøyene som er relevante for systematisk forbedringsarbeid. I veilederen presiseres viktigheten av at virksomhetene vurderer omfanget av kompetanse i forbedringsarbeid og planlegger behovet deretter. Ifølge veilederen er forbedringskunnskap således et eget fag som må læres og et kunnskapsområde som bør innarbeides i kompetansekartlegginger og planer.

Av dette utleder vi at

- *Harstad kommune v/ Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten (ROP) skal ha oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring.*

Risiko og sårbarhet

Etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 d) innebærer plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten.

Det følger av Helsedirektoratets veileder til den aktuelle forskriftsbestemmelsen at det i kravet ligger en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater.

Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikovurderingen bør skje som en kontinuerlig prosess og Helsedirektoratet anbefaler at den følger en kjent standard.

Målet med kartleggingen er, ifølge ovennevnte veileder, å *identifisere* områder der svikt *kan* inntre ofte og områder der svikt *kan* få alvorlige eller uønskede følger for pasienter/tjenestemottakere/andre, samt å *forebygge* svikt og uønskede hendelser. Øverste leder må sørge for å *identifisere risikoer* i virksomheten og *definere risikonivået*. Gjennom systematiske risikokartlegginger kan ledelsen identifisere aktiviteter og prosesser der det er *fare* for svikt eller brudd på regelverk. Risikofaktorer forbundet med samhandling og overganger internt og eksternt bør ifølge veilederen særlig vektlegges. Videre fremheves det i Helsedirektoratets veileder at pasienter, tjenestemottakere, pårørende og medarbeidere vil kunne bidra med verdifull innsikt om risiko og at deres erfaringer og innspill systematisk bør etterspørres og brukes.

Av dette utleder vi at

- *Harstad kommune v/ Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten (ROP) skal ha system for samt gjennomføre kartlegginger av risiko- og sårbarhetsområder.*

Avvik og klager

Etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten § 6 g), innebærer plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter å ha oversikt over avvik. Revisor anser at bestemmelsen impliserer at det bør foreligge skriftlig oversikt over uønskede hendelser, evalueringer, klager, tjenestemottakererfaringer og andre forhold som sier noe om virksomhetens arbeid med kvalitetsforbedring og brukersikkerhet samt om hvorvidt kommunens tjenester er faglig forsvarlige. I kravet ligger at øverste leder må sikre at det finnes dokumentert oversikt, og sørge for at slike tilbakemeldinger, erfaringer og evalueringer er tilgjengelige og trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver. En godt innarbeidet kultur for innmelding av avvik i tillegg til et system hvor medarbeidere kan melde fra om uønskede hendelser, er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik.

Av dette utleder vi at

- *Harstad kommune v/Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten (ROP) skal ha system for avviksmelding- og håndtering.*
- *Harstad kommune v/Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten (ROP) skal ha system for å ta imot og behandle eventuelle klager fra tjenestemottakere og pårørende.*

Revisjonskriteriene vi har utledet, oppgis også i tekstboks innledningsvis i kapitlene de brukes i.

2.4 Utledning av revisjonskriterier for underproblemstilling b)

Etterlever kommunen regelverkets krav til samhandling internt, og til koordinerte tjenester og individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester?

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 omhandler kommunens plikt til samhandling og samarbeid. Det følger av bestemmelsen at kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer 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 omfattet av loven. Av lovens § 4-1 første ledd, bokstav a) fremgår det at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige

og at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7 omhandler individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. Dette er tiltak som skal bidra til et samordnet og helhetlig tjenestetilbud for den enkelte. Underproblemstilling b) omhandler kommunenes forpliktelser når det gjelder koordinering og individuell plan.

Det følger av helse- og omsorgstjenestelovens § 7-3 at kommunen plikter å etablere en *koordinerende enhet* som skal ha det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan og oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Som det fremkommer i kapittel 1.2 ovenfor er *Koordinerende enhet* en egen enhet under Helse og omsorg i Harstad kommune.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 første ledd at kommunen skal utarbeide en *individuell plan* for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 presiserer at pasient/bruker har en slik rettighet.

Det følger videre av helse- og omsorgstjenestelovens § 7-2 at til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal kommunen tilby *koordinator*.

Kommunens plikt til å tilby individuell plan og koordinator i henhold til den nevnte lovens §§ 7-1 og 7-2 gjelder altså *alle* pasienter og brukere som har behov for *langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester*. Disse rettighetene er således *ikke* avgrenset til pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering, men gjelder for eksempel også tjenestemottakere med store og sammensatte behov. *Koordinerte* tjenester betyr at behovet må gjelde to eller flere helse- og omsorgstjenester. I lovforarbeidene er det videre fremhevet at kravet om varighet ikke må få for stor betydning. Kravet om *langvarige* tjenester innebærer ikke at behovet skal være varig, men at det skal strekke seg over et visst tidsrom. Begrepet er relativt, og grad av samordningsbehov og kompleksitet i tjenestebehovet må ses i sammenheng med tidsbegrepet. Et tjenestebehov som strekker seg over noen få måneder kan derfor ut fra omstendighetene være tilstrekkelig til å utløse kommunens lovpålagte plikt til å tilby individuell plan.

Harstad kommune har utarbeidet flere prosedyrer og maler knyttet til individuell plan og koordinator. Prosedyrene er utarbeidet av kommunens *rehabiliteringskoordinator* v/Koordinerende enhet og godkjent av kommunedirektøren.

Av prosedyren «*Søknad om individuell plan (IP)/koordinator*» ser vi at kommunedirektøren har delegert myndigheten til å fatte vedtak om individuell plan og koordinator til Koordinerende enhet. Videre fremgår det at rehabiliteringskoordinator har ansvar for å behandle søknad om IP/koordinator og å ta kontakt med ansvarlig enhet, samt å gi opplæring og veiledning/støtte til koordinator. Ifølge prosedyren er enhetslederne pålagt ansvar for oppnevning av koordinator i henhold til ansvarsmatrisen, for at prosedyrene for arbeidet med IP/koordinator følges og for at det settes av tid til å utøve koordineringsansvaret. Link til *skjema for søknad om individuell plan/koordinator* er oppgitt på Harstad kommunes nettside.

I prosedyren «*Individuell plan og koordinator*» er koordinators rolle og oppgaver nærmere beskrevet. Formålet med prosedyren er å bistå tjenestemottaker slik at vedkommende får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Koordinators oppgaver er langt på vei

de samme uavhengig av om tjenestemottaker ønsker skriftlig plan, men koordinator har ansvar for utarbeidelse og oppfølging av individuell plan der dette tiltaket er ønskelig fra tjenestemottakers side. Link til *mal for individuell plan* er oppgitt på kommunens nettside. Malen er nærmere omtalt under punkt 6.1 i rapporten.

Prosedyren «*Individuell plan (IP)/koordinator – sikring av kontinuitet i koordineringsarbeidet*» omhandler blant annet tjenesteyters ansvar for å gi informasjon om individuell plan/koordinator, samt dokumentere dette. Harstad kommune har utarbeidet en *brosjyre med informasjon om individuell plan/koordinator*, herunder om hvem som tilbys dette, fremgangsmåte ved søknad, informert samtykke og klagemuligheter. Også denne brosjyren er tilgjengelig på kommunens nettside.

Individuell plan

Individuell plan er et verktøy, et planleggingsdokument, for samhandling mellom bruker og tjenesteapparatet og mellom de ulike tjenesteyterne. Den innebærer en strukturert samarbeidsprosess. *Koordinator* skal følge opp den enkelte pasient/bruker samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Det nærmere innholdet i nevnte tiltak fremgår av *forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Gjennom forskriften tas det blant annet sikte på å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient/bruker/ eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene, samt å sikre at tjenestene tilbys og ytes samordnet, tverrfaglig og planmessig, jf. forskriften § 1.

Pasient/brukers medvirkning og informasjon

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 fastslår at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal så langt det er mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det følger av forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator § 16 første og annet ledd at pasient/bruker har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. pasient og brukerrettighetsloven § 3-1. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det. Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har vedkommendes nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten eller brukeren, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd.

Individuell plan skal ifølge nevnte forskrift § 17 ikke utarbeides uten samtykke fra pasienten eller brukeren eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende. For pasienter gjelder pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 om samtykke til helsehjelp.

Harstad kommunes prosedyre «*Individuell plan (IP)/koordinator – sikring av kontinuitet i koordineringsarbeidet*» har som beskrevet formål å sikre tjenestemottakere som har krav på det, får tilstrekkelig informasjon om ordningen med individuell plan/koordinator og om kommunens prosedyre for søknad om individuell plan/koordinator. Videre skal prosedyren sikre kontinuitet i koordineringsarbeidet rundt tjenestemottakere med individuell plan/koordinator.

I den nevnte prosedyren står det i punkt 4 at den tjenesteyter som har gitt [den skriftlige og muntlige] informasjonen om individuell plan/koordinator [i henhold til utarbeidet skriftlig informasjon], dokumenterer i journal/helsekort at informasjon er gitt, og dersom tjenestemottaker ikke ønsker å søke om individuell plan/koordinator.

Kvalitetsmål er i prosedyren definert som å være «*Alle som har eller tar kontakt med kommunen om individuell plan/koordinator skal få informasjon om ordningen individuell plan og kommunens prosedyre for søknad. Kommunens ansatte skal selvstendig vurdere å gi informasjon om individuell plan/koordinator*» og «*Det skal foreligge dokumentasjon på at informasjon om individuell plan/koordinator er gitt, og der tjenestemottaker ikke ønsker å søke om individuell plan/koordinator*».

Innholdet i individuell plan

Det følger av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 19 at den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til vedkommendes etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Planen *skal inneholde* følgende hovedpunkter

- a) en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester
- b) en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- c) en angivelse av hvem som er koordinator
- d) en oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet
- e) en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse
- f) en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- g) en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- h) pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i) en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater

Ut fra denne redegjørelsen utledes følgende revisjonskriterier:

Harstad kommune skal

- *Gi informasjon om og tilby individuell plan for bruker/pasient med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester*
- *Gi informasjon om og tilby koordinator til bruker/pasient med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester*
- *Dokumentere informasjon som er gitt om retten til individuell plan og koordinator i brukers/pasientens journal*
- *Dokumentere i journal eventuell opplysning fra bruker/pasient om at vedkommende ikke ønsker å benytte seg av retten til individuell plan/koordinator*
- *Sørge for at individuell plan utarbeides for pasient/bruker som har fått det innvilget og som ønsker det*
- *Sørge for at individuell plan som utarbeides oppfyller følgende innholdsmessige krav:*
 - *Angivelse av planperiode og tidspunkt for evaluering av planen*
 - *Angivelse av hvem som er koordinator*
 - *Oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen*
 - *Oversikt over tjenestebehovet*
 - *Oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og hvem som skal ha ansvaret for disse*
 - *Pasient/brukers samtykke til at planen utarbeides*

Revisjonskriteriene vi har utledet, oppgis i tekstboks innledningsvis i kapitlene de brukes i.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonsprosjektet er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon⁷.

Vi avholdt oppstartsmøte i Harstad 3.6.2019 der følgende deltok: Kommunalsjef helse og omsorg, (tidligere) enhetsleder Hjemmetjenester, (tidligere) kommuneoverlege/enhetsleder Helse og mestring, enhetsleder Bo og oppfølging, stedfortreder for enhetsleder Koordinerende enhet og en omsorgsfaglig rådgiver i kommunen. Sistnevnte har fungert som revisors kontaktperson i undersøkelsesperioden. I møtet var dermed samtlige enheter med ansvar for psykiske helsetjenester i Harstad kommune representerte. Under møtet orienterte revisor om rammene for den forestående forvaltningsrevisjonen og vi fikk opplysninger fra møtedeltakerne om kommunens tjenestetilbud til psykisk syke.

I undersøkelsesfasen av forvaltningsrevisjonen har revisor mottatt opplysninger fra Koordinerende enhet v/rehabiliteringskoordinator og fra avdelingsledere ved samtlige avdelinger i kommunen som tilbyr psykiske helsetjenester. Revisor har også mottatt opplysninger fra andre fagpersoner ved avdelingene som har fått i oppgave å følge opp anmodninger fra revisor om informasjon/dokumentasjon. I størst grad har revisor hatt direkte kontakt med og fått opplysninger fra omsorgsfaglig rådgiver (revisors kontaktperson) som også har samlet og koordinert oversendelse av informasjon/dokumentasjon fra avdelingene. Innsamling av informasjon knyttet til *underproblemstilling a)* har i all hovedsak foregått gjennom korrespondanse per e-post, der kommunen som svar på spørsmål fra revisor har beskrevet kommunens systemer/praksis, oversendt dokumentasjon eller henvist/linket til offentlig tilgjengelige dokumenter.

Skriftlig datamateriale som er gjennomgått av revisor i forbindelse med forvaltningsrevisjonen er blant annet beskrivelser, planverk, prosedyrer og rutiner relatert til det aktuelle tjenesteområdet. Datamaterialet består både av fellesprosedyrer for kommunen og prosedyrer/systembeskrivelser særskilt gjeldende for det aktuelle tjenesteområdet/den enkelte avdeling som tilbyr psykiske helsetjenester.

Innsamlingen av datamateriale knyttet til *underproblemstilling b)* har, foruten elektronisk innhenting av noen opplysninger på systemnivå (rutinebeskrivelser mv.), foregått ved mappegjennomgang samt oppfølgingsspørsmål til kommunen i forlengelsen av dette arbeidet. Mappegjennomgang er en metode som innebærer undersøkelser av konkrete saker som er trukket ut fra en populasjon. I denne forvaltningsrevisjonen gikk mappegjennomgangen konkret ut på at det ble tatt stikkprøver for å undersøke kommunens saksbehandling ovenfor et utvalg av personer som i 2018 var registrert i kommunens saksbehandlingssystem (Profil) som mottakere av to eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester, og der minst én av disse tjenestene sorterte under «psykiatritjenester».

Revisors utvelgelse ble foretatt ut fra en oversikt over den nevnte brukergruppen som ble utferdiget og oversendt fra kommunen på anmodning fra revisor. I den oversendte oversikten var den enkelte bruker/tjenestemottaker av personvern hensyn oppgitt ved løpenummer (saksnummer) i stedet for ved navn. I vår utvelgelse av saksnummer til mappegjennomgang vektla vi å inkludere tjenestemottakere ved alle de tre avdelingene i kommunen som tilbyr psykiatritjenester.

⁷ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre 1. februar 2011

Revisors mappegjennomgang ble gjennomført i Harstad kommunes lokaler og i saksbehandlingssystemet Profil som kommunen benytter.

Revisor gjorde undersøkelser av opplysninger/dokumenter knyttet til i alt 12 tjenestemottakere, som utgjør omtrent 6,5 % av de totalt 185 tjenestemottakerne som i 2018 var registrert med to eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester, og der minst én av disse tjenestene sorterte under «psykiatritjenester». Blant de undersøkte saksnumrene var tre tjenestemottakere tilknyttet Avdeling psykisk helse (Hjemmetjenester), fem tilknyttet Rus- og psykiatritjenesten (ROP) ved Psykisk helse og rus (Helse og mestring) og fire tilknyttet Stangnes bo og rehabilitering (Bo og oppfølging).

Ved revisors konkrete undersøkelser av mappene til de utvalgte tjenestemottakerne, tok vi utgangspunkt i sjekklister som vi på forhånd hadde utarbeidet, jf. vår utledning av revisjonskriterier i kapittel 2. Datamengden registrert under hvert saksnummer var forholdsvis omfattende, blant annet fordi flere av brukerne vi undersøkte hadde vært tjenestemottakere i kommunen i en årrekke. For å lette undersøkelsene og i størst mulig grad sikre riktigheten av revisors slutninger basert på mappegjennomgangen, stilte vi spørsmål til rehabiliteringskoordinator om kommunens rutiner for registrering av ulike opplysninger. Opplysningene fra vedkommende (i møte og etterfølgende korrespondanse per e-post), samt revisors egne undersøkelser, indikerte ulik praksis for *hvor* eventuelle opplysninger som dokumenterte oppfyllelse av krav i nasjonalt og lokalt regelverk, ble registrert i Profil. Kommunen har opplyst at flere forhold kan ha vanskeliggjort revisors arbeid med å finne frem til relevant dokumentasjon. Som nevnt omfattet revisjonen undersøkelser av saker hvor bruker hadde vært mottaker av psykiske helsetjenester over mange år og dermed over en periode der det hadde funnet sted endringer i både saksbehandlingssystemet (Profil) og i kommunens egne rutiner som ledd i forbedringsarbeid. Som følge av dette sendte revisor i etterkant av gjennomgangen flere oppfølgingsspørsmål til kommunen knyttet til de gjennomgåtte sakene. På denne måten ble kommunen gitt anledning til å ettersende konkrete opplysninger og fremlegge eventuell dokumentasjon på regeletterlevelse som revisor ikke hadde funnet under mappegjennomgangen, slik at vi fikk et best mulig faktisk grunnlag for våre vurderinger og konklusjoner.

Gyldighet og pålitelighet

Med **gyldige data** menes at dataene som samles inn ved undersøkelsen skal utgjøre et *relevant og tilstrekkelig grunnlag* for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og problemstillingene. Skriftlig informasjon og dokumentasjon fra kommunen, både på systemnivå (beskrivelser, planverk, systemer/prosedyrer/rutiner) og individnivå (knyttet til spesifikke pasienter/brukere), samt informasjon fra dokumenter lagret per saksnummer vi gjennomgikk i Profil under mappegjennomgangen, anses relevant for de forhold revisor har søkt å kartlegge og gjøre vurderinger av.

Ved å undersøke mappene til tolv tjenestemottakere valgt ut fra den overnevnte oversikten fra kommunen over relevante saksnummer (løpenummer), anser revisor å ha et datamateriale som er relevant og tilstrekkelig til å gi klare *indikasjoner* på om kommunens saksbehandling overfor den aktuelle brukergruppen på det aktuelle tjenesteområdet er i tråd med gjeldende regelverk. Vi understreker likevel at våre vurderinger og konklusjoner bare har gyldighet for de undersøkte sakene. Det kan ikke generaliseres fra undersøkte til ikke-undersøkte tilfeller. Ut fra dette er det revisors vurdering at det samlede datamaterialet som er presentert som *revisors funn* i rapporten, utgjør et tilstrekkelig og relevant grunnlag for revisors vurderinger og konklusjoner og dermed oppfyller gyldighetskravet.

Med *pålitelige data* menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige. Revisor har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet. Vi ser ingen grunn til å anta at den

informasjonen vi innhentet i forbindelse med mappegjennomgangen, er beheftet med vesentlige feil. Når det gjelder den øvrige dokumentasjonen vi har blitt forelagt, har vi heller ingen grunn til å anta at denne er beheftet med feil. Vi har sammenliknet de ulike typene data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem. I tillegg har vi framlagt datamaterialet for kommunen og korrigert påviste faktafeil. På bakgrunn av forannevnte vurderinger, sammenlikninger og verifiseringer, forutsetter revisor at det ikke er vesentlige feil i datamaterialet som presenteres i rapporten.

På et overordnet nivå er påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet også søkt sikret gjennom revisjonens interne kvalitetssikringssystem.

3.2 Avgrensninger

Som redegjort for ovenfor er Harstad kommunes tjenestetilbud til psykisk syke fordelt på tre enheter og avdelinger; Avdeling psykisk helse (Enhet for Hjemmetjenester), Stangnes bo og rehabilitering (Enhet for Bo og oppfølging) og Psykiske helse og rus (Enhet for Helse og mestring). Rus- og psykiatritjenesten sorterer under sistnevnte avdeling.

Besvarelsen av *underproblemstilling a)* er avgrenset til Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten (ROP).

Besvarelsen av *underproblemstilling b)* er gitt med utgangspunkt i revisors undersøkelser av kommunens saksbehandling ovenfor tjenestemottakere tilfeldig plukket ut fra en bestemt populasjon. Utvalget ble foretatt blant personer som stod registrert som tjenestemottakere i 2018 og som var mottakere av to eller flere helse- og omsorgstjenester, hvorav minst én av disse sorterte under «psykiatritjeneste».

4 BOLIG TIL PSYKISK SYKE

Hvordan kartlegger Harstad kommune denne pasientgruppens behov for bolig og hvordan oppfylles dette behovet fra kommunens side?

Pasient-/brukergruppen med relevans for denne forvaltningsrevisjonen er personer som mottar kommunale tjenester på bakgrunn av (blant annet) psykisk sykdom.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7 skal kommunen medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker.

Harstad kommune har totalt 63 boliger beregnet til personer med rus- og psykiske lidelser. Av disse boligene er det 14 leiligheter som ikke eies av kommunen, men der kommunen har tilvisningsrett.⁸

Nedenfor er en oversikt over boliger satt av til personer med lidelser innen rus og psykiatri. Det inngår også beskrivelser av hvilken pasient-/brukergruppe de enkelte boligene er beregnet for, og antall boenheter.

Tabell 1. Harstad kommunes boliger satt av til personer med lidelser innen rus og psykiatri

Bolig/beskrivelse	Antall leiligheter
Plassenveien 54/56/60 - boliger for personer med psykiske lidelser (eventuelt rus som tilleggsdiagnose)	10
Stangesveien 41 - boliger for personer med psykiske lidelser (eventuelt rus som tilleggsdiagnose) Leilighetene er i samme bygg hvor Hjemmetjeneste, psykisk helsearbeid har sine lokaler.	4
Stanges bo og rehabilitering - et døgnbemannet tjenestetilbud for personer med alvorlig psykiske lidelser	10
Foyer Harstad – et tilbud til ungdom som har behov for støtte og veiledning på flere livsområder	8
Rugdemyra 2 – leiligheter for personer med rusproblemer	4
Natthjemmet (Blåhuset) – et botilbud for bostedsløse (rusproblemer)	4
Kvadraten – et botilbud for personer med rusproblemer	4
Valmuebakken 1-5 – boligtilbud for personer med psykiske lidelser. Kommunen er ikke huseier, men har tilvisningsrett.	12
Seljestadveien 74 – et botilbud for personer med psykiske lidelser. Kommunen eier en leilighet og har tilvisningsrett til to leiligheter.	3
Småhus – boligtilbud for personer med rusproblemer. Boligene er ikke samlokalisert.	4

Ifølge kommunen tildeles psykisk syke og personer med ROP-tjenester også andre omsorgsboliger enn de som fremgår av tabellen over, der dette vurderes som formålstjenlig. Eksempler på slike omsorgsboliger er Lundenes, Dalsbakkan, Samatun, Pakkhusgata, Olavsgården, Fredlyveien og Kanebogmyra.

⁸ Når kommunen har *tilvisningsrett*, betyr det at kommunen har rett til å tilvise (anvise/tildele) en ledig leiebolig til vanskeligstilte på boligmarkedet. Kommunen avgjør hvem som anses som vanskeligstilt.

Kommunen har opplyst at boligbehovet er ett av tolv punkter som inngår i en mal utarbeidet av Rus- og psykiatritjenesten og som benyttes som redskap i kartlegging og oppfølging av bruker. Kommunen har et eget skjema for førstegangssamtale der blant annet kartlegging av boligsituasjonen inngår. Skjemaet inneholder et eget felt for registrering av «*Bolig (eier/leier/UFB⁹/privat/kommunal)*». Kommunen har opplyst at det under førstegangssamtalen kartlegges om pasient/bruker har egnet bolig, trenger ny bolig, bor med foreldrene eller er uten fast bolig.

Kommunen har videre opplyst at det i april 2019 ble ansatt en sosionom som særlig skal bistå pasienter/brukere ved utfordringer innen bolig/økonomi. Dersom en pasient/bruker har behov for bolig, blir altså vedkommende sosionom involvert i tilknytning til dette spørsmålet.

Nevnte sosionom sine oppgaver når det kommer til bolig er:

- Delta under visninger på boliger sammen med bruker/pasient
- Hjelp bruker/pasient med å søke om bistand til depositumsgaranti, etablering og husleie fra NAV
- Bistå pasient/bruker ved anskaffelse av nye møbler ved innflytting i ny bolig
- Sørge for transporterklæring¹⁰ mellom NAV, pasient/bruker og kommunen
- Bistå i kontakten mellom bruker/pasient og det private boligmarkedet
- Bistå pasient/bruker under flytteprosess
- Delta på fordelingsmøter om kommunale boliger

Til revisor har vedkommende sosionom opplyst at hun deltar på månedlige møter om tildeling av boliger i kommunen. Videre at det arrangeres to ulike typer tildelingsmøter; møter vedrørende vanlige kommunale boliger og møter vedrørende omsorgsboliger.

Det er Boligkontoret som har ansvaret for tildelingen av *vanlige kommunale boliger*. Revisor har gjennomgått en mal som er utarbeidet for søknad om kommunal bolig. I dette søknadsskjemaet etterspørres blant annet sivilstand, barn, nåværende boforhold, økonomi, begrunnelse for søknad og eventuelle særlige opplysninger, herunder kontakt med hjelpeapparatet ved Rus og psykiatri eller Pleie og omsorg.

Etter det opplyste tildeles ledige boliger i prioritert rekkefølge etter behovsprøving. Bostedsløse og barnefamilier er prioriterte grupper. Når kommunal bolig er tildelt, utarbeider Boligkontoret husleiekontrakt og involverer ovennevnte sosionom. Vedkommende har ansvar for å kontakte bruker/pasient for å avtale tidspunkt for signering av kontrakt og gjennomgang av regelverk for kommunal bolig. Nevnte sosionom har til revisor opplyst at det er planlagt et tettere samarbeid med Boligkontoret med hensyn til prioritering blant de som har behov for bolig og for å raskt få på plass transporterklæring¹¹ mellom NAV, pasient/bruker og kommunen.

Når det gjelder *omsorgsboligene*, er det Koordinerende enhet som har ansvaret for tildelingen. Søkerlisten blir gjennomgått og prioritering blir gjort ut fra type bolig som er ledig og hvem som har størst behov for bolig. Det er utarbeidet mal for søknad om helse- og omsorgstjenester, som også benyttes ved søknad om omsorgsbolig. Her spørres det blant annet om sivilstand, barn,

⁹ UFB er en forkortelse for «uten fast bolig».

¹⁰ Transport av krav er det samme som overdragelse av krav. Revisor antar at det med «transporterklæring» i denne sammenhengen siktes til erklæring som skal sikre at innvilget stønad fra NAV til f.eks. husleie kan utbetales direkte fra NAV til kommunen som utleier, dvs. uten å gå veien om pasient/bruker som i utgangspunktet er forpliktet til å betale husleie i henhold til kontrakt og som har rett til stønad fra det offentlige til dekning av husleie.

¹¹ Se forrige fotnote.

boligsituasjon og funksjonsnivå/hjelpebehov. Husleiekontrakt sendes til pasienten som tildeles bolig.

Kommunen har også et kartleggingssystem gjennom såkalte *IPLOS-registreringer*. IPLOS eies av Helsedirektoratet og er betegnelsen på et sentralt helseregister med data som på en standardisert måte beskriver bistandsbehov til personer som søker/mottar pleie- og omsorgstjenester, samt hvilke tjenester kommunen gir. Registeret er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunen og for statlige myndigheter. Harstad kommune opererer etter det opplyste med to registreringer, én registrering av pasient/brukers vedtak og én registrering som går på bolig- og aktivitetsbehov. Sistnevnte registrering foretas av Koordinerende enhet i forbindelse med at vedtak om helse- og omsorgstjeneste fattes og oppdateres av primærkontakt etter førstegangssamtale ved eventuelle endringer. Ny oppdatering skjer før det fattes eventuelt nytt vedtak om helse- og omsorgstjenester. Vedkommende sosionom som er omtalt ovenfor, har til revisor opplyst at den praktiske betydningen av registreringen er at kommunen får en oversikt over relevant informasjon om brukeren/pasienten.

Ovennevnte sosionom, som altså arbeider spesifikt med boligspørsmål i Rus- og psykiatritjenesten, har på vegne av kommunen videre opplyst at det i 2019 ble gjennomført en kartlegging av hvilke pasienter i Rus- og psykiatritjenesten som var uten fast bolig og hvilke som hadde behov for ny bolig, tilrettelegging i boligen og eventuelt omsorgsbolig. Kartleggingen skulle gi kommunen et bedre grunnlag for å vurdere hvilke boliger det skulle satses på fremover. Ifølge sosionomen ble kartleggingen gjennomført ved at det ble arrangert gruppemøter der alle brukere/pasienter ble gjennomgått med henblikk på det nevnte. Vurderingen ble gjort i samråd med primærkontakt og ut fra tilbakemeldinger fra pasient/bruker. Ut fra kartleggingen ble det konkludert med at det var flere som hadde behov for bolig og at det ville være hensiktsmessig å satse på flere såkalte Småhus.

Oversendt dokumentasjon fra kommunen v/ nevnte sosionom viser at arbeidet med nevnte kartlegging ble innledet ved at kommunedirektøren i januar 2019 nedsatte en prosjektorganisasjon for utredning av behov for boliger og tjenester for ROP-pasienter. Dette fremgår av den oversendte rapporten «**Bolig og tjenester ROP. Plan for utvikling av bolig og tjenester for personer med samtidig rusmiddelproblem og psykiske lidelser (ROP)**». Denne rapporten ble levert juli 2019 og er en plan for hvordan kommunen skal nå målsettinger i «*Bolig og velferd - nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*» og i «*Boligpolitisk handlingsplan 2017-2020*». I rapporten beskrives *boligsosialt arbeid* som både det å skaffe boliger til vanskelighetsstilte på boligmarkedet og det å styrke den enkeltes mulighet til å mestre boforholdet. Boligpolitisk handlingsplan har som visjon at Harstad kommune skal ha et godt, variert og tilpasset botilbud til alle.

Den ovennevnte rapporten beskriver situasjon, utfordringer, strategier og tiltak for å dekke behovene for den aktuelle pasient-/brukergruppen. Det legges til grunn at det er behov for økt kapasitet og bedre kvalitet på tjenestetilbud på alle nivåer; forebygging, tidlig innsats gjennom lavterskeltilbud, oppfølging og behandling. De største utfordringene for den såkalte ROP-gruppen er, ifølge rapporten, mangel på boliger samt at beboere ikke får tilstrekkelig hjelp til å mestre boforholdet. Det fremgår at kommunen mangler egnede boliger og tilstrekkelig kapasitet til å drive gode oppfølgingstjenester i bolig, at det har vært problematisk å finne egnede steder for plassering av boliger for målgruppen og at personer med rusavhengighet og/eller psykiske lidelser er overrepresenterte blant bostedsløse i kommunen.

I rapportens kapittel 6 fremgår følgende tiltaksplan for å ivareta den aktuelle pasient-/brukergruppens behov for bolig og tjenester:

STRATEGI	TILTAK	FREMDRIFTSPLAN
Boligstrategi		
Alle skal ha et godt sted å bo – nivå 3 (boliger i det ordinære boligmarked)	<ul style="list-style-type: none"> • Bosettings prosjekt Housing First <ul style="list-style-type: none"> ○ gjennom leie av boenhet i det ordinære boligmarked ○ gjennom kommunal anskaffelse av boenheter som leies ut til bruker ○ ved etablering av småhus ○ ved at bruker kjøper egen bolig gjennom bruk av startlån ○ 	2020 - 2023
Alle skal ha et godt sted å bo – nivå 3	<ul style="list-style-type: none"> • boenheter <ul style="list-style-type: none"> ○ Stikkveien ○ Plassenveien ○ Stangesveien • Boenheter i Kvadraten endrer funksjon til midlertidige boenheter 	
Alle skal ha et godt sted å bo – nivå 2 (spesielt tilrettelagte omsorgsboliger med tilstedeværelse deler av døgnet)	<ul style="list-style-type: none"> • Forstudie omsorgsbolig <ul style="list-style-type: none"> ○ omsorgsbolig med avklart antall boenheter i alternative boløsninger (selvstendige boenheter/boløsning med fellesareal/ bokollektiv) ○ muligheter, kapasitet, konsekvenser 	2020
Alle skal ha et godt sted å bo – nivå 1 (spesielt tilrettelagte bolig med heldøgns omsorg med tilstedeværelse 24/7)	<ul style="list-style-type: none"> • Forstudie bolig med heldøgns omsorg/(institusjon) <ul style="list-style-type: none"> ○ bolig med heldøgns omsorg eller institusjon (tjenestebase 24/7) med avklart antall boenheter ○ muligheter, kapasitet, konsekvenser 	2020
Alle skal ha et godt sted å bo	<ul style="list-style-type: none"> • Lokalisering og tomtestudie for differensierte botilbud for målgruppen 	2020

Tjenestestrategi		
Alle med behov for tjenester, skal få hjelp til å mestre eget liv	<ul style="list-style-type: none"> Avklare mål og strategi for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser 	2020 - 2021
	<ul style="list-style-type: none"> Innføre koordinerte tjenesteforløp for målgruppen 	2020 - 2021
	<ul style="list-style-type: none"> Innføre modell for boveiledning 	2020 - 2021
	<ul style="list-style-type: none"> Avtale om ansvarsdeling og samhandling mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og NAV Harstad 	2020 - 2021
	<ul style="list-style-type: none"> Strategi for brukermedvirkning og pårørendestøtte 	2020 - 2021
	<ul style="list-style-type: none"> Utvikle, avklare og koordinere lavterskeltilbud levert av frivillige og organisasjoner 	2020 - 2021
	<ul style="list-style-type: none"> Risikoanalyse på tjenesteproduksjon og ved ulike typer botiltak for målgruppen 	2020 - 2021
Forebygging		
Forebyggende arbeid prioriteres	<ul style="list-style-type: none"> Utarbeide forebyggende strategi med resultatmål for målgruppen 	2020
Frafall i videregående skole i Harstad	<ul style="list-style-type: none"> 0-visjon i forhold til frafall i videregående skole i Harstad – målsetting og tiltaksavtale mellom Troms Fylke og Harstad kommune 	2021
Forebyggende tiltak	<ul style="list-style-type: none"> Videreføring av prosjekt, Oppsøkende rusteam Videreføring av prosjekt, Oppfølging av ungdom med rusmiddelproblem og rustesting 	2020

Måloppnåelse		
Rapportering på	Måleindikatorer	<ul style="list-style-type: none"> Administrativ
måloppnåelse	<ul style="list-style-type: none"> Antall vedtak om midlertidig bolig Antall døgn i midlertidig bolig pr vedtak Antall tildelinger av bolig Antall vedtak om startlån Antall utkastelser fra bolig Antall unge over 17 år med tjenester i NAV Harstad Antall barn og unge i rusbehandlingstiltak Antall pasienter med tiltak i oppsøkende rusteam Antall registrerte brukere i målgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> oppfølging av status og måloppnåelse Rapporteres i årsrapport

Det første tiltaket for å bekjempe bostedsløshet som beskrives i tiltaksplanen ovenfor, er «*Housing First*», som har en varighet på fire år. Dette er en brukerstyrt metode for å tilby bolig og tjenester til bostedsløse personer med utfordringer knyttet til rus og/eller psykiske lidelser. Kommunen har etter det opplyste søkt om og fått innvilget tilskuddsmidler for igangsettelse av dette prosjektet, som etter opprinnelig plan skulle ha startet opp høsten 2019. Kommunalsjef helse og omsorg har imidlertid

opplyst at dette er utsatt i påvente av ansettelse av prosjektleder, en ansettelsesprosess som pågår i skrivende stund.

Gjennom prosjektet «*Housing First*» vil det etableres team som skal ivareta bosetting og oppfølging av bosituasjonen for målgruppen. Bosetting skal i hovedsak være i varige boliger i ordinære boligområder, og boenheter fremskaffes gjennom leie, kjøp eller nybygg. Metoden legger stor vekt på at brukerens ønsker og valg er avgjørende for å nå målsettingen om først å finne bolig og deretter - sammen med tverrfaglige oppfølgingstjenester - skape en god, trygg, stabil og langvarig bosituasjon. Pasient/bruker skal ha reell medbestemmelse knyttet til valg av både bolig og type oppfølging, og kommunen må sørge for sammenhengende og koordinerte tjenester.

Kommunen har skriftlig opplyst, og det følger av den rapporten revisor har mottatt, at kommunen i tillegg deltar i årlig kartlegging gjennom «*Brukerplan*». Dette er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget og karakteren av rusmiddelproblematikk og/eller psykiske helseplager blant brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester.¹² Registreringene utføres av ansatte innen kommunens helse- og omsorgstjenester. Formålet med dette verktøyet er å få oversikt over kommunens rus- og psykiatriutfordringer, samt pasientenes/brukernes livsvilkår, tjenestetilbud og tjenestebehov. En viktig del av kartleggingen beskriver mottakernes daglige fungering på åtte levekårsområder, der bolig er ett av dem.¹³ Kartleggingen dokumenterer tjenestene som pasienter/brukere får per dags dato, og forventet etterspørsel av tjenester i året som kommer. Dette kan gi grunnlag for å prioritere mellom grupper og tjenestetilbud.

Det fremgår av ovennevnte rapport at det i Brukerplan for 2018 ble registrert 126 brukere med rusproblem og 280 brukere med kun psykisk helseproblem i Harstad. I 2019 var det 400 registrerte brukere av kommunale tjenester i nevnte målgrupper. Blant registrerte brukere med rusproblem i 2018 hadde 48 personer boligbehov, hvorav 14 personer (11 %) var bostedsløse og 34 personer (27 %) ikke hadde tilfredsstillende bolig. I rapporten opplyses det at Harstad kommune disponerer 52 ordinære boenheter til pasienter/brukere med rus- og psykiske lidelser, samt at det deriblant er 14 private boenheter der kommunen har tilvisningsrett.¹⁴ Videre fremgår det at Stangnes bo og rehabilitering, et døgntilbud med 6 plasser, kommer i tillegg til dette.

Under overskriften «Erfaringer av tiltak» på s. 10 i rapporten «***Bolig og tjenester ROP [...]***» fremgår det at det er iverksatt en evaluering av tiltakene Klubbholmen boliger, Blåhuset/Kvadraten og Småhus. Videre at evalueringen gjennomføres ved å innhente erfaringskunnskap fra ulike parter, samt innhenting av opplysninger fra planer, utredninger og politiske vedtak. Hensikten med evalueringen er ifølge rapporten å skaffe kunnskap om hvorvidt målsettinger er oppnådd og hvilke resultat tiltakene har gitt. Resultatene fra evalueringen vil kunne gi viktig informasjon om videre strategi og valg av tiltak.

Av nevnte rapport følger det at evaluering var forventet ferdigstilt høsten 2019, men kommunen har til revisor opplyst at den ikke er det. Kommunen har imidlertid oversendt et ufullstendig og ikke godkjent evalueringsnotat, «***Bolig-tjenester-ROP- Sammendrag evaluering***», innhentet fra en planlegger i Helse og omsorg. Vedkommende har deltatt i prosjektgruppa som har arbeidet med

¹² Verktøyet er godkjent av Datatilsynet og Helse- og omsorgsdepartementet.

¹³ Levekårsområdene er gradert med fargene grønn, gul og rød. Opplysningene om levekårsområdene er samlet i en levekårsindeks.

¹⁴ Når kommunen har *tilvisningsrett*, så betyr det at kommunen har rett til å tilvise (anvise/tildele) en ledig leieboli til vanskeligstilte på boligmarkedet. Kommunen avgjør hvem som anses som vanskeligstilt.

nevnte evaluering. Av det oversendte evalueringsnotatet fremgår det at det sist ble oppdatert den 01.06.2020.

Når det gjelder Klubbholmen følger det av nevnte evalueringsnotat at tiltaket ble etablert i 2008 og avvirket i 2016. Tiltaket innebar etablering av tolv boenheter, der brukerne inngikk bo- og rehabiliteringsavtale og de fleste fikk et forsterket tjenestetilbud. Bakgrunnen for etablering av tiltaket var behov for gjennomgangsboliger og varig botilbud til bostedsløse personer med psykiske lidelser. Den beskrevne målsettingen var midlertidig bolig med rehabilitering og botrening i inntil tre år før overgang til ordinær varig bolig, økt egenmestring og redusert tjenestebehov for psykisk syke. Av notatet ser vi at målgruppen for tiltaket senere ble endret til bostedsløse med rus- og psykiatriutfordringer, før den igjen ble endret/redefinert til unge personer i aldersgruppen 18-35 år med psykiske lidelser/adferdsforstyrrelser/rusmisbruk og behov for et behandlings- og rehabiliteringstilbud.¹⁵

I den nevnte evalueringen av det aktuelle tiltaket er det vurdert at målsettinger og resultater delvis ble oppnådd ved at flere beboere fikk en bedre livssituasjon og redusert behov for tjenester. Det var imidlertid ikke oppnådd nødvendige resultater hva gjelder overgang til permanent bolig. I notatet pekes det videre på at målsetting og metode har vært utydelig, at organisering av tilbudet ikke har gått som planlagt og at det har vært utfordringer knyttet til blant annet samhandling mellom parter og tjenesteytere, manglende motivasjon hos beboerne til å delta i rehabiliteringsprosesser og høyere bruk av illegale rusmidler enn forventet. Kommunen vurderer at det i dag fortsatt er et aktuelt behov for denne type tiltak, men at et nytt tiltak må organiseres på en alternativ måte, ha færre beboere, mer tilgjengelige og stabile personalressurser og en mer målrettet strategi. Samlokalisering av brukere med rus- og psykiatridiagnoser vurderes videre som utilrådelig, blant annet på grunn av erfaring relatert til tilgang til rusmidler og pågang fra rusmisbrukere som ikke var en del av tiltaket.

Når det gjelder Småhus¹⁶, er dette etter det opplyste små, enkeltstående boenheter etablert i samarbeid med Husbanken og plassert i randsonen mellom industri- og boligområder. Målgruppen for tiltaket er vanskeligstilte som ikke ønsker et behandlings-/rehabiliteringstilbud. I det oversendte evalueringsnotatet er punktene vedrørende oppfyllelse av målsettinger og resultater ikke utfylte. Det fremgår imidlertid at kommunen arbeider med etablering av tre-fire nye småhus og med samhandlingstiltak mellom kommune og fylkeskommune om bygging av denne type boliger.

Når det gjelder Blåhus og Kvadraten var bakgrunnen for disse tiltakene bostedsløse i kommunen og vanskeligheter med å skaffe boliger til den såkalte ROP-gruppen. Driften av tiltakene, som er knyttet til to bygninger (hus) som Harstad kommune eier, ivaretas av privat tjenesteleverandør, Kameratklubben,¹⁷ gjennom egen avtale.

Blåhuset¹⁸ ble etablert i 2004 og består blant annet av en varmestue som er åpen alle hverdager på dag- og ettermiddagstid, samt et natthjem med fire soverom for bostedsløse rusmiddelavhengige som er åpent alle dager. For beboere på natthjemmet er varmestua også åpen i helgene. Tiltaket er

¹⁵ I evalueringsnotatet henvises det til *Rusmiddelpolitisk handlingsplan del II – Forebygge bruk av illegale rusmidler*, behandlet i kommunestyret den 19.09.13.

¹⁶ Ifølge evalueringsnotatet etablert som en del av en ny strategi vedtatt av Kommunestyret den 19.09.13 gjennom *Rusmiddelpolitisk handlingsplan del II – Forebygge bruk av illegale rusmidler*.

¹⁷ Kameratklubben er en ekstern, privat tjenesteleverandør. På Proff.no er «Sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere uten botilbud» oppført under bransje og «FLI» (Forening/lag/innretning oppgitt som selskapsform. Skolegata 7, 9404 Harstad er videre oppgitt som besøksadresse.

¹⁸ Det kan nevnes at revisor har registrert at det i 2020 har vært en del oppslag i lokalmedia knyttet til forfall og behov for oppgraderinger ved Blåhuset.

døgnbemannet og formålet med tiltaket er å bedre livskvaliteten til rusmiddelavhengige. Det gjennomføres miljøarbeid knyttet til opplæring av brukere i forhold til manglende boevne. I evalueringsnotatet legges det til grunn at varmetua og natthjemmet har fungert godt og har mange brukere. Det er opplyst at varmetua daglig har 10 – 15 brukere og at natthjemmet i 2018 hadde 1270 overnattingsdøgn. Videre fremgår det i notatet at man i senere tid har sett en viss endring i brukergruppen. Dette ved at flere av brukerne *ikke har* et rusproblem, samtidig som at flere av brukerne *har* psykiske helseproblemer.

Kvadraten består etter det opplyste av fire utleieboliger lokalisert ved siden av Blåhuset. Målgruppen er personer med langvarig og omfattende rusmisbruk, og revisor har forstått det slik at disse boligene inngår som en del av kommunens rehabiliteringstilbud til denne gruppen. Det fremgår av ovennevnte evalueringsnotat at tiltaket omfatter tunge brukere, samtidig som at det fremgår at boenhetene primært skal være rusfrie boliger. Videre har revisor forstått det slik at *Kameratklubben*¹⁹ har ansvaret for å yte daglige oppfølgingstjenester til beboere ved *Kvadraten* (minimum to timer per dag) i henhold til avtale med kommunen. I evalueringsnotatet revisor har fått tilsendt legges det til grunn at målsettinger for nevnte tiltak mangler samt at beboere ved *Kvadraten* boliger har fått for lite oppfølging, også fra kommunal helse- og omsorgstjeneste.

I nevnte evalueringsnotat fremheves det videre at kommune og NAV ikke har samhandlet og avklart roller i nødvendig grad og at det ikke oppnås sirkulasjon og overføring til varige botilbud når kommune og NAV ikke følger opp beboer med alternative tiltak. Det legges til grunn at sårbare overganger (bostedsløs – midlertidig bolig - permanent bolig) ikke har fungert godt nok. I tillegg til at kommunal helse- og omsorgstjeneste ikke har fungert tilfredsstillende, legges det til grunn at stedlig tjeneste i Blåhus og *Kvadraten* ikke har hatt et definert tjenestemål eller kompetanse til å gjennomføre oppdraget

Under punktet «problemstillinger og forbedringstiltak» i nevnte evalueringsnotat, foreslås det at boenheter i Blåhus og *Kvadraten* (syv) omgjøres til midlertidige boliger fra 2020. Videre opplyses det at driftsavtale med ekstern tjenesteleverandør utgår i 2020 og at det pågår en vurdering av hvorvidt det skal gjøres en ny utlysning av tjenesteleveransen eller om kommunen skal gjennomføre aktuelle tiltak i egen regi, noe som krever politisk avklaring.

¹⁹ Kameratklubben er en ekstern, privat tjenesteleverandør. På Proff.no er «Sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere uten botilbud» oppført under bransje og «FLI» (Forening/lag/innretning oppgitt som selskapsform. Skolegata 7, 9404 Harstad er videre oppgitt som besøksadresse.

5 SAMHANDLING MED EKSTERNE AKTØRER

Hvilke eksterne aktører samhandler Harstad kommune med på det reviderte området?

Kommunen har til revisor fremhevet spesialisthelsetjenesten (UNN), fastlegene, NAV og politi som sentrale aktører hva gjelder samhandling knyttet til den aktuelle brukergruppen. Videre er Harstad kameratklubb²⁰ etter det opplyste samarbeidspartner for kommunen om drift av Blåhuset og oppfølging av beboere ved Kvadraten.²¹

Det er under dette punktet også grunn til å nevne at Harstad kommune har etablert interkommunale samarbeid med flere kommuner om tjenestetilbud som er relevante for brukergruppen, herunder FACT-team omtalt under punkt 1.2 ovenfor (samarbeid mellom Harstad, (tidl.) Skånland²² og Kvæfjord, samt UNN ved Senter for psykisk helse og rusbehandling i Sør-Troms), Harstad Krisesenter (samarbeid mellom Harstad, Kvæfjord, Ibestad, (tidl.) Skånland²³ og Tjeldsund) og Støttesenter mot incest (samarbeid mellom Harstad, Kvæfjord, Ibestad, Lavangen, Salangen, Gratangen, (tidl.), Skånland²⁴, Tjeldsund, Evenes og Lødingen).

På anmodning om en oversikt over eksterne aktører som Harstad kommune samarbeider med på det reviderte området, har kommunens kontaktperson videre oversendt til revisor et politisk saksdokument fra april 2019 med overskriften «**Tiltak og tjenester for personer med psykiske helseutfordringer og rusmiddelproblemer**». Dokumentet er utformet for behandling i Utvalg for helse og omsorg den 3.4.2019 og i Kommunestyret den 11.4.2019. Dokumentet er elektronisk godkjent av rådmannen.²⁵

I det oversendte saksdokumentet fremgår det en oversikt over tjenester og tiltak i Harstad kommune for ovennevnte målgruppe som er *inndelt i følgende områder*:

- Kommunale tiltak og tjenester
- Kommunale boliger og rehabiliteringstiltak
- Kommunale tiltak organisert som prosjekter med avgrenset varighet
- Kommunale planlagte prosjekter med avgrenset varighet
- Kommunens kjøp av eksterne tjenester
- Tiltak fra eksterne organisasjoner

Revisor anser de to siste kulepunktene i nevnte dokument som relevant for besvarelsen av den aktuelle tilleggsproblemstillingen fra kontrollutvalget. I det følgende oppsummeres hovedinnholdet i disse punktene.

- ***Kommunens kjøp av eksterne tjenester***

Grønn omsorg

Grønn omsorg er et samlebegrep for tilrettelagte tilbud fra bønder som bruker gården sin i aktivt arbeid for og med barn, unge og voksne med spesielle behov. Kommunen kjøper to plasser på

²⁰ Kameratklubben er en ekstern, privat tjenesteleverandør. På Proff.no er «Sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere uten botilbud» oppført under bransje og «FLI» (Forening/lag/innretning oppgitt som selskapsform. Skolegata 7, 9404 Harstad er videre oppgitt som besøksadresse.

²¹ Se punkt 4 i rapporten for nærmere informasjon om tiltakene.

²² Skånland og Tjeldsund kommuner er fra 1. januar 2020 slått sammen til én kommune; Tjeldsund kommune.

²³ Se forrige fotnote.

²⁴ Se forrige fotnote.

²⁵ Nå betegnet som kommunedirektør.

Trollstein gård, Grytøya. Dette tilbudet fungerer også som et sysselsettingstilbud og har fått positiv omtale av flere brukere.

Kjøp av spesielle tiltak

Kommunen kjøper private heldøgns tjenester og tiltak for enkeltpersoner innen målgruppen rus og psykiatri.

- **Tiltak fra eksterne organisasjoner**

Fontenehus (Stiftelse)

«Fontenehus» er et frivillig arbeidsfellesskap for mennesker som har eller har hatt psykiske helseproblemer. På Fontenehus er arbeid både mål og metode. Medlemmer og ansatte er kolleger som sammen driver et erfarings- og kunnskapsbasert, arbeidsrettet rehabiliteringstilbud. Fontenehus motiverer medlemmer til aktiv samfunnsdeltakelse, studier og ordinær jobb og representerer et alternativt og frivillig arbeidsfellesskap for dem som, på grunn av helseproblemer, ikke kan ha ordinær jobb. I det oversendte saksdokumentet opplyses det at Fontenehuset Harstad er en egen stiftelse som har fire årsverk i ressurs. Vedrørende finansiering fremgår det av dokumentet at kommunal egenandel for prosjektperioden 2018-2021 er vedtatt og lagt inn i økonomiplan.

Stedet (Frelsesarmeen)

«Stedet» er et etterverns- og rehabiliteringstilbud til personer over 18 år som er bosatt i Harstad kommune og som trenger et trygt «landingssted» etter endt soning eller rusbehandling. Stedet legger i tillegg til rette for straffegjennomføring i form av samfunnsstraff eller fotlenke. Brukere tilbys et rusfritt nettverk og får anledning til å delta med dugnadsarbeid i et trygt fellesskap som føles trygt. Gjennom dette rusfrie lavterskeltilbudet søkes det å legge til rette for at flere kan oppnå målet om et liv med ruskontroll/ rusfrihet.

Av det oversendte saksdokumentet fremgår det at Stedet tilbyr støtte og veiledning til brukere, herunder på det praktiske plan knyttet til bolig, økonomi, jobb og skole. Videre at Stedet ved behov tilbyr deltakelse i ansvarsgrupper og møter med NAV, kriminalomsorg, husverter og arbeidsgivere. Stedet har åpent fire dager per uke og omfatter blant annet følgende tilbud:

- Gatejuristen i Tromsø har fast kontortid én gang per måned
- Pårørendehuset har tilbud én gang per måned
- Armeen Gatefotball

Stedet drives etter det opplyste med en ressurs på ett årsverk og åtte frivillige, og det driftes økonomisk av Frelsesarmeens rusomsorg og Fretex. Allerede ved oppstarten 01.02.17 var det klart at prosjektet kun hadde finansiering for tre år. Det fremgår av det oversendte saksdokumentet at Frelsesarmeen planla videre drift av Stedet med støtte fra Helsedirektoratet og driftsstøtte fra Harstad kommune. Søknad om kommunalt driftstilskudd for 2019 ble imidlertid avslått.

Fønix (Marborg)

«Fønix» er en rusfri møteplass i Harstad sentrum som er åpent fire dager i uka. Tiltaket drives av Marborg, som er en brukerorganisasjon på rusfeltet. Målgruppen er tidligere rusavhengige med psykiske problemer eller andre utfordringer knyttet til integrering i " normalsamfunnet". Dette etter at de nylig er blitt er rusfrie eller mens de er i en prosess frem mot varig rusfrihet.

Formålet med et rusfritt møtested er i det oversendte saksdokumentet blant annet oppgitt å være at tidligere rusavhengige, mennesker med psykiske problemer og andre skal kunne samles til sosialt samvær, uformelle samtaler og utveksling av erfaringer i forhold til å jobbe mot varig rusfrihet. Videre å på sikt etablere en stabil arbeidstreningsarena der tidligere rusavhengige kan prøve ut sine ferdigheter, fylle dagen med noe meningsfylt og være til nytte. Kaféen/møtestedet skal også være

et utgangspunkt for å skape og opprettholde rusfrie nettverk og arrangere felles sosiale aktiviteter, samt på sikt etablere tilgang for brukerne til deltagelse på fritids- og kulturaktiviteter. Det opplyses i det ovennevnte saksdokumentet at det ble søkt driftsstøtte til tiltaket for 2019, men at søknaden ikke var behandlet da dokumentet ble opprettet.

6 RUTINER FOR TJENESTETILBUD TIL PSYKISK SYKE

Har kommunen rutiner som er tilstrekkelige for å sørge for at psykisk syke som bor utenfor institusjon gis et tilbud som er i henhold til regelverket? Etterleves eventuelle rutiner?

Revisjonskriterier:

Harstad kommune v/Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten skal

- ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering hvor ansvars-, oppgave – og myndighetsfordeling klart fremgår og hvor plan for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet tydeliggjøres
- ha oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring
- ha system for avviksmelding- og håndtering
- ha system for å ta imot og behandle eventuelle klager fra tjenestemottakere og pårørende
- ha system for samt gjennomføre kartlegginger av risiko- og sårbarhetsområder
- ha skriftlige rutiner for håndtering av legemidler, som blant annet innebærer prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering

Hovedkilder for utledning av revisjonskriteriene:

- *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*

6.1 Revisors funn og vurderinger

6.1.1 Oversikt over og beskrivelser av virksomhetens mål, oppgaver, tjenester og organisering

«Harstad kommune v/Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten skal ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering hvor ansvars-, oppgave – og myndighetsfordeling klart fremgår og hvor plan for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet tydeliggjøres».

6.1.1.1 Revisors funn

På spørsmål fra revisor relatert til overholdelse av første revisjonskriterium i tekstboksen over, har kommunen blant annet vist til **Helse- og omsorgsplan, Harstad kommune, Strategi og tiltak for perioden 2012 – 2025**. Planen er et overordnet politisk styringsdokument vedtatt av kommunestyret. Dette er en langtidsplan for helse- og omsorgsområdet som skal legges til grunn ved planlegging og utvikling i kommunen. I planen beskrives utfordringer og overordnede mål på området, og det foreslås strategier og tiltak for planperioden.

Videre har kommunen vist til **Virksomhetsplan 2019-2022**. I planens punkt 4, *del III Styringssystem og servicestrategi – resultatmål, nøkkeltall og prognoser*, fremgår det at de viktigste dokumentene i kommunens styringssystem er denne planen og driftsplanene. *Virksomhetsplanen* er en politisk vedtatt fireårig plan bygd opp etter prinsippene for *balansert målstyring*, som rettes inn mot å beskrive krav til resultater i tjenesteproduksjonen. Av planen fremgår det at kommunens styring og resultatrapportering skal rette seg inn mot *fire fokusområder*; samfunn, tjeneste/brukere,

organisasjon/personell og økonomi. *Målekart* for tjenester og enheter uttrykker *resultatmål* (hva skal oppnås), *suksessfaktorer/strategier* (hva må vi lykkes med) og *resultat-/måleindikatorer* (hva skal vi måle og hva er ønsket resultat). Kommunens styringssystem og målekart forutsetter bruker- og medarbeiderundersøkelser for å få tilbakemelding på kvalitetsindikatorer. Disse undersøkelsene skal gjennomføres i henhold til egen plan, og det fremgår at det er planlagt gjennomført en brukerundersøkelse på psykiatriområdet i 2020. Det kan i denne forbindelse nevnes at i virksomhetsplan 2020-2023 er brukerundersøkelse på området planlagt i 2021.

Virksomhetsplanens punkt 4.2 inneholder et målekart som er felles for alle enheter og tjenester i kommunen. Når det gjelder helse og omsorg spesielt, behandles denne sektoren i planens punkt 4.8. Under dette punktet fremgår mål for planperioden, tjenestemessige mål for 2019, nasjonale/sentrale prioriteringer for kommunene, målekart og utfordringsbilde (felles for sektoren og for kjernevirksomheten, herunder for de reviderte enheter). Videre inngår utviklingstiltak og tiltak basert på utfordringsbildet, herunder prioriterte tiltak i 2019 (inndelt i fag og organisering) og i planperioden 2019-2022, prioriterte kompetansetiltak og vedtatte tiltak (inndelt i drift og investering). Virksomhetsplanens målekart for helse og omsorg synes utformet i henhold til ovennevnte prinsipper. I det aktuelle målekartet ser vi således at «forsvarlig og verdig tjenestetilbud» oppgis som resultatmål under fokusområdet «tjenester/brukere» og at kritisk suksessfaktor/strategier relatert til nevnte resultatmål oppgis å være at *pasienter skal sikres korrekt bruk av medisiner*. Som resultat-/måleindikator i tilknytning til dette er det så oppført *antall pasienter som har fått feil medisin eller feil legemiddel/styrke/dose av alvorlig eller svært alvorlig grad* med følgende indikatorkrav: < 25 hendelser. Revisor legger til grunn at det siste betyr at slike hendelser skal skje færre enn 25 ganger per år. I et siste felt for angivelse av resultat i det aktuelle målekartet, fremgår endelig antall hendelser per år i perioden 2014-2017.

Kommunen har videre vist til **Oppdragsdokument Helse og omsorg**, gyldig fra 16.01.2019 - 16.01.2020. Rådgiver i kommunen har opplyst at dette dokumentet, som utarbeides årlig av kommunalsjefen, inneholder oppgaver til enhetsledere innen helse og omsorg. Oppdragsdokumentet er utarbeidet med bakgrunn i *virksomhetsplan* og skal legges til grunn ved enhetenes arbeid med *driftsplan*. I oppdragsdokumentet fremgår det føringer for dette arbeidet ved henvisninger (lenker) til relevante rundskriv og avsnitt i virksomhetsplan. Driftsplanen skal blant annet beskrive *hvordan mål i virksomhetsplan skal nås* og korrigerende tiltak der enhetene har resultat som ikke er i samsvar med fastsatte indikatorkrav i virksomhetsplan og oppdragsdokument. Enheten skal føre opp tiltak for å løse oppdraget. I oppdragsdokumentet er oppdrag innen ulike tema skissert til den enkelte enhet basert på to områder; spesifikt for egen enhet og som fellestiltak. Dokumentet inneholder frister for blant annet rapportering på status, fremdrift og ferdigstilling driftsplan samt levering av årsrapport på enhetsnivå. Det følger av dokumentet at driftsplanen skal utarbeides direkte i kvalitetshåndboka og innen 01.03.2019 godkjennes og publiseres av kommunens kvalitetsrådgiver.

Driftsplanene er i virksomhetsplanen beskrevet som ettårige planer for den enkelte tjeneste- og støtteenhet og skal være *en nedbryting og operasjonalisering av rammene og føringene fra virksomhetsplanen*. Disse planene utarbeides av den enkelte leder (sammen med brukere og medarbeidere). Driftsplanen behandles og godkjennes av kommunedirektøren og skal bestå av presentasjon av virksomheten, felles gjennomgående og evt. unike resultatmål samt handlingsplan.

Avdelingsleder ved Stangnes bo og rehabilitering har oversendt lenke til *driftsplan for 2019 gjeldende for Enhet for bo og oppfølging*, som ligger tilgjengelig i en elektronisk kvalitetshåndbok på kommunens hjemmeside. Planperioden er uklar for revisor, da det oppgis at planen er godkjent

05.03.2019 og at den skal revideres samme dato.²⁶ Innledningsvis i planen vises det til *enhetspresentasjoner i Harstad kommune* ved at det lenkes til tidligere omtalte organisasjonskart.²⁷ I tillegg henvises det til oppdragsdokumentet gjennomgått ovenfor. Den aktuelle driftsplanen er for øvrig utformet som et skjema der det under angitte temaer (fokusområder) er fylt inn informasjon under fanene resultatmål/suksessfaktor, tiltak/aktivitet, ansvar og frist. Resultatmål/suksessfaktor er inndelt i de fire fokusområdene nevnt ovenfor («tjenester/brukere», «samfunn», «organisasjon/personell» og «økonomi»), i tillegg til «særskilte oppdrag for enhetene».

Ved revisors gjennomgang av den aktuelle driftsplanen fant vi at det i liten grad er fylt ut hvem som er ansvarlig for og frist for de oppførte tiltakene. Dette gjøres i all hovedsak kun i forbindelse med temaene «økonomi» og «særskilte oppdrag for enhetene». *Frist* er da gjerne oppgitt ved årstall (evt. også måned/årstid) eller som fortløpende, fast punkt på avdelingsmøter, hele året eller innen den 30. hver måned. Under *ansvar* oppgis blant annet enhetsleder, avdelingsleder, prosjektleder, administrasjonskonsulent, primæransvarlig, IKT og alle ansatte.

Under fokusområdet «Tjenester-/brukere» er resultatmål/suksessfaktor blant annet oppgitt å være «fornøyde brukere», og oppførte *tiltak* for å oppnå dette er blant annet god dokumentasjon – fokus på hva som er god dokumentasjon i Profil, rett kompetanse etter brukers behov, god opplæring av ansatte, bruk av forbedringstavler i alle avdelinger samt gjennomføring av brukerundersøkelser og utarbeiding av tiltak på bakgrunn av disse. Det er også oppgitt som resultatmål/suksessfaktor under nevnte fokusområde at «brukere sikres korrekt bruk av legemidler», og som *tiltak* for å oppnå dette oppgis blant annet ROS-analyse på legemiddelhåndtering for enheten, gode rutiner på arbeidsplassen samt avviksregistrering- og behandling.

Resultatmål/suksessfaktor under fokusområdet «Organisasjon-/personell», er blant annet «god ledelse» og foreslåtte *tiltak* i den forbindelse er blant annet, gjennomgang av medarbeider- og brukerundersøkelser med fokus på forbedringsområder samt regelmessige forbedringstavlemøter. Resultatmål/suksessfaktor under nevnte tema er videre å «*reduere risiko*», og *tiltak* for å oppnå dette er blant annet utarbeiding av ROS-analyse for legemiddelhåndtering, gjennomføring av internkontroller i enheten, bevisstgjøring av ansatte i forhold til risikoområder og avviksregistrering og -oppfølging

Under temaet «særskilte oppdrag for enheten» er etablering av Foyer²⁸ et oppført tiltak som revisor anser relevant for brukergruppen som denne forvaltningsrevisjonen omhandler.

Når det gjelder Rus- og psykiatritjenesten har revisor ikke funnet driftsplan for Enhet for Helse og Mestring tilgjengelig i kommunens elektroniske kvalitets håndbok. Som vedlegg til kommunens verifiseringssvar²⁹ av 08.06.20 fikk imidlertid revisor tilsendt «endelig versjon» av driftsplan for Enhet for Helse og mestring, hvor det oppgis at planen er gyldig fra 20.02.2020 og skal revideres 20.02.2021. Revisor har forstått avdelingsleder ved Rus- og psykiatritjenesten dit hen at driftsplan for 2019 aldri er blitt utarbeidet. Selv om den tilsendte driftsplanen således er utarbeidet *etter* at

²⁶ Harstad kommune har i sin uttalelse til rapporten opplyst at kommunen benytter mal fra året før i arbeidet med ny driftsplan og at det beror på en forglemmelse at revisjonsdato ikke er endret i det aktuelle plandokumentet. Årstallet for revisjon skal etter det opplyste være året etter at planen er godkjent, i dette tilfellet i 2020.

²⁷ Se figur 1 (organisasjonskart) under rapportens punkt 1.2.

²⁸ Foyer Harstad er på kommunens hjemmeside beskrevet som et forebyggende bo- og nærmiljøtiltak bestående av åtte leiligheter fordelt på to firemannsboliger. Foyer Harstad er tilbud til ungdom mellom 16 og 25 år som er eller står i fare for å bli bostedsløse, og som er motiverte og har behov for støtte og veiledning på flere livsområder.

²⁹ Dette er kommunens tilbakemelding til revisor på tilsendt rapportutkast for såkalt verifisering (godkjenning). Dette rapportutkastet inneholder kun faktiske beskrivelser og sendes til kommunen for godkjenning/korrigeringer/suppleringer før revisor så vurderer faktum opp mot de utledede revisjonskriteriene.

forvaltningsrevisjonen ble innledet og dermed i utgangspunktet også etter den tidsperioden som revisors undersøkelser og vurderinger knytter seg til, omtaler vi den nedenfor. Det anses fra vår side å være relevant å få frem at en slik driftsplan i skrivende stund foreligger, selv om dette får begrenset betydning for våre vurderinger.

Innledningsvis i *driftsplan for Enhet for Helse og mestring for 2020* vises det til organisasjonskart etterfulgt av en identifisering av de avdelingene som enheten omfatter. Deretter følger en henvisning til *Oppdragsdokument Helse og omsorg*. Planen er for øvrig skjematisk utformet på tilsvarende måte som driftsplanen for Enhet for Bo og oppfølging for 2019 ved at den er bygd opp med resultatmål/suksessfaktor (her inndelt i temaene/fokusområdene «Samfunn», «Organisasjon/personell», «Tjenester/brukere», «Økonomi», «Forsvarlig og verdig tjenestetilbud», «Særskilte oppdrag for enheten»), tiltak/aktivitet, ansvar og frist.

Under revisors gjennomgang av den aktuelle driftsplanen fant vi at enkelte tiltak for å nå de målsettinger som er satt, var forholdsvis konkret beskrevet og med angivelse av ansvarlig og frist for tiltaket. Det vises i denne forbindelse blant annet til fokusområdet «Samfunn», der «*godt samarbeid med innbyggere, nærmiljø og 3. sektor (lag, foreninger)*» er oppgitt som resultatmål/suksessfaktor. Som *tiltak/aktivitet* for å oppnå dette angis blant annet gjennomføring av overdragelse av Harstad krisesenter til kommunal drift, samt utforming av kravspesifikasjon for ny anbudsrunde for drift av og avklaring av funksjon for Blåhuset og Kvadraten. Nevnte tiltak er angitt under overskriften «ROP», *ansvaret* er lagt til avdelingsleder og *frist* er satt til 2. kvartal 2020. I forbindelse med det aktuelle resultatmålet er *tiltak* videre oppgitt å være blant annet at de ulike avdelinger ved enheten skal utarbeide en oversikt over samarbeidende lag, foreninger og brukerorganisasjoner (herunder over hvilke tilbud de har, og hvordan disse kan komplementere kommunale tilbud og vise versa) og legge opp til regelmessige samarbeidsmøter. Her er ansvaret lagt til «alle» og «fortløpende» satt som frist.

Under våre undersøkelser av driftsplanen registrerte vi imidlertid også at ovennevnte frister er de eneste som er oppført i relasjon til beskrevne mål/ tiltak inntil man kommer til temaet «*Særskilte oppdrag for enheten*». Ansvarlige for tiltak oppgis imidlertid i stor grad gjennom hele driftsplanen, og da som *administrasjonen/ledergruppen i HELSEM, enhetsleder, avdelingsleder* eller *alle*, mens i forbindelse med «*særskilte oppdrag for enheten*» oppgis ansvarlige ved fornavn.

Når det gjelder de videre beskrivelsene av mål og tiltak for å nå målene innenfor de ulike fokusområdene i den aktuelle driftsplanen, fant revisor et varierende presisjonsnivå i det aktuelle plandokumentet. Under fokusområdet «Organisasjon/-personell» er det å «*reducere risiko*» også i denne driftsplanen angitt som resultatmål/suksessfaktor, og *tiltak* som nevnes her er bruk av avvikssystemet som verktøy i kvalitetsforbedring, bruk og oppfølging av forbedringstavler for kontinuerlig forbedring i alle avdelinger og ROS-analyse (årlig revisjon).

Under fokusområdet «Tjenester/brukere» er videre «*Fornøyde brukere*» oppgitt som resultatmål/suksessfaktor i nevnte driftsplan, og *tiltak* som angis i denne forbindelse er blant annet brukerundersøkelser (motivere til deltakelse) og brukermedvirkning (bruke spisskompetansen som følger med det å være syk/pårørende i utvikling av fag og tjenester, jevnlig møter med brukerorganisasjoner og forbedring av rutiner for evaluering ved gjennomføring av ulike tjenester/tiltak). Et annet tiltak som nevnes under dette resultatmålet er tilrettelegging for at publikum kan gi tilbakemeldinger/klager, tilbakemelding til klager, samt at klageprosedyre skal følges og gjennomgås i enhetene.

I forbindelse med resultatmålsuksessfaktor «*Brukere skal sikres korrekt bruk av legemidler*» under

ovennevnte fokusområde, er videre følgende oppført som *tiltak*: Oppfølging av gjeldende prosedyrer for legemiddelhåndtering, farmasøytiske tilsyn, oppfølging av avvik, gjennomgang av avvik med den enkelte ansatte for læringseffekt, bruk av forbedringstavler og krav om kurs og godkjent passeringstest i legemiddelhåndtering minst annethvert år.

Under temaet «*særskilte oppdrag for enheten*» er ansvarlige for de ulike tiltakene som nevnt i all hovedsak oppgitt ved fornavn, og for de fleste tiltak under dette punktet er frist angitt (som dato, kvartal, årstall eller fortløpende/kontinuerlig). «*Utvikling, iverksettelse av nye tiltak, utarbeidelse av planer og oppfølging av politiske vedtak*» er oppgitt suksessfaktor/resultatmål under dette temaet, og flere tiltak som oppgis i denne forbindelse må anses som relevant i relasjon til kommunens tjenestetilbud til psykisk syke. Dette gjelder blant annet FACT³⁰, etablering og drift av Rask psykisk helsehjelp³¹, oppfølging av tiltak i handlingsplan for ny ROP-plan, ferdigstilling av Rusmiddelpolitisk handlingsplan, strategi for rus og psykisk helse og deltakelse i utarbeidelse av tversektoriell strategi for arbeid mot rus og psykiske lidelser.

Kommunen har ikke fremlagt andre plandokumenter for revisor hvor fastsatte mål for virksomheten ytterligere nedbrytes og operasjonaliseres i tilknytning til relevant tjenestenivå med mer konkret beskrivelse av tiltak.

I relasjon til forskriftskravet som det aktuelle revisjonskriteriet er utledet fra, har kommunen videre vist til systemdokument/fellesprosedyre angående kommunens kvalitets- og styringssystem, «*Beskrivelse av kvalitetssystemet*».³² Under overskriften «*Mål og strategi*» følger det blant annet at kvalitetssystemet er en del av kommunens internkontrollsystem og skal bidra til kvalitet i tjenesteproduksjonen, og videre at dette for kommunen innebærer å sikre etterlevelse av kommunens forpliktelser og systematisk arbeide for å oppnå økt brukertilfredshet og bedre omdømme. Under «*Beskrivelse*» fremgår det at følgende elementer/metoder er implementert i hele kommunen:

- *Balansert målstyring*

Balansert målstyring er kommunens planleggings- og rapporteringssystem. Kommunens virksomhet styres gjennom 4-årige virksomhetsplaner som rulleres hvert år. Virksomhetsplanen har resultatmål på 4 fokusområder; samfunn, organisasjon, tjenester/brukere og økonomi.

- *Tjenestebeskrivelser*

Kommunens tjenester skal beskrives i forhold til lovkrav, lokale politiske vedtak, profesjonelle standarder og sedvane slik at innbyggerne i Harstad vet hvilken kvalitet på tjenestene som kan forventes i forhold til tilgjengelige ressurser.

- *Kontinuerlig forbedring*

Strategien skal integreres som en del av arbeidshverdagen hvor hensikten er å forbedre og utvikle organisasjonen. Ved bruk av ulike metoder, hvor forbedringstavlen³³ er et sentralt verktøy, skal en kunne stille spørsmål ved etablert praksis. Ledere har ansvar for selv å bidra samt å involvere ansatte

³⁰ FACT står for fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam i nærmiljøet. Se rapportens punkt 1.2 for en nærmere beskrivelse.

³¹ Rask Psykisk Helsehjelp er et lavterskeltilbud til personer over 16 år med angst, depresjon eller søvnvansker. Se rapportens punkt 1.2 for en nærmere beskrivelse.

³² Prosedyren er godkjent 19.09.2017 og skal revideres 19.09.2019.

³³ På nettstedet *pasientsikkerhetsprogrammet.no* beskrives forbedringstavle som et verktøy for en systematisk og regelmessig dialog om hvordan forbedre eksisterende praksis. Formålet med forbedringstavlen er å skape et overblikk over status for pågående forbedringsarbeid. Dialogen skjer ved såkalte tavlemøter der man i fellesskap kommer frem til, prioriterer, tester og vurderer forbedringsideer. Ideene kan komme fra de ansatte selv, pasienter, brukere og pårørende.

i dette arbeidet. Forbedringsprosesser dokumenteres i beskrivelse av gevinst/effekt. Hva har vi lært, og har det medført endring i praksis?

- *Forbedringsordningen*

Forbedringsforslag, avvik og klager registreres i et elektronisk system for å systematisere arbeidet med utvikling av nye idéer og korrigerende av feil og mangler i organisasjonen. Målet er systematisk forbedring av tjenestene gjennom nytenking og læring.

- *Intern revisjon*

For å kontrollere at kvalitetssystemet virker etter intensjonene, har kommunen etablert et system for intern revisjon. Det vil si at en uavhengig gruppe kommunale medarbeidere i henhold til revisjonsplan skal påse at de ulike elementene i kvalitetssystemet følges opp og at en revisjonsplan utarbeides på bakgrunn av risikovurdering.

- *Brukerundersøkelser*

Brukerundersøkelsene skal gi tilbakemeldinger fra publikum på kvaliteten av de tjenestene kommunen yter. Det vil si om kommunen oppfyller de behov og forventninger publikum har, blant annet med grunnlag i tjenestebeskrivelsene.

- *Risikovurdering*

Flere lover og forskrifter pålegger kommunen å foreta risikovurderinger før aktiviteter og prosesser iverksettes. Risikovurderingene skal dokumenteres.

- *Ledelsens gjennomgang*

Hvert år skal enhetslederne foreta en gjennomgang av kvalitetssystemet. [...]

Under overskriften «*Ansvar og myndighetsområde*» i nevnte fellesprosedyre, fremgår det at *kommunedirektøren* har det overordnede ansvaret for kvalitetsarbeidet og at *enhetsleder* leder kvalitetsarbeidet ved egen enhet ved blant annet å utarbeide driftsplan, opplæringsplan, stillingsbeskrivelser og tjenestebeskrivelser for sin enhet, eventuelt delta i felles utarbeidelse for tjenesteområdet, samt oppdatere informasjon på hjemmeside.

Som det fremkommer i ovennevnte beskrivelse av kommunens kvalitetssystem, forutsettes det blant annet at det etableres et system for intern revisjon for å kontrollere at kvalitetssystemet virker etter intensjonene. I denne forbindelse vises de til at kommunen har utarbeidet prosedyren «**Intern kvalitetsrevisjon**» som er «*en systematisk og uavhengig undersøkelse for å fastslå i hvilken grad organisasjonen arbeider i samsvar med lover og forskrifter, Harstad kommunes kvalitetssystem, virksomhetsplan, interne reglementer og prosedyrer.*» Det fremgår av prosedyren at alle støtte- og tjenesteenheter skal revideres hvert tredje år, at det skal utarbeides en årlig revisjonsplan som godkjennes av kommunedirektøren og at revisjonsgrunnlaget for den aktuelle enhet som et minimum skal omfatte områder med lovkrav om internkontroll. Videre er ansvar/myndighet knyttet til revisjonsvirksomheten beskrevet.

Fra *virksomhetsplanen* kan det videre nevnes at under overskriften «Mål for kvalitetssystem» er «*et godt kvalitetssystem for kommunen*» oppgitt som resultatmål, mens kritisk suksessfaktor/strategier er oppgitt på følgende måte: «*Kvalitetssystem for hele kommunen. Gjennomføre opplæring. Motivasjon. Forankring i ledelse og enheter*». Under resultat/-måleindikator er så følgende oppført:

«Antall interne revisjoner pr. år. Indikatorkrav: Minimum 10».³⁴ Under resultat ser vi at det ikke ble gjennomført noen internrevisjoner i 2017.

Revisor har videre gått gjennom *revisjonsplan* for 02.11.2018 – 02.11.2019. Det fremgår ikke opplysning om gjennomførte internrevisjoner i 2019 for det tjenesteområdet som omfattes av denne forvaltningsrevisjonen. I løpet av tidsperioden november 2015 - juni 2019 er det oppgitt at to internrevisjoner er gjennomført i relevante enheter; Omsorg Stangnes, psykiatritjenesten i desember 2015 og Helse og mestring - Sosialmedisinsk avdeling, Rus- og psykiatritjenesten i oktober 2018. Rapport fra intern kvalitetsrevisjon ved Omsorg Stangnes datert 03.12.15 omhandler fullmakter og bilagsbehandling (anvisning), innkjøp, budsjettkontroll og informasjonssikkerhet. Avdelingsleders anvisning av reiseregning for enhetsleder og merforbruk ved enheten er oppgitt som avvik. Rapport fra intern kvalitetsrevisjon ved Enhet for Helse og mestring, Sosialmedisinsk avdeling datert 12.10.18 omhandler i hovedsak HMS-arbeid ved Rus- og psykiatritjenesten, samt i noen grad informasjonssikkerhet. Det rapporteres ikke om avvik. Under «*Observasjoner*» følger det imidlertid at tjenesten bør beskrives og informeres om i større grad.

Én av føringene for enhetenes arbeid i *Oppdragsdokument Helse og omsorg, gyldig fra 16.01.2019 - 16.01.2020*, fremkommer ved henvisning til informasjon om kommunale *tjenestebeskrivelser* på kommunens hjemmeside. Av den aktuelle nettsiden følger det at tjenestebeskrivelsene skal gi innbyggerne informasjon om hva de kan forvente seg av sentrale kommunale tjenester og at de skal oppdateres jevnlig. Den skal blant annet beskrive formål med tjenesten, hvem som kan få tjenesten og tjenestens innhold. Videre skal det blant annet opplyses om saksbehandling og hvem som er ansvarlig for tjenesten. På den aktuelle nettsiden gis det en oversikt over de tjenestebeskrivelsene som er utarbeidet i kommunen ved lenker til disse, blant annet på området for helse og omsorg. Kommunens kontaktperson har til revisor opplyst at alle gjeldende tjenestebeskrivelser skal være politisk forankret og finnes elektronisk.

Tjenestebeskrivelse for Rus- og psykiatritjenesten eller Stangnes bo og rehabilitering fremgår *ikke* av nevnte oversikt på kommunens hjemmeside. Avdelingslederne for henholdsvis Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten har overfor revisor bekreftet at det *ikke* er utformet egne *tjenestebeskrivelser* for disse tjenestene, selv om dette også forutsettes i kommunens eget kvalitetssystem, jf. redegjørelsen for fellesprosedyren «Beskrivelse av kvalitetssystemet» ovenfor.

Kommunens kontaktperson har til revisor opplyst at når vedtak på tjeneste skal vurderes, utføres dette i henhold til etablert tjenestebeskrivelse i kommunen. Ettersom det ikke finnes en egen tjenestebeskrivelse for psykisk helse, benytter Rus- og psykiatritjenesten ifølge kontaktperson etablert tjenestebeskrivelse for Enhet for Hjemmetjenester. Revisor legger til grunn at kontaktperson her sikter til *tjenestebeskrivelse for Hjemmesykepleie og Praktisk bistand (hjemmetjeneste)*, som finnes tilgjengelig på kommunens nettside. I begge disse tjenestebeskrivelsene fremgår den aktuelle tjenestens mål, målgruppe, nærmere avgrensning av tjenestetilbudet, vilkår for å innvilge tjenesten, lovgrunnlag, pris, lenke til informasjonsbrosjyre, angivelse av samarbeidspartnere og beslektede tjenester, forventninger til henholdsvis tjenesteyter og tjenestemottaker, informasjon og veiledning knyttet til søknadsprosess og klageadgang, kontaklinformasjon og informasjon om lover og retningslinjer, Pasient- og brukerombudet og ansvarlig enhet i kommunen.

For informasjon om tjenestene som omfattes av forvaltningsrevisjonen har kommunen for øvrig vist til beskrivelse av aktuelle avdelinger på *kommunens hjemmeside*. Under revisors gjennomgang av hjemmesiden fant vi ikke at organiseringen av tjenestetilbudet til psykisk syke, som er fordelt på tre ulike enheter og avdelinger, er nærmere beskrevet. Det tilgjengelige organisasjonskartet på nettsiden

³⁴ Revisor antar at dette betyr en gjennomføring av minst ti årlige internrevisjoner.

oppgir kun navnet på enheter (og enhetsledere) som ligger under Kommunalsjef Helse og Omsorg. Under «tjenester» på kommunens hjemmeside fremgår fanen Helse og mestring, og under denne fremgår en «lenke» til avdelingen Psykisk helse og rus. Denne «lenken» fører videre til tjenester som hører under denne avdelingen, herunder ROP-tjenesten. Systematikken på nettsiden er noe forskjellig for øvrige enheter/avdelinger som tilbyr tjenester til psykisk syke. Både Enhet for Bo og oppfølging og Enhet for Hjemmetjenester fremgår under fanen «Omsorg». Ved å trykke på den enkelte enhet kommer du videre til lenker til relevante avdelinger/tjenester under disse.

På kommunens hjemmeside fremgikk under revisors undersøkelser den 24. mars 2020³⁵ følgende informasjon om Rus- og psykiatritjenesten: Tjenestens overordnede målsetning, åpningstider, kontaktinformasjon, informasjon om at tjenesten er organisert i team samt kort beskrivelse av målgruppen for og de sentrale arbeidsoppgavene til hvert av teamene, oversikt over samarbeidspartnere samt lenker til relevant regelverk. Det fremgikk *ikke* opplysning om enhetsleder/avdelingsleder eller kontaktinformasjon til ansvarlige for tjenestetilbudet, men det står hvilket telefonnummer man kan ringe og hvor tjenestens lokaler er.

Under revisors undersøkelser på overnevnte tidspunkt³⁶ fremgikk følgende informasjon om Stangnes bo og oppfølging på kommunens hjemmeside: Overordnet informasjon om tjenestetilbudet og målgruppen for tjenesten, hvem som er avdelingsleder samt kontaktinformasjon til vedkommende og tjenestestedet. Videre ble det oppgitt lenker til flere tjenestebeskrivelser relatert til andre kommunale tjenestetilbud, herunder til «beslektede» tjenester slik som BPA (brukerstyrt personlig assistent), Hjemmesykepleie og Praktisk bistand i hjemmet (hjemmehjelp). Videre kan det nevnes at Enhet for Bo og oppfølging har en egen side med informasjon om ledelse og kontaktpersoner ved enheten. Denne siden inneholder felles e-postadresse til enheten samt opplysning om hvem som er enhetsleder, fagutvikler og administrasjonskonsulenter ved enheten og kontaktinformasjon til disse. Kommunen har opplyst at Enhet for Bo og oppfølging *ikke* har utarbeidet annen informasjon om tjenesten enn det som ligger på hjemmesiden.

Når det gjelder Rus- og psykiatritjenesten har kommunens kontaktperson opplyst at det i samarbeid med Avdeling psykisk helse nå er utarbeidet et forslag til tjenestebeskrivelse for brukergruppen innen rus og psykiatri. Revisor har fått oversendt dette forslaget fra avdelingsleder ved ROP-tjenesten. Dokumentet har overskriften «Arbeids/tjenestebeskrivelse» og består av en kortfattet og helt overordnet angivelse av lovgrunnlag (helse- og omsorgstjenesteloven), målgruppe (personer med rus- og psykiske lidelser), tjenestens mål (bidra til at personer med ROP-lidelser får økt livskvalitet og støtte til å oppnå vedvarende rusfrihet) og kompetansesammensetning (det opplyses at tjenesten er tverrfaglig sammensatt og hvilke yrkesgrupper som er representerte). Videre angir det aktuelle dokumentet en mal med oppstilling av tolv punkter for brukerkartlegging som er relatert til livssituasjon, helseutfordringer, behov og ressurser og som etter det opplyste også benyttes i oppfølging av bruker. Av dokumentet følger det endelig en oppstilling av hvilken type bistand tjenestetilbudet blant annet kan omfatte.

Revisor har registrert at det ovennevnte dokumentet *ikke* inneholder en nærmere beskrivelse av hvordan tjenesten er organisert, tjenestens innhold/sentrale arbeidsoppgaver eller hvem som kan få tjenesten. Det opplyses heller ikke om saksbehandling eller hvem som er ansvarlige for tjenestetilbudet. Ifølge kontaktperson ble det 4. juni d.å. avklart at det aktuelle forslaget til tjenestebeskrivelse skal fremlegges for Overordnet Kvalitetsutvalg for godkjenning og deretter søkes politisk forankret.

³⁵ På undersøkelsestidspunktet fremgikk det av nettsiden at den sist var oppdatert 31. januar 2020.

³⁶ På undersøkelsestidspunktet fremgikk det av nettsiden at den sist var oppdatert 28. august 2019.

For øvrig har avdelingsleder oversendt dokumentet «*Arbeidsmetodikk for ROP tjenesten*» til revisor. Det er opplyst at dokumentet oppbevares i en egen perm hos ROP-tjenesten. Det følger av dokumentet at det er gyldig i tidsrommet 01.01.2016 til 01.01.2018. På spørsmål fra revisor om dette dokumentet er benyttet av ROP-tjenesten etter 01.01.2018, har avdelingsleder opplyst at det fortsatt benyttes internt i avdelingen, men at dokumentet er under revidering. Revisor har ikke informasjon om at dokumentet er politisk forankret. Revisor har heller ikke funnet det elektronisk tilgjengelig verken på tjenestens hjemmeside eller gjennom søk i Kvalitetshåndboka.

Innledningsvis i det aktuelle dokumentet gis det en kort og overordnet beskrivelse av lovgrunnlag, tjenesten, mål, målgruppe og arbeidsmetode. Det opplyses også at tjenestetilbudet som gis vil evalueres etter 6-12 måneder. Videre redegjøres det nærmere for den faseorienterte modellen tjenesten opplyses å jobbe etter, som er inndelt i fire faser; 1) Kartlegging, 2) Stabilisering etter brukerens behov, 3) Behandling og 4) Ettervern. For hver enkelt av de fire fasene listes det opp relevante arbeidsoppgaver.

I tillegg inneholder det nevnte dokumentet et eget punkt med oversikt over og nærmere beskrivelse av arbeidsmetoder som vil være relevante i alle fasene; pårørendearbeid, brukermedvirkning, recovery-bedringsprosesser, Motiverende Intervju og samhandling (her nevnes også relevante samarbeidspartnere). Ellers redegjøres det for organisering av ROP-tjenesten, herunder for hvilken avdeling og enhet ROP-tjenesten hører under og for tjenestens inndeling i tre arbeidsgrupper; 1) Oppfølging og aktivitet, 2) Oppsøkende rusteam og 3) Ettervern. Under hver gruppe beskrives målgruppe, fokusområde og sentrale tiltak/arbeidsoppgaver.

Avslutningsvis i det aktuelle dokumentet står det «*Åpningstider*», «*Kontor*», «*Lover og retningslinjer*» og «*Om søknadsprosessen*», men her er det ikke fylt inn informasjon. I dokumentet opplyses det heller ikke om hvem som er ansvarlig for tjenesten.

Med hensyn til fordeling av roller og ansvar har kommunen for øvrig vist til *delegasjonsreglement* i kommunens kvalitetshåndbok. Revisor har gjennomgått reglementet gjeldende for perioden 2015 - 2019.

Delegasjonsreglementets kapittel 1 omhandler adgangen til delegering av myndighet som følger av kommuneloven, herunder fra kommunalt folkevalgt organ til rådmannen³⁷. I kapittel 1.7 ser vi at kommunedirektøren kan delegerere videre internt i administrasjonen, hvis ikke vedkommende kommunalt folkevalgt organ har bestemt noe annet, og under punkt 2.6 fremgår følgende: «*Alle videredelegeringer fra rådmannen til andre som fremgår av reglementet kan endres av rådmannen selv. All videredelegering av myndighet internt i administrasjonen skal gjøres skriftlig med kopi til rådmannen og kvalitetsrådgiver, og vedlegges dette reglement. Rådmannen gir kommunalsjefer, personalsjef, økonomisjef og stabssjef rådmannens myndighet, med unntak av der dette reglementet eller lov uttrykkelig legger myndigheten til rådmannen selv.*» Revisor har ikke mottatt dokumentasjon fra kommunen knyttet til slik videredelegering.

Kapittel 20 i delegasjonsreglementet gjelder delegasjon av myndighet etter Helse- og omsorgstjenesteloven spesielt. I punkt 20.2.1 delegeres rådmannen myndighet til å fatte vedtak om helsehjelp i hjemmet, personlig assistanse, avlastningstiltak, omsorgslønn og vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie, som ikke er av prinsipiell betydning. Reglementets punkt 20.3 lyder videre slik: «*Rådmannen delegerer, jfr pkt 21.1, sin avgjørelsesmyndighet etter Helse- og Omsorgstjenesteloven kap.3 (§§ 3-1 og 3-2) når det gjelder vedtak om hjemmesykepleie, personlig assistanse, avlastningstiltak, omsorgslønn og vedtak om tildeling*

³⁷ Nå betegnet som «kommunedirektør»

eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie og forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester og forskrift om sosiale tjenester kapittel 8 jf. Helse- og Omsorgstjenesteloven § 13-2, til enhetsleder for

- Enhet for helse og mestring
- Koordinerende enhet
- Enhet for heldøgns omsorg».

Det fremgår videre at all videredelegering av myndighet internt i administrasjonen skal gjøres skriftlig med kopi til rådmannen³⁸ og kvalitetsrådgiver, og vedlegges dette reglementet. Revisor har imidlertid ikke sett slik dokumentasjon.

Når det gjelder kommunens *systematisk arbeide for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*, fremgår det under overskriften «*Kontinuerlig forbedring*» i *Virksomhetsplan* for 2019-2022 punkt 4.3 om «Organisasjon, personell og forvaltningspraksis» at målsettingen er videre fokus på innføring og arbeid med *kontinuerlig forbedring*³⁹ i enhetene. Videre at *forbedringstavlen*⁴⁰ er hovedverktøyet og støttes av aktuelle *Lean-verktøy*⁴¹, samt at hovedfokus blant annet er på oppfølging, støtte og veiledning av ledere og ansatte ved innføring av *kontinuerlig forbedring*, bistand til avdelinger med kartlegging og endringsarbeid ved bruk av metoder og verktøy fra *Lean-verktøykassen*⁴², samt å sette tjenestemottakers behov i sentrum gjennom dialog og involvering.

Det følger av virksomhetsplanen at det sistnevnte skal forsterkes ved å dreie fokus mot *tjenestedesign*⁴³ som nytt verktøy i verktøykassen, som først og fremst handler om at brukeren skal ha en god opplevelse av tjenesten, og man tar utgangspunkt i brukerens behov og ønsker. Kommunen skal hente inn nok opplysninger til å vite hva brukeren egentlig har bruk for. I planen fremgår det at dette innebære helhetlig og tverrfaglig «samskaping» av en måte å jobbe på som testes og justeres til den fungerer som tiltenkt. Videre fremgår det at det i utviklingen av tjenesten brukes en såkalt *dobbel diamant-prosess*⁴⁴, der man i den første diamanten ser på alle sider av

³⁸ Nå «kommunedirektøren».

³⁹ Er en annen måte å omtale Lean-metoden, se beskrivelse i fotnote nedenfor.

⁴⁰ På nettstedet *pasientsikkerhetsprogrammet.no* beskrives *forbedringstavle* som et verktøy for en systematisk og regelmessig dialog om hvordan forbedre eksisterende praksis. Formålet med forbedringstavlen er å skape et overblikk over status for pågående forbedringsarbeid. Dialogen skjer ved såkalte tavlemøter der man i fellesskap kommer frem til, prioriterer, tester og vurderer forbedringsideer. Ideene kan komme fra de ansatte selv, pasienter, brukere og pårørende.

⁴¹ På nettstedet «helsebiblioteket.no» beskrives *Lean* som en kvalitetsforbedringsmetode med ulike verktøy for effektivisering av drift. Metoden bygger på fem prinsipper som for helsesektoren kan uttrykkes slik: 1) Forstå hva som har verdi for pasienten/brukeren, og hvilken *verdikjede* (meningsfylte handlinger for pasienten) som skal til for å skape dette. 2) Identifiser de *aktivitetene som skaper verdi*. Dette betyr å eliminere sløsing og å få bort unødvendige steg i prosessene, 3) Skap *kontinuerlig flyt* i tjenestene, slik at pasientene slipper å oppleve at prosesser stopper opp. Pasientene skal også få færrest mulig instanser å forholde seg til underveis i et forløp, 4) Flyten skal være etterspørselbasert, det vil si at *pasientens behov* styrer tilbudet og 5) Streb etter *den perfekte prosessen*. Sørg for at hele verdikjeden (de meningsfylte handlingene) blir forbedret, ikke bare deler av den.

⁴² Du kan velge blant ulike verktøy i arbeidet med kvalitetsforbedringsmetoden Lean. Noen av de mest brukte verktøyene er *Verdistrømanalyse*, *Gemba*, *de 5 S-er*, *Visuell målstyring* og *Dreiebok*.

⁴³ *Tjenestedesign* er et relativt nytt fagfelt hvor design av tjenester skjer i nært samspill mellom flere fagdisipliner på tvers av sektorer og forvaltningsnivå, og brukerne spiller en aktiv rolle i tjenesteutformingen. I prosessen med å forbedre, videreutvikle eller innovere velferdstjenester, tar designeren innbyggerens ståsted, ser på helhetsopplevelsen og legger til rette for gode brukeropplevelser før, under og etter at tjenesten er benyttet. Tjenestedesignprosessen består av *fire faser*: 1) Innsiktsfasen, 2) Idéfasen, 3) Utforming og utprøving og 4) Implementeringsfasen.

⁴⁴ «Den doble diamanten» er en beskrivelse av tjenestedesign-prosessen, som består av fire faser; undersøkelse, analyse, idéutvikling og konseptualisering. Prosessen ligner en dobbel diamant fordi den har divergente (undersøkende) og konvergente (innsnevrende) faser. *Informasjonen er hentet fra idékatalogen på ks.no*.

tjenesten og i den andre diamanten utvikler tjenesten ved bruk av kontinuerlig forbedring, testing og tilbakemeldinger.

Når det gjelder de reviderte tjenester har revisor *ikke* i gjennomgått planverk, herunder i driftsplaner på enhetsnivå, funnet *nærmere* beskrivelser av *hvordan* virksomhetsplanens målsettinger konkret skal nås, *hvordan* ovennevnte metoder skal implementeres eller *hvordan* nevnte verktøy skal tas i bruk på *enhets- eller avdelingsnivå*.

I driftsplanene for Enhet for Bo og oppfølging (2019) og Enhet for Helse og mestring (2020) er riktignok gjennomføring/gjennomgang av medarbeider- og brukerundersøkelser og tavlemøter/forbedringstavler blant tiltak som nevnes under ulike resultatmål. I sistnevnte driftsplan er også det å benytte brukererfaring under utvikling av tjenestetilbud, samt jevnlig møter med brukerorganisasjoner, nevnt blant tiltak i forbindelse med resultatmålet «*fornøyde brukere*». Revisor har imidlertid *ikke* under gjennomgangen av disse eller andre planer kommunen har vist til, funnet *mer konkrete* beskrivelser av rammene for de nevnte tiltakene, *hvordan* de i virksomhetsplanen nevnte kartlegginger, testinger og justeringer konkret planlegges gjennomført eller ansvars- og oppgavefordeling i den forbindelse. Revisor har heller ikke sett beskrivelser av *hvordan* brukermedvirkning konkret tenkes sikret i slike prosesser, *hva slags* type veiledning og støtte ansatte konkret skal tilbys i forbedringsprosesser, *hvilke* identifiserte forbedringsområder som eventuelt skal prioriteres, *hvilken grad* av forbedring som forventes oppnådd eller *hvordan* endringsarbeidet ved den enkelte avdeling tenkes målt og fulgt opp.

Som redegjort for tidligere under dette punktet i revisors rapport, fremgår det også informasjon om den kommunale strategien for forbedringsarbeidet (*kontinuerlig forbedring*) og ordningen (*forbedringsordningen*) av fellesprosedyren «*Beskrivelse av kvalitetssystemet*». Her omtales videre **felles kvalitetsutvalg** for helse og omsorg, som etter det opplyste er opprettet på aktuelt tjenesteområde.

Under overskriften «*Organisering*» i det aktuelle systemdokumentet (fellesprosedyren) fremgår det blant annet at enheter med ensartede prosesser og stort samhandlingsbehov skal ha *felles kvalitetsutvalg*. Disse utvalgene skal blant annet utarbeide prosedyrer, stillingsbeskrivelser, tjenestebeskrivelser og kvalitetsmål/kvalitetsindikatorer som er felles for tjenesteområdet. Videre skal det gjennomgå brukerundersøkelser, avviksrapporter og ta initiativ til å gjennomføre forbedringsprosjekter. Beslutninger fattes av rådmann⁴⁵/kommunalsjef eller i henhold til delegert myndighet.

I nevnte dokument fremkommer det videre at felles kvalitetsutvalg for helse og omsorg skal bestå av enhetslederne for Hjemmetjenester, Heldøgns omsorg, Bo og oppfølging, Helse og mestring og Koordinerende enhet. Videre at det skal utarbeides møteplan for utvalgene og skrives referat fra møtene, som skal gjøres tilgjengelig.

Som vedlegg til «*Beskrivelse av kvalitetssystemet*» ligger videre et dokument⁴⁶ som gir en nærmere oversikt over hvordan **helse og omsorg** har bygd opp sektorens kvalitetssystem. Dokumentet inneholder en beskrivelse av **kvalitetsutvalg** for henholdsvis sektoren, tjenesteområdet, (enheten) og avdelingen med en angivelse av hvor ofte det skal gjennomføres, deltakere og hvilke oppgaver som hører under det enkelte kvalitetsutvalg. Hva gjelder kvalitetsutvalget *for tjenesteområdet*, fremgår det at avdelingsledere skal delta her i tillegg til enhetsledere. Videre at prosedyrer for kvalitets- og fagforbedrende arbeid/prosesser, oppfølging av målekart og læringsprosesser rundt

⁴⁵ Nå «kommunedirektør».

⁴⁶ Dokumentets tittel er «Kvalitetsutvalg i helse- og omsorg»

avvik, nedsettelse av arbeidsgruppe av ansatte når prosedyrer skal revideres/justeres og gi oppdrag til arbeidsgruppe er blant utvalgets oppgaver. Når det gjelder kvalitetsutvalg *for avdeling*, er den beskrevne målsettingen blant annet utvikling av tjenestekvaliteten. Sistnevnte utvalg er imidlertid ikke obligatorisk, da det fremkommer at behovet for dette utvalget må vurderes av leder i den enkelte avdeling i samarbeid med enhetsleder. Deltakere vil eventuelt være avdelingsleder og nøkkelpersoner i avdelingen. Når det gjelder kvalitetsutvalg *for enhet*, inneholder dokumentet begrensede opplysninger. Det står intet om sammensetning eller hvor ofte det skal gjennomføres møter i et slikt kvalitetsutvalg. Hva gjelder oppgaver følger det av dokumentet at dette utvalget også kan gi råd og veiledning til de enkelte avdelingene og grupper av helsepersonell, noe som vil kunne være viktig for kvalitetsutvikling og sikringstiltak som et ledd i enhetens internkontroll.

Kommunens kontaktperson har til revisor opplyst at kommunalsjef, enhetsledere, kommuneoverlege og omsorgsfaglig rådgiver deltar i det felles kvalitetsutvalget for tjenesteområdet, kalt «Overordnet kvalitetsutvalg». Dette utvalget skal blant annet utarbeide kvalitetsmål/kvalitetsindikatorer som er felles for tjenesteområdet, gjennomgå brukerundersøkelser og avviksrapporter samt ta initiativ til å gjennomføre forbedringsprosjekter. I oversendte referater fra 2018 og 2019 har revisor registrert enkeltsaker der det er et identifisert behov for forbedring og der dette ligger til grunn for vedtak om justering/ending, men *uten at* revisor kan se at systemet for forbedringsarbeidet er nærmere beskrevet.

6.1.1.2 Revisors vurdering

I Harstad kommunes planverk er det beskrevet mål og planlagte tiltak for virksomheten på sentrale områder. Videre legges dette planverket til grunn for kommunalsjefens fordeling av viktige oppgaver mellom *enhetsledere innen helse og omsorg*. Dette gjøres i et *oppdragsdokument*, hvor det også gis føringer om utarbeidelse av *driftsplan på enhetsnivå* som skal være i henhold til virksomhetsplan og oppdragsdokument og der det blant annet skal beskrives hvordan mål i virksomhetsplanen skal nås (tiltak for å løse oppdragene). Ansvaret for å utarbeide driftsplan er lagt til enhetsleder.

Som det fremkommer under revisors funn har vi gjennomgått driftsplaner utarbeidet ved enhetene som de reviderte tjenester hører under. Revisors oppfatning av disse planene er at de i begrenset grad operasjonaliserer målsettingene i virksomhetsplanen, jf. føringen om dette i kommunalsjefens oppdragsdokument. Med dette mener vi at de beskrevne målene og tiltakene i liten grad konkretiseres ved eksempelvis beskrivelse av hvordan, hvor, i hvilken grad, av og for hvem. Det er heller ikke opplysninger i driftsplanene om til hvilket tidspunkt aktuell målsetting skal være oppnådd/ når tiltak skal gjennomføres. Revisor viser i denne sammenheng også til Helsedirektoratets omtale av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 a om at målene som utarbeides bør være tydelige, konkrete, tallfestede, målbare og tidsbestemte.

Når det gjelder driftsplan for Enhet for Bo og oppfølging, gjeldende for *Stangnes bo og rehabilitering*, er det revisors vurdering at det ikke synes i tråd med aktuelt forskriftskrav med tilhørende veileder fra Helsedirektoratet at ansvar for de ulike tiltakene ikke i større utstrekning er plassert/fordelt. Når det gjelder *Rus- og psykiatritjenesten* ser revisor grunn til å bemerke at Enhet for Helse og mestring ikke hadde driftsplan for 2019 og at slik plan først kom på plass i februar 2020, altså *etter* oppstart av forvaltningsrevisjonen og like før rapportutkast skulle oversendes kommunen for verifisering. Dette gir indikasjoner på at det frem til relativt nylig har vært et underskudd på den tydeliggjøringen og konkretiseringen driftsplanen skal sikre ved aktuell enhet. Når det så gjelder innholdet i den oversendte driftsplanen for 2020, har revisor registrert at ansvarsfordeling i større grad er tydeliggjort enn i ovennevnte driftsplan for Enhet for Bo og

oppfølging, og videre at en del av tiltakene også er mer konkret beskrevet. Revisor vurderer imidlertid at det for flere tiltak i liten grad er tydeliggjort blant annet hvordan, i hvilket omfang og til hvilket tidspunkt tiltak skal gjennomføres. Revisor har ikke fått fremlagt annen dokumentasjon som bidrar til slik klarhet for noen av de reviderte tjenester.

Revisors vurdering er videre at organiseringen av det kommunale tjenestetilbudet på området for psykiske helsetjenester heller ikke er beskrevet i tilstrekkelig grad. Tjenestetilbudet til psykisk syke i Harstad kommune er inndelt i tre tjenester på tre ulike avdelinger, som igjen er tilknyttet tre adskilte enheter. Etter revisors vurdering forsterker dette behovet for at en tydelig oversikt over denne organisasjonsstrukturen gjøres tilgjengelig i organisasjonen og for kommunens innbyggere, slik det aktuelle forskriftskravet med tilhørende veileder også forutsetter. Revisor vurderer videre at den enkelte tjeneste som tilbyr psykiske helsetjenester, ikke er tilstrekkelig beskrevet hva gjelder organisering samt oppgave- og ansvarsfordeling. Verken for Stangnes bo og rehabilitering eller Rus- og psykiatritjenesten foreligger det offisielle, godkjente og oppdaterte tjenestebeskrivelser som er gjort tilgjengelige for organisasjonen og publikum og der tjenestens organisering, oppgaver og ansvarlige for tjenestetilbudet beskrives nærmere.

Revisor vil bemerke at tjenestebeskrivelsene for Hjemmesykepleie og Praktisk bistand (hjemmetjeneste), som etter det opplyste benyttes av Rus- og psykiatritjenesten i mangel på egen tjenestebeskrivelse, (naturlig nok) *ikke* gir informasjon om eksempelvis mål, målgruppe, organisering, hjemmel for eller det nærmere innholdet i tjenestetilbudet, kontaktinformasjon til eller oppgave- eller ansvarsfordeling ved noen av *de reviderte tjenester spesielt*.

Etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 a) innebærer plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter en plikt til å ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering der det blant annet *klart* skal fremgå *hvordan* det skal arbeides *systematisk* for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Revisor kan *ikke* se at en plan for systematisk forbedringsarbeid eller arbeid med pasient- og brukersikkerhet ved de reviderte tjenester er tydeliggjort i henhold til det aktuelle forskriftskravet, og revisor vurderer følgelig at denne delen av det utledede revisjonskriteriet ikke er oppfylt.

Av plan og prosedyre gjeldende for all kommunal virksomhet er det riktignok beskrevet hvilken kvalitetsforbedringsmetode som skal benyttes, hva slags verktøy som skal være det sentrale og at andre verktøy også kan være relevante. Videre at det skal settes fokus på innføring av og arbeid med denne metoden i virksomhetens enheter. Etter revisors oppfatning er imidlertid ikke denne fellesbeskrivelsen av metodikk og tilnærming til forbedringsarbeidet, tilstrekkelig klar til at den gir grunnlag for å trekke opp tydelige rammer for det systematiske forbedringsarbeidet ved lavere tjenestenivå, herunder ved de reviderte tjenestene. Det følger av veilederen fra Helsedirektoratet knyttet til den aktuelle forskriften, at for å lykkes med forbedring, pasientsikkerhet og videreutvikling av virksomheten, er det en forutsetning at ledelsen etablerer *en felles metodikk og tilnærming til dette arbeidet* som er kjent i hele virksomheten. Dette innebærer *beslutninger om hvilke forbedringer som skal prioriteres, hvordan og hvor de skal implementeres, hvordan måle om en endring er en forbedring og hvem som skal ha ansvar for at endringer innføres og vedlikeholdes*. Revisor kan ikke se at det foreligger en konkret plan for systematisk forbedringsarbeid ved de reviderte tjenester i tråd med det som her forutsettes.

Basert på det ovennevnte er det revisors vurdering at Harstad kommune ved de reviderte tjenester til dels oppfyller revisjonskriteriet om ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering hvor ansvars-, oppgave – og myndighetsfordeling klart fremgår og

hvor plan for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet tydeliggjøres.

6.1.2 Oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring

«Harstad kommune v/Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten skal ha oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring».

6.1.2.1 Revisors funn

Helse- og omsorgstjenesten

I forbindelse med ovennevnte revisjonskriterium har kommunen blant annet vist til «**Strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten**». Arbeidet med planen ble påstartet våren 2018, og den ble lagt frem for kommunestyret for godkjenning i møte den 5. desember 2019. Strategisk kompetanseplan er et styringsdokument for det neste tiåret som blant annet skal sikre at enhetene i helse- og omsorgstjenesten rekrutterer, forvalter, utvikler og tar i bruk sine kompetanseressurser slik at brukere og pasienter mottar tjenester med god kvalitet. Planen beskriver behov og strategi for hvordan kommunen skal møte fremtidens kompetanse- og rekrutteringsutfordringer i sektoren. Strategien følges opp av en fireårig tiltaksplan for perioden 2020-2024.

I den strategiske kompetanseplanens *kapittel 5* fremstilles antatt økning i kompetanse- og personellbehovet i helse- og omsorgssektoren frem mot 2035, mens *kapittel 6* omhandler målsettinger og strategier for å sikre at sektorens kompetansebehov dekkes. I dette kapitlet beskrives *overordnede mål, strategiske mål og strategiske grep*. De strategiske grepene er inndelt i overskriftene *Organisasjon, Kompetanseutvikling, Arbeidsgiverpolitikk og omdømmebygging* samt *Rekruttering og stabilisering*. Ett av punktene som følger under overskriften «*Organisasjon*» er utvikling av fagutviklingsprogram for tjenestene, og under «*Kompetanseutvikling*» går ett av punktene på *utvikling av kompetanseplan på sektor- og enhetsnivå (utvikles, utnyttes, anskaffes)*.

I *kapittel 7* følger så plan for tiltak i perioden 2020-2024, som tar utgangspunkt i samme inndeling som for de strategiske grepene. I tilknytning til hvert av disse temaene beskrives konkrete tiltak, ansvarlig for tiltak og når (hvilket år) i nevnte perioden tiltaket er planlagt gjennomført. Under «*Organisasjon*» følger det blant annet at Kommunalsjef har ansvar for at det i 2021 *innføres digitale kompetanseverktøy for kartlegging, planlegge, tilrettelegge og gjennomføre kompetanseutvikling*. Under «*Kompetanseutvikling*» følger det blant annet at enhetsledere i 2020 skal gjennomføre *kompetansekartlegging, krav til kompetanse og behovsvurdering*, og i 2021 skal de utvikle *kompetanseplan på enhetsnivå* (hva kan utvikles - hva kan utnyttes bedre - hva må anskaffes eksternt). Under nevnte overskrift følger det blant annet også at enhetsledere i perioden skal *etablere et «basis»-opplæringsprogram for nyansatte* og et opplæringsprogram *for kompetansevedlikehold og utvikling*, utarbeide en *plan for etter- og videreutdanning*, men for disse tiltakene er nærmere tidspunkt for gjennomføring ikke nærmere fastsatt.

I tilknytning til det aktuelle revisjonskriteriet (som fremgår i andre kulepunkt i tekstboksen innledningsvis i dette kapitlet), har revisor etterspurt **kompetanseoversikter** (formell kompetanse og gjennomført etter- og videreutdanning), eventuelle rutiner for samt gjennomførte **kompetansekartlegginger** samt **kompetanseplaner** (hva slags kompetanse ansatte i fremtiden må/bør tilegne seg) ved de reviderte tjenester. I tillegg har revisor etterspurt eventuell rutine/praksis for å inkludere **kunnskap om forbedringsarbeid/forbedringskompetanse** i eventuelle kompetansekartlegginger/-planer/oversikter.

Stangnes bo og rehabilitering

Som svar på revisors anmodning om **kompetanseoversikt**, har avdelingsleder oversendt til revisor et dokument med overskriften «*Oversikt ansatte Stangnes bo og rehabilitering oktober 2019*». Ettersom overskriften indikerte at dokumentet var utferdiget etter at forvaltningsrevisjonen ble påstartet (ifølge overskriften er dokumentet utarbeidet samme måned som revisor etterspurte den aktuelle oversikten), har revisor etterspurt eventuell kompetanseoversikt fra tidsrommet *før* revisor innledet sine undersøkelser. Avdelingsleder ved Stangnes bo og rehabilitering har opplyst at avdelingen «har samme kompetanseoversikt som før revisjonen startet».

Ettersom det oversendte dokumentet kun inneholdt opplysning om stillingsbeskrivelse og stillingsprosent per ansatt ved avdelingen, har revisor videre rettet spørsmål til aktuell avdeling om hvorvidt det foreligger en mer detaljert kompetanseoversikt, men dette spørsmålet er ikke direkte besvart. Avdelingsleder har imidlertid opplyst at hun har mulighet til å ta ut rapporter på de kurs som ansatte ved avdelingen har tatt gjennom KS læring⁴⁷, og for øvrig at hver ansatt skal krysse av når prosedyrer er lest. Videre har hun opplyst at en viktig faktor i planlagte medarbeidersamtaler ved avdelingen (planlagt igangsatt januar 2020), nettopp var kartlegging av de ansattes kompetanse og kompetansebehov. Etter det opplyste har det ikke vært gjennomført medarbeidersamtaler ved avdelingen etter desember 2017, da nåværende avdelingsleder tiltrådte. Revisor har etterspurt, men ikke mottatt informasjon om evt. praksis/rutiner for kompetansekartlegginger ved avdelingen eller evt. tidligere gjennomførte kompetansekartlegginger.

Avdelingsleder ved Stangnes BR har videre vist til *kompetanseplan* og *opplæringsplan* for *Enhet for bo og oppfølging*, som ligger elektronisk tilgjengelig i kommunens kvalitetshåndbok. Den aktuelle **kompetanseplanen** er skjematisk utformet, gjelder for tidsrommet 04.03.19-04.03.20 og omfatter hele enheten. Planen gir ikke en oversikt over behovet for eller planlagte tiltak for kompetanseutvikling ved avdeling Stangnes bo og rehabilitering spesielt. I planen er forskjellige e-kurs oppgitt i tilknytning til ulike roller i enheten (inndelt i fire grupper; *vernepleier/sykepleier, sosionom/barnevernspedagog, helsefagarbeider/hjelpepleier og assistent*), og det er satt kryss for hvilke av disse stillingsgruppene som skal delta på hvilke kurs i 2019 og 2020. For flere av de oppførte kursene (*håndhygiene, velkommen til bords*) er det planlagt at alle de nevnte gruppene i enheten skal delta, mens det for andre kurs er lagt opp til at bare noen av dem skal delta (*legemiddelhåndtering, velferdsteknologi og hverdagsmestring på basisnivå, når pasienter uten samtykkekompetanse motsetter seg helsehjelpen, IPLOS – grunnopplæring og videregående kurs, passeringstest i legemiddelhåndtering*). Revisor har forespurt kommunen om hvorvidt det ligger noen form for kompetansekartlegging til grunn for kompetanseplanen, evt. hvilken annen oversikt/vurdering av kompetansebehov som planleggingen av kurs for de ansatte evt. er basert på, men har ikke fått svar på disse spørsmålene.

Det fremgår av *opplæringsplanen* som avdelingsleder for Stangnes BR har vist til og som er tilgjengelig i kommunens digitale kvalitetshåndbok, at denne planen er gjeldende for samme tidsrom som ovennevnte kompetanseplan. Opplæringsplanen inneholder opplysninger om opplæringstiltak som er felles for avdelingene (alle i enheten tilhører målgruppen) og opplæringstiltak som kun gjelder for Stangnes bo og rehabilitering (alle i avdelingen tilhører målgruppen). Planen inneholder egne felt for «tiltak», «målgruppe», «hvor/info», «ansvar» og «når». I den delen av opplæringsplanen som kun gjelder Stangnes bo og rehabilitering oppgis «Rushåndtering for helsepersonell» og «Autismespekterforstyrrelser» under «tiltak» (*Målgruppe: alle, Hvor/info: KS læring/Helsekompetanse.no, Ansvar: leder, Når: vår/høst*). Revisor har stilt spørsmål ved om det

⁴⁷ **KS Læring** er en digital læringsportal hvor man kan gjennomføre kurs og undervisningsopplegg.

ligger en kompetanseoversikt eller kartlegging/vurdering av kompetansebehov ved den aktuelle avdelingen til grunn for planlagte kurs. Til dette har avdelingsleder opplyst at kursene som personalet tar er utarbeidet i opplæringsplanen, som igjen er en del av driftsplanen som utarbeides av lederteamet og fagkoordinator/fagutvikler for Enhet for bo og oppfølging. Ifølge avdelingsleder ses det også på hvilken kompetanse de ulike avdelingene har i forbindelse med arbeidet med driftsplan. For øvrig har avdelingsleder opplyst at det er et ønske at alle fast ansatte ved avdelingen skal ha fagutdanning, at assistenter oppfordres til å ta helsefaglig utdanning og at arbeidsgiver legger til rette for dette, blant annet gjennom midler fra Fylkesmannen (kompetanseløft).

Revisor har videre stilt spørsmål ved om de reviderte tjenester har rutine/praksis for å inkludere kunnskap om forbedringsarbeid/forbedringskompetanse i eventuelle kompetansekartlegginger/-planer/-oversikter. Avdelingsleder ved Stangnes bo og rehabilitering har til revisor uttrykt usikkerhet knyttet til hva som menes med «*kunnskap om forbedringsarbeid*», men fremhevet at hun vurderer at forbedringsarbeid i den daglige driften er svært viktig for å komme videre. Avdelingen har ingen spesifikk dokumentasjon på dette, men det vises til at det avholdes personalmøter, fagmøter og forbedringstavle der prosedyrer, avvik og mål gjennomgås. Når det gjelder forbedringstavler har avdelingsleder opplyst at avdelingen har hatt fokus på avvik når det gjelder medisinaladministrering og bruk av overtid, samt gjennomgang av enkelte prosedyrer og kurs i KS læring.

Rus- og psykiatritjenesten

I forbindelse med at revisor etterspurte **kompetanseoversikt** for Rus- og psykiatritjenesten, henviste avdelingsleder til at «oversikt over ansattes kompetanse ligger i HRM».⁴⁸ Ifølge avdelingsleder har ledelsen hatt oversikt over de ansattes grunn- og videreutdanninger, men *ikke* over gjennomførte kurs. Videre viser hun til at det *ikke* tidligere har vært gjennomført **kompetansekartlegging** ved avdelingen, men at kartlegging av hvilke kurs de ansatte har gjennomført ble påbegynt første kvartal 2019 med målsetting om ferdigstilling innen april 2020. Ifølge avdelingsleder vil fremtidig rutine være at all kompetanse skal dokumenteres fortløpende. I verifiseringssvar til revisor av 8. juni 2020 opplyste avdelingsleder ved Rus- og psykiatritjenesten at hun har påbegynt utarbeidelse av kompetanseplan og at ferdigstilling av dette er planlagt innen 2020.

Ut fra informasjonsutvekslingen med avdelingsleder ved ROP-tjenesten har revisor videre forstått det slik at det ved oppstart av forvaltningsrevisjonen heller ikke var utarbeidet noen **kompetanseplan/opplæringsplan** gjeldende for Rus- og psykiatritjenesten, verken på enhets- eller avdelingsnivå. **Opplæringsplan for Enhet Helse og Mestring for tidsperioden mars 2020 - februar 2021** er imidlertid oversendt revisor. Opplæringsplanen inneholder informasjon om hvilke kurs/opplæring som skal avholdes, hvem som er målgruppen, hvor opplæringen vil foregå, hvor langvarig opplæringen vil være og hvem som er ansvarlig for tiltaket. I den delen av opplæringsplanen som gjelder avdeling for Psykiatri og rus, er følgende kurs/opplæring ført inn: «Rushåndtering for helsepersonell», «Kurs Tankevirus», «KiB kurs Belastningsmestring», «Rask psykisk helsehjelp», «Manglende boevne» og «Førstehjelp ved selvmordsfare, kurslederkurs».

⁴⁸ HRM står for *Human Resource Management*, som på norsk kan oversettes til *Ledelse av menneskelige ressurser*. På *Wikipedia* står det at dette digitale systemet dekker alle aktiviteter som omhandler planlegging, ansettelser, utvikling og avvikling innen en organisasjon. Videre at formålet er å lede mot verdiskapning, økt produksjon og bedre resultater. Innen HRM ligger blant annet resultatvurdering, opplæring, lønn og godtgjørelse, støttende HR-praksis, og investering i medarbeiderutvikling.

Felles for begge avdelinger

Når det gjelder spørsmålet om **kompetanseoversikt**, har omsorgsfaglig rådgiver (som har fungert som revisors kontaktperson) presisert at kommunen som arbeidsgiver *ikke* har etablert et system som ivaretar ledelsens mulighet til å ha oversikt over sine ansattes kompetanse. Dette er ifølge henne bekreftet av Personalavdelingen, som har ansvar for HRM-systemet. Det er altså *ikke* etablert et elektronisk system eller rutiner på dette feltet som ledelse eller ansatte har hatt mulighet til å kunne følge opp.

I forbindelse med at revisor etterspurte rutine/praksis i kommunen for å inkludere **kunnskap om forbedringsarbeid/forbedringskompetanse** i eventuelle kompetansekartlegginger/-planer/oversikter, har kommunen erkjent manglende kompetanse på gjennomføring av forbedringsarbeid. Dette var også bakgrunnen for at kommunen våren 2019 søkte Fylkesmannen i Troms og Finnmark om midler til kompetanseheving for at flere ressurspersoner skulle kunne gjennomføre utdanningen «Kvalitetsforbedring i helsetjenesten» ved Universitetet i Bergen. I kommunens søknad, som er datert 19.03. 2019 og som revisor har fått tilsendt, fremgår følgende om kompetansebehovet på det aktuelle tjenesteområdet når det gjelder forbedringsarbeid: «*Harstad kommune erfarer ved tilsynssaker, klager og avvik at vi mangler kompetanse på hvordan helsetjenesten skal bli gode på forbedringsarbeid. Vi mangler kompetanse på å systematisere forbedringsarbeidet. Vi mangler kompetanse i forbedringsarbeid som bidrar til god integrering i tjenesten og som vil kunne gi varig resultat. Det er behov for kompetanse på hvordan skape gode utviklingsarene for forbedringsarbeid, hvordan veilede grupper og organisasjon i forbedringsprosesser, hvordan lede forbedringsprosesser, hvordan måle og vurdere kvalitet*». På bakgrunn av søknaden har Harstad kommune fått innvilget kr 120.000, - til kompetanseheving innenfor forbedringsarbeid, og i april 2020 hadde fem ansatte etter det opplyste gjennomført nevnte utdanning.

I Harstad kommunes uttalelse⁴⁹ til revisors rapport datert 24.08.2020 har kommunen søkt å klargjøre hvordan kommunen nå jobber med prosesser rundt utvikling av kompetanseplaner og opplæringsplaner, et arbeid som etter det opplyste startet opp i 2019 og som inngår i driftsplan for 2020.

I nevnte uttalelse har kommunen blant annet opplyst at det har vært jobbet med å utvikle opplæringsplaner basert på den ansattes rolle og hvilken funksjon eller tjenesteområde/enhet den enkelte jobber ved. Ifølge kommunen bærer driftsplanen 2020 for Enhet for Bo og oppfølging preg av dette. Etter det opplyste opererer kommunen med henholdsvis *opplæringsplan* og *kompetanseplan*, og det er enhetens ledergruppe (enhetsleder, avdelingsledere og fagutvikler) som har ansvar for utarbeiding av disse planene.

Når det gjelder *kompetanseplan*, fremgår det av kommunens uttalelse til revisor at denne planen er knyttet opp til KS-læring⁵⁰ og de nettbaserte kurs som er etablert, samt at den skal utarbeides for en toårs periode. Kompetanseplanen skal være basert på rollen/oppgavene som den enkelte ansatte skal ivareta og ha et oppsett relatert til hvilke krav som foreligger til den enkelte ansattes rolle og den funksjon som skal utføres i henhold til fagrollen. Overordnet kompetanseplan ble vedtatt politisk i 2019 (for enhetene ny i 2020), og etter det opplyste er den overordnede faglige begrunnelsen for å etablere nevnte oppsett at en sykepleier/vernepleier vil ha ulike behov for eller krav til

⁴⁹ Før endelig forvaltningsrevisjonsrapport oversendes kontrollutvalget, sender revisor rapporten til kommunen for gjennomgang av og eventuell uttalelse til innholdet i rapporten. En slik uttalelse skal inntas i sin helhet i rapporten og kan gjelde både kommunens syn på revisors faktiske beskrivelser og/eller vurderinger. Dersom revisor finner grunn til det, kan det også gjøres innholdsmessige endringer i rapporten på bakgrunn av kommunens uttalelse.

⁵⁰ Et elektronisk system som tilbyr ulike fagkurs

kompetanseopplæring/kurs basert på hvilken type tjeneste som skal utøves samt hvilke utfordringer som er skissert ved de ulike enhetene/avdelingene.

Når det gjelder *opplæringsplan*, har kommunen i uttalelsen til revisor opplyst at denne skal revideres og justeres årlig. Videre at opplæringsplanen skal skissere hvilke utdanningsbehov som finnes i enheten i form av fagskole/videreutdanninger/universitet, som igjen bidrar til kompetanseheving. Utdanningsbehovet vil blant annet avhenge av sentrale føringer på fokusområder i tjenesten, frafall av kompetanse fordi ansatte slutter og nye oppgaver/oppdrag som skal utføres i henhold til virksomhetsplanen.

6.1.2.2 Revisors vurdering

Revisor vurderer at det foreligger en viss oversikt over kompetansen til de ansatte ved de reviderte tjenester, og kommunens system for kompetanse- og opplæringsplaner synes å være under utvikling. Hittil synes det imidlertid ikke for noen av de reviderte tjenester å være etablert et tilfredsstillende system for å sikre oversikt over de ansattes kompetanse og behov for opplæring. Herunder fant revisor at det ikke var etablert et tilfredsstillende system for kompetansekartlegging (av kompetanse og kompetansebehov) eller registrering av gjennomførte opplæringstiltak/oppdatering av utarbeidede kompetanseoversikter (som grunnlag for planlegging av kompetansehevingstiltak, herunder relevante kurs, videre-/etterutdanning eller rekruttering av nye medarbeidere med riktig kompetanse). De reviderte tjenesters manglende oversikt over de ansattes kompetanse og opplæringsbehov gjelder også kunnskap om forbedringsarbeid.

Selv om det ikke får betydning for revisors vurdering knyttet til det utledede revisjonskriteriet, er det grunn til å merke seg kommunens tiltaksplaner og påbegynte arbeid knyttet til de mangler som revisor her har påpekt.

Basert på det ovennevnte er det revisors vurdering at Harstad kommune ved de reviderte tjenester i liten grad oppfyller revisjonskriteriet om ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.

6.1.3 System for avviksmelding- og håndtering

«Harstad kommune v/Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten skal ha system for avviksmelding- og håndtering».

6.1.3.1 Revisors funn

Det er utarbeidet en «**Avviksprosedyre**» for kommunen som blant annet har som formål å føre til positive konsekvenser for virksomheten som helhet ved å gi en oversikt over kommunens utfordringer/risiko og bidra til forbedring av tjenester.

Ifølge prosedyren skal avvik *registreres* via intranett. *Type hendelser* som skal registreres, er forhold som har betydning for enhetens drift eller ansattes og tjenestemottakeres sikkerhet, brudd på krav i lover, forskrifter og interne bestemmelser, personskader på ansatte og brukere og klager fra tjenestemottakere/pårørende, jf. klageprosedyre. Om *avvikshåndtering* følger det av prosedyren at den som behandler avviket så snart som mulig skal iverksette tiltak for å ivareta situasjonen og de involverte parter og at årsaker, konsekvenser og tiltak skal dokumenteres i avvikssystemet. Under overskriften *Ansvar/myndighet* følger det at rådmannen har det administrative ansvaret for systemet

og at det etterleves, at enhetsleder har ansvar for å gjøre ansatte kjent med avvikssystemet og å bruke avviksmeldingene til forbedring av tjenester, at kvalitetsråd jevnlig skal gjennomgå systemet for å se at det fungerer og behandle eventuelle klager på avviksbehandling samt at alle ansatte har plikt til å registrere avvik og delta i forbedringsarbeidet.

Kommunen har oversendt til revisor det elektroniske bildet som ansatte får opp når de skal registrere avvik i kommunens avvikssystem. Her ser vi at ansatte innledningsvis bes om å oppgi kontaktinformasjon (navn og e-postadresse). Under overskriften «Avviksprosedyre» bes ansatte deretter om å fylle inn overskrift, enhet/avdeling og hendelsestidspunkt. Videre legges opp det opp til at den ansatte ved avkrysning skal opplyse hvilken type avvik meldingen gjelder.

Revisor har også fått oversendt fra kommunen to eksempler på avvik som faktisk er meldt i avvikssystemet ved hver av de reviderte avdelingene. Hensikten med dette var at revisor på denne måten lettere ville få et inntrykk av hvordan systemet for registrering og oppfølging av avvik er lagt opp. Rapportene om avvik inneholder beskrivelse av hendelsen og informasjon om hvem som har meldt avviket, fra hvilken enhet/avdeling det gjelder og informasjon om når avviket er registrert, saksbehandler og frist for behandling. Det er også et felt for markering av alvorlighetsgraden av det meldte avviket. Rapporten om avviket inneholder videre tiltak/forbedringsforslag, konsekvens og hvordan hendelsen skal håndteres.

Kommunen har videre fremlagt avviksoversikter for Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten i 2019. Disse avviksoversiktene inneholder opplysning om hvorvidt meldte avvik er lukket, og svar på dette vil gi en indikasjon på hvorvidt meldte avvik er fulgt opp i tråd med kommunens prosedyre. Dokumentasjonen er hentet ut av kvalitetsrådgiver i kommunen. Oversiktene viser hvilken avdeling avviket gjelder med tittel, registrert dato, hvem som er saksbehandler og status for avviket. Med status menes om avviket er nytt, under behandling, behandlet eller lukket. Med unntak av et meldt avvik som er registrert som «nytt», fremkommer det i oversiktene revisor er tilsendt at samtlige avvik er registrert som «lukket».

6.1.3.2 Revisors vurdering

Revisors vurdering er at Harstad kommune ved de reviderte tjenester oppfyller revisjonskriteriet om ha et system for avviksmelding og -håndtering.

6.1.4 System for å ta imot og behandle eventuelle klager fra tjenestemottakere og pårørende

«Harstad kommune v/Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten skal ha system for å ta imot og behandle eventuelle klager fra tjenestemottakere og pårørende.

6.1.4.1 Revisors funn

Skriftlig ***klageprosedyre*** finnes i kommunens kvalitetshåndbok som ligger tilgjengelig på kommunens hjemmeside. *Formål* med prosedyren er riktig, respektfull og effektiv behandling av klager fra brukere/publikum samt forbedring av tjenestene. Oppgitt *Kvalitetsmål* er at brukere av kommunale tjenester skal behandles i samsvar med gjeldende regelverk og etiske retningslinjer. Videre at enhetene rapporterer på antall klager i årsrapporten.

Under *Beskrivelse* fremgår det at dersom det fremsettes muntlige påstander som kan oppfattes som klager, skal den som møter personen spørre om utsagnet skal oppfattes som en klage, og i så fall

tilby seg å nedtegne klagen. Kommunen har utarbeidet mal/skjema for klage som brukere/publikum kan oppfordres til å bruke for å beskrive klagen (ligger som vedlegg til klageprosedyre). Av prosedyren følger det videre at klage på blant annet ansatte og tjenester som kan bidra til forbedring av tjenestene, skal registreres i det elektroniske avvikssystemet på intranett. Klagen skal behandles innen 14 dager, og det skal alltid gis skriftlig svar.

Under *Ansvar/myndighet* følger det at kommunedirektøren har det overordnede ansvaret for klagebehandling, at enhetsleder har ansvar for å gjøre prosedyren kjent for ansatte og for saksbehandling i samsvar med prosedyren. Videre følger det at alle klager skal legges inn av enheten selv i avvikssystemet uansett om dette skjer via muntlig melding, skjemamelding eller innkommet brev i Ephorte.

Under *Evaluerings* fremgår det at *hvert tjenestested skal gjennomgå klagen minst en gang i halvåret*, at gjennomgangen bør skje i personalmøter/egne møter, og at det må avsettes tid til forbedringsdiskusjon/-arbeid på områder med opphopning av klager.

Revisor har anmodet avdelingsledere ved henholdsvis Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten om dokumentasjon på klager fra tjenestemottakere/pårørende mottatt de tre siste årene. Det er også anmodet om dokumentasjon på at ovennevnte retningslinje om halvårige gjennomganger av innkomne klager følges opp i praksis. Begge avdelingsledere har imidlertid opplyst at det for de tre siste årene ikke er registrert noen klager fra brukere/pårørende knyttet til deres avdelinger i avvikssystemet og at avdelingen heller ikke har mottatt klager som ikke er registrert i avvikssystemet. Revisor har imidlertid, under gjennomgang av dokumentasjon knyttet til konkrete saker undersøkt i forbindelse med underproblemstilling b), funnet et brev fra en pårørende til bruker ved Stangnes bo og rehabilitering som etter revisors oppfatning må betraktes som en klage. Avdelingsleders bemerkning til dette funnet er at det *har vært* sendt klager til Fylkesmannen ved noen anledninger, der aktuell bruker og pårørende ikke har fått medhold. Disse er imidlertid ikke registrert i avvikssystemet og ble av den grunn ikke formidlet til revisor.

Omsorgsfaglig rådgiver i kommunen som har fungert som revisors kontaktperson i forbindelse med forvaltningsrevisjonen, har per telefon og e-post orientert oss om at det forekommer svakheter i kommunens system for klageregistrering. Ifølge henne knytter dette seg konkret til muligheten for å hente ut statistikk som viser reelt antall klager på tjeneste. Til revisor har kontaktperson gitt en nærmere redegjørelse for kommunens system knyttet til klagebehandling. Klage på tjenesten kan utføres av pasient selv eller av pårørende. Dette kan gjøres ved å benytte to ulike fremgangsmåter; 1) ved å sende klagen som ordinær e-post til postmottak@harstad.kommune.no eller 2) ved å benytte tjenesten «Send sikkert til Harstad kommune».

Ved innsending via ordinær e-post til kommunen (*alternativ 1*) vil klagen registreres som post i kommunens postsystem i Ephorte. Denne posten registreres på aktuell leder. Leder behandler så klagen via Ephorte, og herfra er det ikke mulig å hente ut statistikk knyttet til antall klagesaker. Enhetsleder for de reviderte enheter er av kontaktperson spesifikt bedt om å sjekke Ephorte for registrerte klager de tre siste årene. Det skal ifølge henne være mulig å søke opp og få fremvist post som omhandler temaet ved å benytte søkeordet «klage». Da vil all registrert post som inneholder ordet «klage» komme frem. På denne måten kan en manuelt telle antall klager. Tilbakemelding fra enhetsleder ved Bo og oppfølging er at Stangnes Bokollektiv *ikke* har registrert mottatte klager i aktuelt tidsrom. Samme tilbakemelding skal være mottatt fra enhetsleder ved Helse og Mestring hva gjelder Rus- og psykiatritjenesten. Ifølge kontaktperson er det i utgangspunktet leders ansvar å selv sørge for at en eventuell klagebehandling i Ephorte også blir registrert i kommunens avvikssystem. Dette er imidlertid en manuell prosess der leder selv må inn i avvikssystemet og registrere dette.

Ifølge kontaktperson medfører dette stor fare for systemsvikt, og det vil etter hennes vurdering være utfordrende å kontrollere om dette følges opp i praksis.

Ved å benytte tjenesten «Send sikkert til Harstad kommune» i forbindelse med fremsettelse av klage (*alternativ 2*), kan derimot statistikk knyttet til klager hentes ut fra avvikssystemet. Kontaktperson har til revisor fremhevet at kommunen på denne måten opererer med to ulike systemer som ikke «snakker sammen». Dette representerer altså en systemsvakhet. Hun understreker at det påpekte ikke nødvendigvis medfører at selve klagebehandlingen er utilfredsstillende. Den som klager vil kunne få sin klage behandlet. Svakheten medfører imidlertid at det ikke er mulig å hente ut troverdig statistikk på antall klagesaker.

6.1.4.2 Revisors vurdering

Revisors vurdering er at Harstad kommune har et system for mottak og behandling av eventuelle klager fra brukere og deres pårørende, men at dette systemet ikke ser ut til å fungere fullt ut tilfredsstillende. Revisor vurderer at det er svakheter ved klagesystemet som medfører risiko for mangelfull forvaltning av klager.

Kommunens skriftlige klageprosedyre forutsetter i utgangspunktet at alle mottatte klager skal registreres i avvikssystemet, en forpliktelse som gjelder uansett på hvilken måte klage fremsettes eller mottas. Det at systemet åpner for to ulike fremgangsmåter for klageregistrering som de ansatte må forholde seg til, medfører imidlertid etter revisors syn risiko for svikt. Når noen av klagenes som mottas elektronisk registreres automatisk i avvikssystemet, mens andre klager som mottas elektronisk må registreres der manuelt, skaper dette blant annet usikkerhet knyttet til om antallet klager som fremgår av avvikssystemet er reelt. Under revisors undersøkelser har vi da også gjort et konkret og tilfeldig funn som tydeliggjør nevnte risiko.

Mottatte klager skal benyttes til læring og inngå i arbeidet for forbedret tjenestekvalitet og pasient- og brukersikkerhet. Etter revisors oppfatning medfører det ovennevnte også tvil knyttet til om registrerte klager tegner et riktig bilde av situasjonen hva gjelder brukertilfredshet, samt tvil relatert til om de tilbakemeldinger på tjenesten som innkomne klager representerer undergis samme gjennomgang og vurdering med tanke på kvalitetsforbedring, slik det er forutsatt. Revisor har ikke holdepunkter for at den beskrevne systemsvakheten medfører at klager ikke blir behandlet, behandles ulikt eller at kvaliteten på klagebehandlingen vil variere ut fra hvor klage registreres og følges opp fra kommunens side. Revisor vurderer imidlertid at nevnte systemsvakhet også gjør det vanskeligere for ansvarlige og tilsynsorganer å føre kontroll med at klagebehandlingen er forsvarlig.

Basert på det ovennevnte er det revisors vurdering av Harstad kommune ved de reviderte tjenester til dels oppfyller revisjonskriteriet om å ha et system for å ta imot og behandle eventuelle klager fra tjenestemottakere og pårørende.

6.1.5 System for samt gjennomføre kartlegginger av risiko- og sårbarhetsområder

«Harstad kommune skal v/Stanges bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten ha system for samt gjennomføre kartlegginger av risiko- og sårbarhetsområder».

6.1.5.1 Revisors funn

På spørsmål fra revisor om hvorvidt det er etablert rutiner for systematiske risikokartlegginger ved de reviderte tjenester, har kommunens kontaktperson vist til at dette vurderes og gjennomføres i henhold til rutiner for kvalitetsutvalgene, jf. dokumentet «**Kvalitetsutvalg i helse og omsorg**». I dette

dokumentet fremgår det at intensjonen med kvalitetsutvalg blant annet er at kvalitetsarbeid må være en kontinuerlig prosess og at kvalitetsutvalg er et virkemiddel i arbeidet med å sørge for samt fremme sikkerhet og tjenestekvalitet. Som tidligere nevnt fremgår det blant annet videre i dokumentet at kvalitetsutvalg *for tjenesteområdet* skal gjennomføres *månedlig* og at utvalgets oppgaver blant annet er kvalitets- og fagforbedrende arbeid/prosesser samt å følge opp *målekart og læringsprosesser rundt avvik*.

Av kommunens fellesprosedyre «**Beskrivelse av kvalitetssystemet**» følger det, som revisor også har nevnt tidligere i rapporten, at enheter med ensartede prosesser og stort samhandlingsbehov skal ha felles kvalitetsutvalg for tjenesteområder og at det er etablert slikt utvalg på tjenesteområdet som denne forvaltningsrevisjonen omhandler («Overordnet Kvalitetsutvalg»). Av nevnte fellesprosedyre fremgår det videre at det felles kvalitetsutvalget blant annet skal *gjennomgå avviksrapporter og ta initiativ til forbedringsprosjekter*. Kommunens kontaktperson har formidlet til revisor at utvalget behandler saker om iverksettelse av forbedrende tiltak på bakgrunn av identifisert svikt.

Det skal skrives *referat fra møtene i Overordnet Kvalitetsutvalg*, og revisor har fått oversendt referat for 2018 og 2019. Under revisors gjennomgang av mottatte referat fra 2018 registrerte revisor blant annet en sak der Fylkesmannen, under tilsyn med tjenesten til brukere med psykisk helsesvikt, hadde avdekket at kommunens prosedyre «*Underernæring – kartlegging, forebygging og behandling*», gjeldende for alle mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester, ikke tilfredsstilte alle krav. Overordnet Kvalitetsutvalg traff i denne saken vedtak om at prosedyren skulle justeres i tråd med innspill fra en nedsatt arbeidsgruppe. Revisor registrerte videre en annen sak der oppståtte utfordringer lå til grunn for utvalgets behandling og vedtak. Saken omhandlet at pasientflyt periodevis så ut til å fungere noe dårlig og det derfor ble ansett å være behov for nedsettelse av arbeidsgruppe, forbedringstiltak i form av utarbeidelse av rutiner/flytskjema og implementering i enhet. Revisor registrerte ikke andre saker i tilsendte møtereferater som vi anså å være av interesse i denne sammenheng. Under referatgjennomgangen gjorde revisor heller *ikke* funn som indikerte faste rutiner i utvalget for systematiske gjennomganger for kartlegging av risiko- eller sårbarhetsområder ved reviderte enheter/tjenester.

I dokumentet «**Kvalitetsutvalg i helse- og omsorg**» fremgår det som tidligere nevnt at behovet for kvalitetsutvalg *for avdeling* må vurderes av avdelingsleder i samarbeid med enhetsleder. Videre at målsettingen med kvalitetsutvalg på avdelingsnivå blant annet er å utvikle kvalitet på tjeneste og at *tiltak/handlingsplan for læring av registrerte avvik* er blant oppgavene. Revisor har imidlertid ikke mottatt nærmere informasjon eller dokumentasjon om at slik tiltaksplan faktisk er utarbeidet av kvalitetsutvalg ved de reviderte avdelinger.

I kommunens avviksprosedyre fremheves viktigheten av at arbeidet med avvik fører til *læring og forbedring* samt at avvik *har en naturlig plass i risikovurderinger*. Kommunens kontaktperson har fremhevet at rutinen for gjennomgang av avvik gir føring for risikovurdering. Videre er enhetsleders ansvar for å bruke avviksmeldingene til forbedring av tjenester, kvalitetsrådets ansvar for jevnlig å gjennomgå og kvalitetssikre systemet og alle ansattes plikt til å delta i forbedringsarbeidet, fremhevet.

Under overskriften *Kvalitetsmål* i nevnte avviksprosedyre følger det at det skal tas ut rapporter over avviksregistreringer ved utløpet av hvert år, at aktuelle avviksrapporter brukes som indikator i målekart i virksomhetsplanen og at utviklingen evalueres i årsrapporten. Under overskriften *Evaluering* følger det at hver enhet skal gjennomgå avvikene minimum en gang i halvåret, fortrinnsvis på personalmøter eller i egne møter. Videre at det må avsettes tid til forbedringsdiskusjon og -arbeid. Ifølge prosedyren skal det dokumenteres ved referat at slike møter

er avholdt. Revisor har flere ganger bedt om å få oversendt relevant informasjon/dokumentasjon relatert til overholdelse av disse kvalitetsmålene/rutinebeskrivelsene, men dette er ikke mottatt.

Avdelingsleder ved Stangnes bo og rehabilitering har i forbindelse med kommunens verifiseringssvar av 08.06.2020 gitt følgende tilbakemelding til revisor: «*Avvik behandles i avvikssystemet. Det sendes epost til den som har meldt avvik, som da gir et svar på avviket. Utover dette diskuteres avvik på personalmøter. Jeg har ikke sendt ved referat fra personalmøter, da det også tas opp andre saker som jeg ikke ønsker å offentliggjøre for KomRev Nord. Avvik registreres også på forbedringstavla, med antall avvik i fht medisinerings og trusler om vold.*»

I tilknytning til det aktuelle forskriftskravet/revisjonskriteriet har kommunen videre vist til at enhetsleder skal foreta en *årlig gjennomgang* av kvalitetssystemet og fagområder med krav til internkontroll i henhold til prosedyren «*Ledelsens gjennomgang av kvalitetssystemet*». I dokumentet fremgår det i tredje kulepunkt under «*Beskrivelse*» at gjennomgangen blant annet skal foretas «*med grunnlag i kartlegging og risikovurderinger*». Formålet med gjennomgangen er å *finne svakheter og mangler, utbedre dem og forebygge uønskede hendelser*. Enhetens årsrapport er en del av ledelsens gjennomgang, og overordnet gjennomgang dokumenteres i årsrapporten. Eventuelle forbedringstiltak skal innarbeides i enhetens driftsplan.

Ingen av avdelingslederne for reviderte enheter har opplyst om faste rutiner for systematiske risikokartlegginger. Avdelingsleder ved Rus- og psykiatritjenesten har til revisor opplyst at risikokartlegging gjøres etter behov samt også tas opp i kvalitetsutvalget. Revisor har videre etterspurt dokumentasjon på eventuelle gjennomførte risikokartlegginger, herunder eventuelle ROS-analyser, i løpet av de tre siste år er på de deler av det aktuelle tjenesteområdet som i dag hører under henholdsvis Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten.

Begge avdelingsledere har oversendt ROS-analyse til revisor. Analysen oversendt fra avdelingsleder for Stangnes bo og rehabilitering er gjennomført 08.03.2018 med formål å danne grunnlag for oversikt og prioriteringer i det systematiske HMS-arbeidet etter arbeidsmiljøloven. Analysen er således ikke knyttet til tjenestetilbudet til pasienter/brukere ved avdelingen, og den er dermed ikke relevant for vurderingen i denne forvaltningsrevisjonen. ROS-analyse oversendt fra avdelingsleder for Rus- og psykiatritjenesten har overskriften *Tjenesteproduksjon Risiko - Innføring av ROP på aften- og helgevakter*. Ifølge avdelingsleder ble det besluttet å gjennomføre ROS-analyse rundt august 2019 foranlediget av overgang fra turnusarbeid til dagarbeid. Tematisk er denne analysen relevant. Selv om den er gjennomført etter at forvaltningsrevisjonen ble innledet og derfor i utgangspunktet faller utenfor den tidsperioden som ligger til grunn for revisors undersøkelser og vurderinger, har vi inkludert den aktuelle risikoanalysen i vårt arbeid fordi revisor anser det som viktig for nytteverdien av vår rapport at den i størst mulig grad beskriver den aktuelle og faktiske situasjonen på revidert område. Den aktuelle ROS-analysen inneholder beskrivelser av arbeidsoppgaver. For hver av arbeidsoppgavene er det definert uønsket hendelse, utløsende årsak, eksisterende risikoreducerende tiltak og beskrivelse av konsekvens. Videre er det i skjemaet gjort en vurdering av konsekvens, sannsynlighet og risiko samt definert nye tiltak med frist.

6.1.5.2 Revisors vurdering

Revisor vurderer at kommunen ikke har beskrevet eller dokumentert rutiner for systematisk kartlegging av sårbarhets- og risikoområder ved de reviderte avdelinger. Videre vurderer revisor at risikokartlegginger i liten grad faktisk har blitt gjennomført de senere år.

Harstad kommune har i forbindelse med det aktuelle revisjonskriteriet referert til styringsdokumenter og prosedyrer der viktigheten av at det på ulike nivåer arbeides med registrerte avvik, fremheves. Etter revisors syn er beskrivelsene i de aktuelle dokumentene relatert til arbeid etter at svikt har skjedd for å hindre gjentakelse, i motsetning til systematiske kartlegginger for å identifisere risiko og forhindre at svikt skjer ved at forbedrende tiltak kan settes inn i tide. Det er ikke beskrevet et system som sikrer regelmessig gjennomføring av risikokartlegginger ved noen de reviderte tjenester, men det er opplyst at det i 2018 og 2019 er gjennomført en såkalt ROS-analyse ved hver av de avdelingene som omfattes av forvaltningsrevisjonen. Revisor registrerer at det i august 2019 ble gjennomført en relevant ROS-analyse ved Rus- og psykiatritjenesten, men revisor har ingen holdepunkter for at aktuell avdeling (ennå) har noe kontinuerlig system for dette. Ved Stangnes bo og rehabilitering fant vi ingen ROS-analyser av relevans, slik at for denne avdelingen kan ingen del av det aktuelle revisjonskriteriet anses oppfylt.

Basert på det ovennevnte er det revisors vurdering av Harstad kommune ved de reviderte tjenester i liten grad oppfyller revisjonskriteriet om å ha et system for samt gjennomføre kartlegginger av risiko- og sårbarhetsområder.

6.1.6 System for håndtering av legemidler

«Harstad kommune v/Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten skal ha skriftlige rutiner for håndtering av legemidler, som blant annet innebærer prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering».

6.1.6.1 Revisors funn

Kommunen har en skriftlig prosedyre for ***legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten***. Denne ble godkjent 06.06.2016 av Kvalitetsutvalget for helse og omsorg og finnes i kvalitetshåndboka på kommunens hjemmeside. Det beskrevne *formålet* med prosedyren er å sikre at oppbevaring, istandgjøring og utlevering av medisiner utføres etter gjeldende regelverk, at legemiddelhåndtering bygger på medisnavtale mellom sykepleier/vernepleier, fastlege, apotek og pasient og at rett pasient får rett medisin til rett tid.

Dokumentet angir *prosedyre for legemiddeladministrasjon, bestilling og oppbevaring av resepter, oppbevaring av medisin, istandgjøring og utlevering av medisin og dosetter*. Som *vedlegg* til prosedyren inngår blant annet *Delegasjon av myndighet til utdeling av legemidler, Avtale om administrering av legemidler og Ansvarsforhold lege-pasient m.h.t. oversikt over legemidler*.

Det følger av nevnte prosedyre at den gjelder *for hjemmetjenesten* og at den etter planen skulle *revideres 06.06.2018*. Kommunen v/omsorgsfaglig rådgiver har imidlertid opplyst til revisor at prosedyren fortsatt er under revidering og at det er denne som benyttes ved både Stangnes bo og rehabilitering og ROP-tjenesten, selv om det har funnet sted en omorganisering på tjenesteområdet og ingen av de nevnte tjenestene er organisert under Enhet for Hjemmetjenester og selv om revideringstidspunktet er passert.

Avdelingsleder ved Rus- og psykiatritjenesten har også oversendt dokumentet ***Prosedyre for medikamenthåndtering i ROP-tjenesten***. Det fremkommer ikke fra hvilket tidspunkt prosedyren gjelder for, hvem som har skrevet den, hvem som har godkjent den eller revideringstidspunkt. Det fremkommer av dokumentet at prosedyren «tar utgangspunkt i kvalitetsprosedyren legemiddelhåndtering» og at alle pasienter som tjenesten har overtatt ansvaret for medikamenthåndtering for, skal ha gyldige medisnavtaler som skal scannes inn i postjournal. Det

er fire skjemaer som skal utfylles før medikamentadministrering kan påbegynne; avtale pasient/lege, pasient/ROP-tjenesten og pasient/apotek, samt avtalegiro pasient/apotek. Prosedyren omhandler oppbevaring og administrering på medisinrom, legging av dosetter, narkotikakontroll, multidoser, mulighet for abonnement hos Apotek 1 Kanebogen, dosettskap og utlevering.

Avdelingsleder for ROP-tjenesten har opplyst at avdelingen ikke hadde *farmasøytisk tilsyn* i 2018, men at tilsyn ble gjennomført 09.04.19. Revisor har fått oversendt tilsynsrapport fra dette tilsynet som viser at det ble avdekket seks avvik fra regelverket og gitt to anmerkninger om forhold som burde forbedres for å ivareta tilfredsstillende kvalitet. Videre har revisor fått oversendt et udatert og usignert dokument med beskrivelse av tiltak som skal være gjort ved avdelingen for å rette opp avvik og hvordan anmerkninger skal være fulgt opp.

Avdelingsleder ved Stangnes bo og rehabilitering har opplyst at det ikke ble gjennomført farmasøytisk tilsyn i 2019, men at det ble gjort i 2018. Funn under tilsynet fremkommer av skjema *Standardrapport for medisinrom, Hjemme og omsorgstjenester* som revisor har fått oversendt. I skjemaet er det en kolonne hvor det oppgis ulike krav til medisinrom/medisinskap, annen medisinoppbevaring, legemiddelkardex, rutiner, registrering av legemiddelavvik og oppfølging fra forrige tilsyn. Det er så krysset av for *ja, nei, delvis, ikke aktuelt* knyttet til hvert krav, i tillegg til at det er skrevet kommentarer i eget felt. Ved det aktuelle tilsynet ble det krysset *nei* for oppfyllelse av to av de opplistede kravene og *delvis* for et av kravene. Revisor har ikke fått oversendt oversikt over eventuelle tiltak som er iverksatt i avdelingen etter dette tilsynet.

Revisor har ikke opplysninger om at det i senere år har vært gjennomført sårbarhets- og risikokartlegginger knyttet til håndtering av legemidler på aktuelle tjenesteområder. Revisor har imidlertid registrert at det i ulike dokumenter nevnes *planer om* å gjennomføre ROS-analyse innen legemiddelhåndtering. Av virksomhetsplan for perioden 2019-2022 fremgår det eksempelvis at utvikling av handlingsplan innenfor legemiddelhåndtering ved enhetene basert på ROS-analyse, skulle være et prioritert tiltak for 2019 basert på utfordringsbildet. Et annet eksempel er oversendt driftsplan for 2019 gjeldende for Enhet for bo og oppfølging (avd. Stangnes bo og rehabilitering), hvor det at «*brukere sikres korrekt bruk av legemidler*» blant annet er oppgitt som resultatmål, mens ROS-analyse på legemiddelhåndtering samt avviksregistrering og -behandling er angitt som *tiltak*. Et annet sted i driftsplanen er oppgitt resultatmål å «*reducere risiko*» og her er utarbeiding av ROS-analyse på legemiddelhåndtering igjen angitt som *tiltak*. Revisor kjenner imidlertid ikke til at disse planene er fulgt opp i 2019. I virksomhetsplan for 2020-2023 er det å *sikre pasienter korrekt bruk av medisiner* en strategi som er oppgitt under resultatmålet «*forsvarlig og verdig tjenestetilbud*» i målekartet for helse- og omsorgstjenestene, men ROS-analyse på legemiddelhåndtering er *ikke* nevnt som prioritert tiltak i denne virksomhetsplanen.

Revisor vil også nevne at det under vår gjennomgang av referat fra møter i Overordnet kvalitetsutvalg i 2019 ble registrert en sak som omhandlet virksomhetsleders ansvar for internkontrollsystem vedrørende legemiddelhåndtering, herunder opplæring og dokumentasjon av de ansattes kompetanse. Det ble i forbindelse med sistnevnte sak innhentet råd fra tilsynsfarmasøyt og vedtatt at sykepleiere/vernepleiere årlig skal gjennomgå prosedyre, etterfølgende refleksjon i kvalitetsutvalg, at slik gjennomgang skal være en forutsetning for å inneha delegasjon for legemiddelhåndtering og at det skal undersøkes om det er behov for vurdering av aktuell prosedyre.

6.1.6.2 Revisors vurdering

Etter revisors vurdering foreligger det skriftlige prosedyrer for håndtering av legemidler. Det vurderes imidlertid at disse er mangelfulle ved at de ikke innebærer prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll eller avvikshåndtering.

Under henvisning til at nevnte forskriftsbestemmelse også krever *oppdatering* av prosedyrer for legemiddelhåndtering, vil revisor videre påpeke at det ikke for noen av prosedyrene som benyttes ved de reviderte tjenester synes å være etablert et tilfredsstillende system for jevnlig revisjon av disse.

Revisor vil for øvrig bemerke at opphav og status til prosedyren for medikamenthåndtering i ROP-tjenesten som det henvises til, verken følger av prosedyren selv eller på annen måte er gjort kjent for revisor.

Basert på det ovennevnte er det revisors vurdering at Harstad kommune ved de reviderte tjenester til dels oppfyller revisjonskriteriet om å ha et system for håndtering av legemidler, som blant annet innebærer prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering.

7 SAMHANDLING, KOORDINERING OG INDIVIDUELL PLAN

Etterlever kommunen regelverkets krav til samhandling internt, og til koordinerte tjenester og individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester?

Revisjonskriterier

Harstad kommune skal

- Gi informasjon om og tilby *individuell plan* til bruker/pasient med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester
- Gi informasjon om og tilby *koordinator* til bruker/pasient med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester
- Dokumentere informasjon som er gitt om retten til individuell plan og koordinator i brukerens/pasientens journal
- Dokumentere i journal eventuell opplysning fra bruker/pasient om at vedkommende ikke ønsker å benytte seg av retten til individuell plan og/eller koordinator i journal
- Sørge for at individuell plan utarbeides for pasient/bruker som har fått det innvilget og som ønsker det
- Sørge for at individuell plan som utarbeides oppfyller følgende innholdsmessige krav:
 - *Angivelse av planperiode og tidspunkt for evaluering av planen*
 - *Angivelse av hvem som er koordinator*
 - *Oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen*
 - *Oversikt over tjenestebehovet*
 - *Oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og hvem som skal ha ansvaret for disse*
 - *Pasient/brukers samtykke til at planen utarbeides*

Hovedkilde for utledning av revisjonskriteriene:

Forskrift av om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator.

7.1 Generelt om kommunens saksbehandling og revisors undersøkelser

Når det gjelder underproblemstilling b) er våre fremstillinger og vurderinger, som tidligere nevnt, avgrenset til å gjelde Harstad kommune v/ de reviderte tjenesters etterlevelse av bestemmelser som skal bidra til intern samhandling, koordinerte tjenester og individuell plan for den enkelte pasient/bruker som har krav på det.

Det presiseres at revisors undersøkelser relatert til underproblemstilling b) omfatter alle de tre avdelingene i Harstad kommune som tilbyr psykiske helsetjenester; Avdeling psykisk helse (Enhet for Hjemmetjenester), Rus og psykiatritjenesten v/avdelingen Psykisk helse og rus (Enhet for Helse og mestring) og Stangnes bo og rehabilitering (Enhet for Bo og oppfølging).

Fremgangsmåten som ble benyttet ved revisors undersøkelser knyttet til aktuell underproblemstilling, er at revisor tok utgangspunkt i en oversikt utarbeidet av kommunen over personer (angitt ved løpenummer/saksnummer) som i 2018 var registrerte mottakere av to eller flere helse- og omsorgstjenester, og der minst én av disse tjenestene sorterte under «psykiatritjenester». Revisor trakk så ut et tilfeldig utvalg løpenummer (saksnummer) fra denne oversikten for nærmere undersøkelser av kommunens saksbehandling overfor disse tjenestemottakerne.

Gjeldende *mal for individuell plan (IP)* i Harstad kommune er inntatt i det følgende. Kommunens rehabiliteringskoordinator har til revisor fremhevet at IP er brukers plan og må lages i samarbeid med bruker.

INDIVIDUELL PLAN

Planeiers navn: Adresse: Telefon:	Fødselsnr: Postnr./sted: E-post:	Planen gjelder fra (dato/år) til Planen skal evalueres innen (dato/år):
---	--	--

KOORDINATOR: Tlf: E-post:

SAMTYKKEERKLÆRING:

- De som deltar i arbeidet med min individuelle plan kan utveksle opplysninger om meg og min sak i samsvar med punktene nedenfor:
- jeg skal få informasjon om hvilke opplysninger som ønskes
 - jeg kan nekte utveksling av opplysninger om nærmere bestemte forhold, eller fra nærmere bestemte fagmiljø
 - jeg kan nekte at enkeltpersoner får bestemte opplysninger
 - jeg skal få vite hvordan opplysningene skal brukes
 - det skal aldri utveksles flere opplysninger enn nødvendig for det faglige samarbeidet
 - jeg kan når som helst trekke samtykket tilbake
 - jeg er kjent med de konsekvenser begrensninger på informasjon kan ha for arbeidet med min individuelle plan og for tjenestetilbudet til meg

Underskrift:.....

Samtykket gjelder fra ____ til _____. I planen skal ikke skrives noe jeg ikke har godkjent på forhånd.

Andre merknader:

Pårørende/foresatte: Adresse:	Telefon privat: Telefon arbeid:	E-post:
----------------------------------	------------------------------------	---------

SAMARBEIDSGRUPPEN:

Navn	Etat	Adresse	Telefon	E-post

ANDRE SAMARBEIDSPARTNERE/INSTANSER:

Etat	Kontaktperson	Etat	Kontaktperson

Situasjonsbeskrivelse og informasjon om planens oppfølging. Kort om mål, ressurser og tjenestebehov:

OVERORDNET MÅLSETTING:

Delmål og ressurser	Tiltak, kort beskrivelse og gjennomføring	Dato for oppstart	Ansvarlig person og instans	Dato for evaluering	Evaluering

Som vedlegg 1 til planen har kommunen også utarbeidet *mal for overgangsskjema*. Dette er en tabell som skal bidra til planlegging ved at det legges opp til at viktige hendelser/overganger/oppstart av nye tjenester, samt tidspunkt for dette, skal oppgis. Under revisors gjennomgang så vi i flere saker at det ikke var fylt inn noen opplysninger i dette skjemaet. Kommunens rehabiliteringskoordinator har til revisor opplyst at mal for overgangsskjema fylles ut i samarbeid med bruker og involverte dersom bruker ønsker dette, og at det derfor vil være individuelle planer hvor dette skjemaet ikke er utfylt. Ifølge rehabiliteringskoordinator planlegges overganger da på annen måte.

Revisor undersøkte totalt *tolv saker*. I alle sakene hvor det forelå individuell plan, var det benyttet en mal. Som tidligere nevnt ble selve mappegjennomgangen gjennomført ved at revisor fikk tilgang til kommunens saksbehandlingssystem (Profil), hvor det ble søkt etter de tjenestemottakere som var tilfeldig valgt ut fra ovenfor nevnte oversikt utferdiget av kommunen. På denne måten fikk revisor tilgang til opplysninger og dokumenter registrert på vedkommende bruker/pasient.

Som redegjort for under punkt 3.1 i rapporten, vanskeliggjorde det revisors arbeid knyttet til konkrete saker at det ved de reviderte avdelinger syntes å være ulik praksis for hvor i

journalssystemet informasjon av relevans for undersøkelsene ble lagret. Revisor har oppfattet kommunen dit hen at det ikke nødvendigvis er mangel på rutiner som er årsak til dette, men at variasjonene med hensyn til hvor i journalen opplysninger/dokumentasjon er lagret også kan skyldes endringer i Profil og/eller endrede rutiner gjennom tiden.

Ifølge kommunens rehabiliteringskoordinator har det i årenes løp foregått et arbeid for å presisere hvor i Profil koordinators arbeid skal dokumenteres og den individuelle planen skrives. Det skal være et eget rapportområde for dokumentasjon i pasientjournal, og skriftlig IP skal lages under skjema i pasientjournal. Dette inngår i opplæringen av koordinatorene. Ifølge rehabiliteringskoordinator vil imidlertid koordinatorens rapportering også bero på om rapportområdet var opprettet på det tidspunktet tjenesten ble tildelt. Hun kunne ikke oppgi årstall for oppretting av rapportområdet.

Rehabiliteringskoordinator har til revisor opplyst at det også har funnet sted endringer i årenes løp når det gjelder saksbehandling av søknader. Ved tidligere saksbehandlinger ligger notat fra samtale med søker under skjema i *pasientjournal* og innvilgelse av tjeneste skjedde gjennom sak eller bare ved brev til søker. Dagens rutine er imidlertid saksbehandling gjennom sak og saksutredning (inkl. samtale med søker), og svar til søker gjennom *postjournal*. Dette medfører at i gamle og nye saker vil en finne dokumenter i saksbehandlingen på ulike steder i Profil.

Når det gjelder informasjon om IP, har det ifølge rehabiliteringskoordinator ikke vært avklart ett sted hvor dette skal dokumenteres, og hun erkjenner at det er behov for slik avklaring.

Ettersom ovennevnte forhold medførte usikkerhet knyttet til hva som var den faktiske situasjonen i flere av de sakene revisor hadde gjennomgått, og følgelig hva som skulle legges til grunn for revisors vurderinger, har revisor i etterkant av mappegjennomgangen stilt oppfølgingsspørsmål til de reviderte avdelingene og gitt anledning til å fremlegge eventuell dokumentasjon på regeletterlevelse som revisor ikke hadde funnet ved egne undersøkelser.

7.2 Revisors funn

7.2.1 Plikten til å informere om og tilby individuell plan til bruker/pasient som har krav på det

Revisors undersøkelser knyttet til dette kriteriet er avgrenset til saker der en tjenestemottaker, ut fra gjennomgått dokumentasjon, ikke på noe tidspunkt har søkt om/hatt individuell plan selv om vedkommende etter revisors oppfatning hadde krav på det. Under revisors gjennomgang fant vi at dette var situasjonen i én av de undersøkte sakene, som gjaldt en tjenestemottaker ved Rus- og psykiatritjenesten. Den aktuelle saken gjaldt en bruker med stort hjelpebehov og som i over et tiår har mottatt sammensatte helse- og omsorgstjenester. Det har under revisors undersøkelser ikke fremkommet informasjon som tilsier at retten til individuell plan/koordinator på noe tidspunkt har vært tematisert ovenfor den aktuelle pasienten/brukeren.

Etter mappegjennomgangen sendte revisor flere oppfølgingsspørsmål til kommunen knyttet til aktuell tjenestemottaker, herunder om vedkommende og/eller nærmeste pårørende og/eller verge hadde fått informasjon om og/eller tilbud om individuell plan. Per e-post svarte kommunen at «*dette har vært tatt opp i samarbeidsmøter med pårørende, fastlege og ROP tjenesten og har ikke blitt vurdert som nødvendig*». Revisor har ikke sett møtereferater eller på annen måte mottatt opplysninger om hvem som eventuelt tok opp spørsmålet om individuell plan, på hvilken måte det eventuelt ble tatt opp/informert om rettigheten og hvem som skal ha vurdert individuell plan som

unødvendig. Det fremgår heller ikke hvorvidt tjenestemottaker selv deltok på de omtalte samarbeidsmøtene.

I en annen e-post til revisor beskrev kommunen aktuell tjenestemottakers situasjon på følgende måte: «*Har ikke hatt tidligere IP. Pasienten har gitt uttrykk for unnnvikende holdning til ROP tjenesten og andre tjenesteytere. Han har likevel hatt personalgruppe rundt seg som har ivarett hans interesser knyttet til adekvat helsehjelp og kontakt med pårørende, spesialisthelsetjenesten, etc. dette har vært gjort etter IP prinsippet selv om det ikke har vært formalisert i en plan. Dette kan ikke dokumenteres. Samarbeidsmøter og samhandling har vært avholdt etter behov med ulike aktører rundt pasienten. Pasienten har 2 sønner der den ene fungerer som verge. Pasienten har også en søster som har fått samtykke fra pasienten til innsyn i saker som berører han*».

Overfor revisor fremholder avdelingsleder følgende: «*[Bruker] ble mars 2020 overført til Hjemmebasert allmenpsykiatri på Stangnes. Det er for leder uklart hvorfor det ikke er utført IP plan. Det har vært utskifting av personale og de som jobbet rundt han er sluttet. Det har også vært vanskelig å komme i posisjon grunnet hans psykiske helse kombinert med rusproblematikk*».

7.2.2 Plikten til å informere om og tilby koordinator til bruker/pasient som har krav på det

Revisors undersøkelser knyttet til dette kriteriet er begrenset til saker der en tjenestemottaker, ut fra gjennomgått dokumentasjon, ikke har søkt om eller har/har hatt koordinator selv om vedkommende etter revisors oppfatning hadde krav på det.

Revisor fant at det nevnte var situasjonen i én av de undersøkte sakene, som er samme sak som omtalt i punktet over. På spørsmål fra revisor om det var informert om denne rettigheten og/eller om bruker hadde fått tilbud om koordinator, ble det fra kommunens side gitt likelydende svar som gjengitt under forrige punkt.

7.2.3 Plikten til å dokumentere informasjon som er gitt om individuell plan og koordinator i brukeren/pasientens journal

Revisors undersøkelser knyttet til dette kriteriet er begrenset til saker der en tjenestemottaker, ut fra gjennomgått dokumentasjon, ikke har fått tilbud om/er innvilget individuell plan og/eller koordinator selv om vedkommende etter revisors oppfatning hadde krav på det.

Revisor fant at dette var situasjonen i den aktuelle saken omtalt under punkt 7.2.1 og 7.2.2. I denne saken var det altså ikke i pasientjournal dokumentert at vedkommende bruker/pårørende hadde fått informasjon om individuell plan/koordinator.

7.2.4 Plikten til å dokumentere i journal evt. opplysning fra pasient/bruker om at individuell plan og/eller koordinator ikke er ønskelig

I tre av de tolv undersøkte sakene fant revisor at kommunen ikke hadde dokumentert i journal eventuell opplysning om at tjenestemottaker ikke ønsket å benytte seg av tilbud om individuell plan/koordinator.

For den ene av disse sakene, har den aktuelle avdelingen bekreftet at ny individuell plan ikke ble utarbeidet til tross for at planperiode i siste plan var utløpt. Det ble i denne forbindelse fremhevet at det hadde vært arbeidet for å få etablert ny plan etter at ny koordinator var oppnevnt, men at bruker hadde vist lite motivasjon til å ta tak i dette. Denne informasjonen har revisor ikke gjenfunnet i

evalueringer eller annen dokumentasjon på brukes mappe fra aktuell periode. Avdelingen har til revisor opplyst at grunnen til dette er at oppnevnt koordinator ikke hadde vurdert det som nødvendig å dokumentere brukers motvilje til oppstart av IP. Fra avdelingens side ble det imidlertid erkjent at forholdet ikke var tilfredsstillende dokumentert.

I en annen sak revisor gjennomgikk, forelå det riktignok erklæring om at tjenestemottaker ikke ønsket å ta imot tilbud om IP, men denne var lagt i brukers mappe på avdelingen uten at den var scannet til pasientjournal. Ifølge avdelingsleder skal forholdet nå være brakt i orden.

Den tredje og siste av sakene som er tatt med under dette punktet, er den samme konkrete saken som er omtalt i alle tre punktene ovenfor (7.2.1, 7.2.2 og 7.2.3). Som tidligere nevnt er det fra kommunens side fremholdt at spørsmålet om IP/koordinator til denne tjenestemottakeren «*har vært tatt opp i samarbeidsmøter med pårørende, fastlege og ROP tjenesten og har ikke blitt vurdert som nødvendig*». Revisor har altså ikke funnet eller mottatt dokumentasjon på dette.

7.2.5 Plikten til å sørge for at individuell plan utarbeides for pasient/bruker som har fått det innvilget og som ønsker det

Under revisors undersøkelser fant vi at kommunen v/de reviderte tjenester i fire av de undersøkte sakene ikke hadde sørget for at det faktisk ble utarbeidet individuell plan til pasient/bruker som hadde fått det innvilget og som ønsket det. I én av disse sakene ble det ikke på noe tidspunkt utarbeidet en skriftlig plan, og i tre av sakene ble det ikke utarbeidet ny/oppdatert individuell plan selv om planperioden i forrige plan var utløpt.

7.2.6 Plikten til å sørge for at individuell plan oppfyller innholdsmessige krav

I relasjon til dette kriteriet har revisor *ikke* undersøkt planer gjeldende i tidsperioden etter mappegjennomgangen selv om slike planer knyttet til enkelte saksnummer er blitt ettersendt av kommunen. Det er altså kun *siste gjeldende plan på tidspunktet for revisors mappegjennomgang* som legges til grunn for revisors funn under dette punktet. I saker der pasient/bruker har hatt tjenesten, men der denne var avsluttet på tidspunktet for mappegjennomgangen, har revisor vurdert innholdet i *tidligere* gjeldende individuelle planer.

Under revisors gjennomgang fant vi innholdsmessige mangler i *åtte* av de i alt *elleve* individuelle planene vi undersøkte. I fire av disse planene forelå det flere mangler.

- Planperiode/evalueringstidspunkt

I tre av de undersøkte sakene fremgikk det ikke av den individuelle planen hva slags tidsperiode den gjaldt for og/eller når den skulle evalueres.

- Opplysninger om koordinator

I alle de undersøkte planene var koordinator oppgitt.

- Opplysninger om hvem som deltar i arbeidet med planen

I én av de individuelle planene revisor gjennomgikk, var det ikke oppgitt hvem som skulle delta i arbeidet med planen.

- Pasient/brukers tjenestebehov

I to av planene revisor gjennomgikk, manglet beskrivelse av pasient/brukers tjenestebehov.

- Aktuelle tiltak og hvem som skal ha ansvaret for disse

I tre av planene revisor gjennomgikk var det ikke beskrevet aktuelle tiltak og/eller ikke oppgitt hvem som skulle være ansvarlige for dem. I én av disse sakene var tiltak oppført, men uten at ansvarlige var identifisert.

- Pasient/brukers samtykke til at planen utarbeides

I seks av de undersøkte sakene kunne ikke revisor se at sist gjeldende individuelle plan var signert av bruker, ei heller at brukers samtykke på annet vis fremkom i plandokumentet. I én av sakene der samtykke fra bruker ikke fremgikk av individuell plan, ettersendte kommunen riktignok en signert erklæring om samtykke til utarbeidelse av slik plan, men revisor merker seg at samtykket ikke fremgikk av selve planen og at det heller ikke er knyttet til sist gjeldende IP. Det er som nevnt sistnevnte plan som ligger til grunn for revisors undersøkelser.

I de tilfellene der samtykke fra bruker faktisk fulgte av undersøkte planer, har revisor videre merket seg at underskriften (med unntak av for én sak som kommenteres nedenfor) *ikke* var knyttet til utarbeidelse av den aktuelle planen. Et eventuelt samtykke i plandokumentet fremkom i form av pasient/brukers underskrift på den individuelle planens *forside* og da relatert til *spørsmålet om deling av ellers taushetsbelagt informasjon* mellom deltakere i brukers samarbeidsgruppe.⁵¹

I den eneste saken der revisor fant at det på den individuelle planens forside og ved brukers signatur, uttrykkelig ble samtykket til «*at individuell plan utarbeides*» (i tillegg til utveksling av nødvendig informasjon i ansvarsgruppen), var planen oppgitt å gjelde for perioden 2011-2012 og var for øvrig ikke utfylt henhold til øvrige innholdsmessige krav.

På bakgrunn av nevnte funn rettet revisor en særskilt anmodning til kommunen om dokumentasjon knyttet til overholdelse av aktuelt forskriftskrav relatert til de gjennomgåtte sakene. I tillegg ble kommunen bedt om å redegjøre for eventuelle rutiner for innhenting/dokumentasjon av brukers samtykke til IP.

Revisor forstår mottatte opplysninger fra rehabiliteringskoordinator dit hen at det *ikke* er rutine for innhenting/dokumentasjon av brukers samtykke til hver enkelt plan, ei heller for at slikt samtykke innhentes når planen er ferdigstilt for at samtykket på denne måten skal dekke innholdet i den konkrete planen. Videre forstår revisor det som at det heller *ikke* er rutine for å innhente samtykke fra bruker ved innholdsmessige endringer i den individuelle planen. Kommunen v/rehabiliteringskoordinator har overfor revisor klargjort at det i det hele tatt *ikke* er noen gjeldende rutine ved de reviderte tjenester for særskilt å dokumentere brukers samtykke *til utarbeidelse* av individuell plan, verken i selve plandokumentet eller i form av annen erklæring. Dette da underskrevet *søknad om IP* av kommunen er vurdert som tilstrekkelig samtykke til utarbeidelse av plan. På denne bakgrunn er det heller ikke inntatt et eget punkt for slikt samtykke i den malen for IP som benyttes i kommunen.⁵² Ifølge rehabiliteringskoordinator ble denne tolkningen i sin tid drøftet med jurist ved Koordinerende enhet. Et eventuelt samtykke fra bruker som fremgår på den individuelle planens forside er dermed, slik revisor har oppfattet det, *kun* relatert til *samhandling mellom involverte tjenesteytere* om planarbeidet uten hinder av taushetsplikten, slik det også fremgår av ordlyden i den malen som benyttes. Ifølge kommunen er gjeldende rutine at samtykke *til dette* skal dokumenteres ved at signert plan/planforside scannes inn i pasientjournal. Når perioden for slikt samtykke utløper, ved eventuelle endringer i samarbeidsgruppas sammensetning eller

⁵¹ Se kommunens mal for Individuell Plan inntatt under punkt 7.1 i denne rapporten.

⁵² Se kommunens mal for Individuell Plan inntatt under punkt 7.1 i denne rapporten.

dersom bruker trekker sitt samtykke tilbake, er kommunens oppfatning og rutine etter det opplyste at nytt samtykke må innhentes for at det skal kunne utveksles ellers taushetsbelagt informasjon.

7.3 Revisors vurderinger

7.3.1 Plikten til å informere om og tilby individuell plan til bruker/pasient som har krav på det

Revisor vurderer at Harstad kommune v/Rus- og psykiatritjenesten i én av de tolv sakene som vi undersøkte, ikke hadde oppfylt revisjonskriteriet om å informere om og tilby individuell plan til en tjenestemottaker som hadde behov for langvarige og koordinerte tjenester og som dermed hadde krav på det.

7.3.2 Plikten til å informere om og tilby koordinator til bruker/pasient som har krav på det

Revisor vurderer at Harstad kommune v/Rus- og psykiatritjenesten i én av de tolv sakene som vi undersøkte, ikke hadde oppfylt revisjonskriteriet om å informere om og tilby koordinator til en tjenestemottaker som hadde behov for langvarige og koordinerte tjenester og som dermed hadde krav på det.

7.3.3 Plikten til å dokumentere informasjon som er gitt om retten til individuell plan og koordinator i brukeren/pasientens journal

Revisor vurderer at Harstad kommune v/Rus- og psykiatritjenesten i én av de tolv sakene som vi undersøkte, der tjenestemottaker hadde krav individuell plan og koordinator, ikke hadde oppfylt revisjonskriteriet om å dokumentere i journal at informasjon om disse rettighetene var formidlet til vedkommende.

7.3.4 Plikten til å dokumentere i journal evt. opplysning fra pasient/bruker om at individuell plan og/eller koordinator ikke er ønskelig

Revisor vurderer at Harstad kommune v/de reviderte tjenester i tre av de tolv sakene som vi undersøkte, ikke hadde oppfylt revisjonskriteriet om å dokumentere i journal opplysning om at tjenestemottaker ikke ønsket å benytte seg av tilbud om individuell plan/koordinator

7.3.5 Plikten til å sørge for at individuell plan utarbeides for pasient/bruker som har fått det innvilget og som ønsker det

Revisor vurderer at Harstad kommune v/de reviderte tjenester i fire av de tolv sakene som vi undersøkte, ikke hadde oppfylt revisjonskriteriet om å sørge for at individuell plan ble utarbeidet til pasient/bruker som hadde fått det innvilget og som ønsket det.

7.3.6 Plikten til å sørge for at individuell plan oppfyller innholdsmessige krav

Revisor vurderer at Harstad kommune v/de reviderte tjenester for åtte av de i alt elleve individuelle planene som vi undersøkte, ikke hadde oppfylt revisjonskriteriet om å sørge for at planen oppfylte de innholdsmessige krav som følger av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 19.

Revisor vurderer at kommunens manglende oppfyllelse av innholdsmessige krav går ut på at den individuelle planen

- i tre av de undersøkte sakene manglet opplysning om planperiode og/eller evalueringstidspunkt.
- i en av de undersøkte sakene manglet opplysning om hvem som deltok i arbeidet med planen
- i to av de undersøkte sakene manglet beskrivelse av pasient/brukers tjenestebehov.

- i tre av de undersøkte sakene manglet beskrivelse av aktuelle tiltak og/eller angivelse av hvem som skulle være ansvarlige for dem.
- i samtlige undersøkte saker manglet pasient/brukers samtykke til at planen utarbeides.

Revisor vurderer at kommunen i alle de undersøkte sakene oppfylte det innholdsmessige kravet om at den individuelle planen skal inneholde opplysning om koordinator.

Når det gjelder den delen av det aktuelle revisjonskriteriet som omhandler pasient/brukers *samtykke til utarbeidelse av den individuelle planen* (siste strekpunkt ovenfor), vil revisors vurdering knyttet til kommunens manglende oppfyllelse utdypes i det følgende.

Revisors vurdering er at forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator i § 19 bokstav h) oppstiller samtykke fra pasient/bruker som ett av flere *innholdsmessige* krav til den individuelle planen, jf. bestemmelsens ordlyd («*planen skal inneholde*»), og at det derfor *ikke* er tilfredsstillende i henhold til dette forskriftskravet å legge til grunn at brukers signerte søknad om individuell plan uten videre kan tolkes som samtykke til utarbeidelse av slik plan og at dette vil være tilstrekkelig til oppfyllelse av det aktuelle forskriftskravet. Revisor vil bemerke at før samtykke gis, må det sikres at pasient/bruker får tilstrekkelig informasjon om hva individuell plan innebærer, jf. veilederen fra Helsedirektoratet.

Videre legger revisor til grunn at samtykkekravet etter ordlyden i det aktuelle forskriftskravet («*planen*») vil gjelde for hver enkelt plan som utarbeides for en pasient/bruker, også der det utarbeides flere planer i henhold til ett og samme vedtak om innvilgelse av tjenestetilbudet. Forskriftens § 19 bokstav g) krever at den individuelle planen skal inneholde opplysning om den tidsperioden planen gjelder for (planperioden), og etter revisors vurdering er det naturlig å forstå bestemmelsen sett i sammenheng dit hen at et samtykke fra bruker kun være gyldig for aktuell planperiode (evt. for et kortere tidsrom dersom bruker tidligere trekker sitt samtykke til tjenesten). Revisors forståelse er at dette vil gjelde på tilsvarende måte som for et eventuelt samtykke til at deltakere i planarbeidet gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger, som også reguleres i forskriftens § 19 bokstav h).

Revisor vurderer videre at pasient/brukers rett til medvirkning ikke ivaretas i tilstrekkelig grad ved at kommunen før planoppstart innhenter samtykke til *at* en individuell plan utarbeides, men at det ikke også sikres godkjenning fra tjenestemottaker til den konkrete planen som utarbeides med *dens innhold*. Ordlyden i den aktuelle forskriftsbestemmelsen, samt en uttalelse i Helsedirektoratets veileder, kan anses å trekke i retning av at samtykket i selve plandokumentet kun trenger å dekke oppstart av planprosessen. Samtidig forutsettes det i både forskrift og veileder at alt som nedtegnes i plandokumentet må være utarbeidet i samarbeid med pasienten/brukeren. Revisor vil i denne forbindelse vise til at det i ovennevnte forskrift § 16 fastslås at pasient/bruker har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og at det skal legges til rette for dette. I bestemmelsen henvises det til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, hvor det fremgår at retten til brukervedvirkning blant annet gjelder ved planlegging, utforming og gjennomføring av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. også forskriftens § 4 om pasient- og brukervedvirkning og veilederen fra Helsedirektoratet. Revisor vil også vise til at det i Helsedirektoratets veileder fremheves at tjenestemottakerens mål, ressurser og helhetlige behov for tjenester skal danne grunnlag for valg og prioritering av tiltak i planen, og at pasientens/brukerens og evt. pårørendes medvirkning og innflytelse i planprosessen derfor er avgjørende. En sentral oppgave for koordinator vil være nettopp å tilrettelegge for medvirkning gjennom hele prosessen. Etter revisors oppfatning tilsier formålsbetraktninger og hensynet til brukervedvirkning at pasient/bruker også må godkjenne

eventuelle endringer i planen for at vedkommende skal anses å ha samtykket til planen med sitt fornyede innhold.

Videre vil revisor vise til forskrift til habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator § 17 vedrørende krav om pasient/brukers samtykke til individuell plan, hvor det i annet ledd fremgår at for pasienter gjelder pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 om samtykke til helsehjelp. Av lovens § 4-1 første ledd følger det at helsehjelp som utgangspunkt bare kan gis med pasientens samtykke, og videre at pasienten må ha fått tilstrekkelig informasjon om *innholdet i helsehjelpen* for at samtykket skal være gyldig.

8 ANDRE FUNN

Rus- og psykiatritjenesten

I én av de konkrete sakene som revisor undersøkte i forbindelse med vår mappegjennomgang, fremkom det informasjon om at det var gjennomført samarbeidsmøte(r) uten at bruker var til stede og uten at revisor kunne se at det forelå samtykke fra aktuell bruker til deling av ellers taushetsbelagt informasjon mellom tjenesteytere. Den aktuelle saken gjaldt tjenestemottaker ved Rus- og psykiatritjenesten, og revisor henvendte seg derfor til denne tjenesten med spørsmål om det rettslige og faktiske grunnlaget for gjennomføring av slikt møte uten brukers medvirkning.

Tilbakemeldingen fra avdelingsleder ved Rus- og psykiatritjenesten i tilknytning til nevnte funn var at tjenesten hadde avdekket flere tilfeller der underskrevet samtykkeerklæring fra brukere manglet. Videre ble det fremholdt at tjenesten har fokus på å få dette på plass i løpet av 2020. Avdelingsleder presiserte at tjenesten har rutiner for innhenting av samtykke, men likevel ikke har vært god nok på praktisk gjennomføring og å få scannet signert samtykkeerklæring inn i pasientjournal. Etter det opplyste er Rus- og psykiatritjenesten nå opptatt av å etterfølge dette.

9 SAMLET KONKLUSJON

Hovedproblemstilling

Revisors konklusjon på prosjektets hovedproblemstilling er at Harstad kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsevern som *til dels* er i tråd med nasjonalt regelverk, lokalt planverk og faglige anbefalinger på området.

Underproblemstillinger

- a) **Revisors konklusjon på underproblemstilling a) er at Harstad kommune *til dels* har rutiner som er tilstrekkelige for å sørge for at psykisk syke som bor utenfor institusjon, gis et tilbud som er i henhold til regelverket.** Avvik som forekommer og registreres gjennom enten eksterne tilsyn (med for eksempel legemiddelhåndtering) eller i kommunens egne avvikssystemer, er i seg selv indikasjoner på forbedringspotensial hva angår etterlevelse av skriftlige rutiner. Det samme gjelder det forhold at interne kvalitetsrevisjoner ikke synes å bli gjennomført som planlagt.
- b) **Revisors konklusjon på underproblemstilling b) er at kommunen *til dels* etterlever regelverkets krav til samhandling internt, og til koordinerte tjenester og individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.**

10 ANBEFALINGER

Revisor anbefaler Harstad kommune å videreutvikle sitt styringssystem for helse- og omsorgstjenester til psykisk syke, slik at dette tilfredsstillende de konkrete kravene som fremgår av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6,7,8 og 9 samt forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 4. Anbefalingen er fra revisors side rettet mot kommunens virksomhet ved Stangnes bo og rehabilitering og Rus- og psykiatritjenesten.

Revisor anbefaler Harstad kommune ved Stangnes bo og rehabilitering, Rus- og psykiatritjenesten og Avdeling psykisk helse å treffe tiltak for å sikre at kommunen, i forbindelse med retten til individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2, overholder sentrale krav gitt i eller i medhold av lov, herunder:

- a) Å påse at individuell plan tilbys
- b) Å påse at individuell plan faktisk blir utarbeidet i alle tilfeller der tjenestemottaker som har rett til slik plan, har takket ja til at den utarbeides.
- c) Å påse at de individuelle planene som utarbeides, tilfredsstillende de innholdsmessige kravene som følger av forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator § 19.
- d) Å sikre informert samtykke fra tjenestemottaker til individuell plan, herunder til oppstart av planarbeid knyttet til hver planperiode, til planens – og dermed det koordinerte tjenestetilbudets – innhold og til eventuelle endringer i planen før planperiodens utløp.

Revisor anbefaler Harstad kommune ved Stangnes bo og rehabilitering, Rus- og psykiatritjenesten og Avdeling psykisk helse å overholde egne skriftlige prosedyrer for

- a) informasjon til tjenestemottakere som har krav på individuell plan og koordinator om disse rettighetene og innholdet i dem
- b) dokumentasjon i pasient/brukers journal av hvordan retten til individuell plan og koordinator er ivarettatt.

11 UTTALELSE TIL RAPPORT

KomRev NORD sendte 3.8.2020 forvaltningsrevisjonsrapporten til Harstad kommune v/kommunedirektør for uttalelse. Vi mottok uttalelse innenfor fristen vi hadde satt. Nedenfor har vi inntatt uttalelsen i sin helhet. Vi har gjort enkelte korrigeringer i vår rapport som følge av uttalelsen.



Harstad kommune
Attraktivt hele livet



Kommunalsjef

Deres ref.: Deres dato: Saksbehandler:
12.08.2020 Rita Johnsen

Telefon: Vår dato: Vår ref.:
77026620 24.08.2020 2019/6582 / 216

KOMREV NORD IKS Sjøgata 3 9405 HARSTAD

KOMMUNENS UTTALELSE PÅ FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

Harstad kommune takker for tilsendt rapport.

Harstad kommune ønsker å benytte seg av muligheten for å kommentere deler av rapportens innhold.

Uttalelser fra Harstad kommune settes opp med inndeling av sideantall. Formålet med dette er å være tydelig med hvor i rapporten det ønskes å gi kommentar.

Metode – datamateriale – avgrensing

Side 17 i rapport

KomRev gir i avsnitt 3 en beskrivelse av hvordan mappene til tjenestemottakerne ble sjekket og hvordan denne prosess opplevdes utfordrende for KomRev.

Harstad kommune vurderer ut fra innholdet i 3. avsnitt at det er flere forhold som kan ha påvirket at det har vært vanskelig for revisor å finne dokumentasjon. Revisjonen omfatter en undersøkelse i et spenn over flere år. I denne perioden har profil endret seg. Rapportområder er endret, område for å rapportere IP/koordineringsarbeid har ikke alltid eksistert, men har blitt opprettet og behandling av søknader er endret til å benytte sak og saksbehandlingsmal. Rutiner har endret seg som ledd i forbedringsarbeid. Vurdering om at mangel på rutiner er årsak vil kunne være feil konklusjon, da også endring av rutiner har medført dette. KomRev sin erfaring av at samme type opplysninger kunne være registrert på ulike steder i ulike journaler kan også skyldes at rutiner har endret seg.

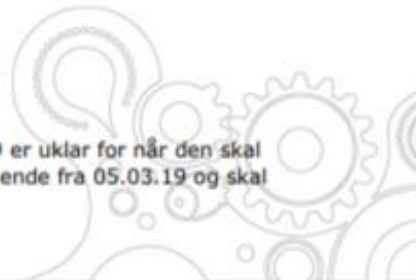
Det ligger ytterligere informasjon på side 57 (2.avsnitt) som beskriver endringer i måten en skal dokumentere på.

Beskrivelse av kvalitetssystem.

KomRev beskriver i pkt 6.1.1.1 flere funn.
Harstad kommune ønsker å kommentere noen av disse.

Side 31 i rapport

KomRev viser beskriver i sin rapport at Driftsplanen 2019 er uklart for når den skal revideres. Det bemerkes i rapport at driftsplanen er gjeldende fra 05.03.19 og skal revideres innen 05.03.19.



Harstad kommune ønsker å gi tilleggsopplysninger for hvordan enheten jobber med Driftsplan.

Når driftsplanarbeidet starter så benyttes mal for året før. I planarbeidet for 2019 ble mal for 2018 benyttet. Årstall for den nye planen skal innledningsvis endres. I planen for 2019 er det glemt å endre årstall for når planen skal revideres. Årstallet for revisjon skal være året etter at planen er godkjent, i dette tilfellet 2020.

Side 40 i rapport.

Rapport beskriver et utdrag fra 2 dokumenter i kommunen Kvalitetshåndbok. 1.) «Beskrivelse av kvalitetssystem» som er kommunens felles prosedyre, 2.) «Kvalitetsutvalg i helse- og omsorg» som er et sektordokument der det fremkommer hvordan kvalitetsutvalg gjennomføres på sektornivå, enhetsnivå og avdelingsnivå.

Første avsnitt, side 41 konkluderer KomRev med at «kvalitetsutvalg for enhet inneholder begrenset opplysning og at det mangler informasjon om sammensetning og hvor ofte kvalitetsutvalg skal utføres.

Harstad kommune mener at konklusjonen fra KomRev ikke medfører riktighet.

Harstad kommunes kommentar:

- Det fremkommer utydelig hvilket dokument KomRev henviser til i rapporten på side 41, 1 avsnitt. Hvilke av de 2 dokumenter inneholder mangler?
- Helse og omsorg har som KomRev beskriver utarbeidet eget dokument med beskrivelse av hensikt/formål med kvalitetsutvalg. I dette dokumentet beskrives hvordan enhetens kvalitetsutvalg gjennomføres i henhold til oppgaver, deltagere og møteaktivitet.
- Harstad kommune oppfatter derfor at konklusjon fra KomRev ikke medfører riktighet.

Side 42 i rapport.

KomRev bemerker at Tjenestebeskrivelse for Hjemmesykepleie og Praktisk bistand ikke inneholder informasjon om mål og målgruppe.

Harstad kommune mener denne konklusjonen ikke er riktig.

Harstad kommunes kommentar:

- Harstad mener at både målgruppe og mål for tjenesten er definert.
- Selv om det ikke er utarbeidet egen tjenestebeskrivelse innenfor psykisk helse så ivaretas denne brukergruppen gjennom de etablerte beskrivelsene.
- Tjenestebeskrivelse for hjemmetjeneste gir følgende informasjon;
 - *Målet for tjenesten:* Det arbeides forebyggende for å unngå ytterligere forverring av funksjonsnivået og gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen. Motivere/opplæring til egenomsorg og dagliglivets gjøremål. Hjemmesykepleier gis med bakgrunn i nødvendig helsehjelp. Helsehjelpen kan omfatte behandling, pleie og omsorg, for å kunne mestre å bo i eget hjem så lenge som mulig.
 - *Målgruppe:* Du som bor eller midlertidig oppholder deg i Harstad kommune og som på grunn av helsesvikt trenger behandling, helse - og omsorgshjelp, både av fysisk og psykisk art.
- Tjenestebeskrivelse for praktisk bistand gir følgende informasjon;
 - *Målet med praktisk bistand* i hjemmet er å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen og motivere/opplæring til egenomsorg og dagliglivets gjøremål. Tjenesten kan gis i form av; Renhold i boligen, Vask av klær etter behov,

- Bistand til tilberedning av tørrmat og middag, Opplæring, Personrettet praktisk bistand for eksempel assistanse til dusj og påkledning
 - o *Målgruppe:* Du som bor eller midlertidig oppholder deg i Harstad kommune. Du som ikke kan dra omsorg for deg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål.
- Harstad kommune ønsker å presisere at tjenestebeskrivelse skulle vært justert i henhold til kontaktinformasjon. Det som fremkommer i nåværende tjenestebeskrivelse er feil og misvisende i henhold til nåværende organisering.

Side 43-46 i rapport

KomRev har beskrevet hvordan kompetanseplaner og opplæringsplaner fungerer i Helse og omsorg. Harstad kommune ønsker å klargjøre hvordan kommunen nå jobber med prosesser rundt utvikling av kompetanseplaner og opplæringsplaner. Dette arbeidet startet opp 2019 og ble en del av Driftsplan 2020.

Det har vært jobbet med å utvikle opplæringsplaner basert på den ansattes rolle og hvilken funksjon eller tjenesteområde/enhet den enkelte jobber ved.

Driftsplanen 2020 for enhet Bo og oppfølging bærer preg av dette. Det opereres med *opplæringsplan* og *kompetanseplan*. Det er enhetens ledergruppe (enhetsleder, avdelingsledere og fagutvikler) som utarbeider planene.

1. *Kompetanseplan* skisserer et oppsett på hvilke krav som foreligger til den enkelte ansattes rolle og den funksjon som skal utføres i henhold til fagrollen. Denne planen er knyttet opp til KS-læring og de nettbaserte kurs som er etablert. KS-læring er et elektronisk system som tilbyr ulike fagkurs. Valg av KS-læring er lik for flere av enhetene i Harstad kommune.
Overordnet kompetanseplan ble vedtatt politisk i 2019 og er for enhetene ny for 2020.
Den overordnede faglige begrunnelse for å etablere et oppsett som definerer opplæring basert på rolle er at en sykepleier/vernepleier vil ha ulike behov eller krav for kompetanseopplæring/kurs basert på den type tjeneste som skal utøves, og hvilke utfordringer som er skissert i de ulike enhetene/avdelingene. Planen er utarbeidet for en 2 års periode basert på hvilken rolle og oppgaver den enkelte ansatte skal ivareta.
2. *Opplæringsplan* revideres og justeres årlig. Denne planen skal skisserer utdanningsbehov som finnes i enheten. Utdanningsbehov vil være kompetanseheving i form av fagskole/videreutdanning/universitet. Behovene vil være avhengig av sentrale føringer på fokusområder i tjenesten, frafall av kompetanse fordi noen slutter, nye oppgaver/oppdrag som skal utføres i henhold til Virksomhetsplanen mm.

Side 54.

System for håndtering av legemidler:

KomRev sin vurdering pkt 6.1.6.2, side 54 konkluderer med at kommunens prosedyre «Legemiddelhandtering i hjemmetjenesten» ikke eksplisitt er gjeldende for Stangnes Bo- og rehabilitering.

Harstad kommune mener at grunnlaget for konklusjonen fra KomRev ikke er riktig.

Harstad kommunes kommentar:

- Harstad kommune har etablert 2 prosedyrer som omhandler legemiddelhandtering. Den ene gjelder for *legemiddelhandtering som utføres ved institusjon* og den andre gjelder for *legemiddelhandtering som ytes i hjemmebaserte tjenester*.

- Stangnes Bo- og rehabilitering og ROP-tjenesten er hjemmebasert tjeneste. I dette ligger det at prosedyren *Legemiddelhåndtering for hjemmetjenesten* er gjeldende for begge disse aktuelle avdeling.
- Når det utføres farmasøytisk tilsyn, skal aktuell prosedyre for den aktuelle avdeling være grunnlag for revisjon. Dette har også være tilfelle ved Stanges Bo og rehabilitering og ROP-tjenesten.
- Harstad kommune oppfatter at KomRev sin konklusjon ikke medfører riktighet da prosedyren «Legemiddelhåndtering for hjemmetjenesten» er felles for hjemmebaserte tjenester. Harstad kommune vurderer at prosedyren ikke skal inneholde en opplisting av alle avdelinger som er definert som *hjemmebaserte tjenester*. Det er kjent for leder og ansatte om de er definert som hjemmetjeneste eller institusjon.

Med hilsen

Rita Johnsen
Kommunalsjef

Tone Skoglund
Saksbehandler

Dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.

12 REFERANSER

Lover

- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 2. juli 1998 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Forskrifter

- Forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1240 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren (FOR-2016-10-28-1250)
- Forskrift av 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (FOR-2008-04-03-320)
- Forskrift av 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256)

Forarbeider

- Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Innst. 424 L (2010-2011) Innstilling til Stortinget fra helse og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Veiledere

- Veileder fra Helsedirektoratet til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, publisert 17.02.2017 (sist faglig oppdatert 29.10.2018)
- Veileder fra Helsedirektoratet til forskrift om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, publisert 30.09.2015 (sist faglig oppdatert 03.12.2018)

Kommunalt planverk

- Bolig og velferd - nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)
- Boligpolitisk handlingsplan 2017-2020
- Helse- og omsorgsplan, Harstad kommune, Strategi og tiltak for perioden 2012 – 2025
- Virksomhetsplan 2019-2022
- Delegasjonsreglement

Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregnskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Troms og Finnmark fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, 25 kommuner i Troms og Finnmark og tolv kommuner i Nordland.

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

Vi har 42 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

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

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

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Økonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjonsprosjekter i Harstad kommune:

- *Offentlige anskaffelser,* 2004
- *Barnevernstjenesten,* 2005
- *Areal- og byggesakstjenesten,* 2005
- *Arbeidsmiljø og skader i hjemmetjenesten,* 2006
- *Iverksetting av politiske vedtak,* 2006
- *Forvaltning, drift og vedlikehold av kommunale bygninger,* 2007
- *Offentlige anskaffelser,* 2008
- *Harstad kommunes kjøp av tjenester fra Sama Maskin og Stenhaug transport AS,* 2011
- *Selvkost VA,* 2012
- *Ressursbruk PLO,* 2013
- *Selvkost på avfallstjenester i Hålogaland Ressurs selskap IKS,* 2015
- *Kvalitet ved sykehjemmene Slottet og Stangnes,* 2015
- *Regeletterlevelse og saksbehandling ved Koordinerende enhet,* 2015
- *Legemiddelhåndtering og medikamentavvik ved sykehjemmene,* 2017
- *Kvalitet i hjemmetjenestene,* 2017
- *Offentlige anskaffelser,* 2019
- *Forebyggende arbeid, saksbehandling og internkontroll i barneverntjenesten* 2020

