

Rus og psykiatritenesta

Leirfjord kommune

FR1223

2023



FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra kontrollutvalet i Leirfjord kommune i perioden januar 2023 til august 2023.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet.

Alle rapportar frå Revisjon Midt-Norge SA blir publisert på www.revisjonmidt norge.no.

Trondheim, 15. november 2023

Sunniva Tusvik Sæter

Oppdragsansvarleg revisor

Trine Holter

Prosjektmedarbeidar

SAMANDRAG

Revisjon Midt-Norge har på bestilling frå kontrollutvalet i Leirfjord kommune gjennomført ein forvaltningsrevisjon med tema rus og psykiatri. Vi har undersøkt følgjande problemstillingar:

- Har kommunen skriftlege rutinar og retningslinjer for kva for tilbod som skal bli gitt og blir desse handheva?
- Gir kommunen eit tilbod som er i tråd med gjeldande lov og regelverk?
- Gir kommunen eit tilbod der samarbeid mellom dei ulike tenesteytarane er koordinerte?

I **første problemstilling** konkluderer vi med at kommunen har utarbeida styringsdokument, men at desse ikkje lenger er gjeldande. Dette kan føre til at tenesteområdet blir mindre synleg og dermed kan bli nedprioritert i periodar der kommunen har lite ressursar. Kommunen har skriftlege rutinar og retningslinjer for kva for tilbod som skal bli gitt. Dokumenta er lett tilgjengeleg for dei tilsette og dekkjer dei viktigaste områda. Innhaldet er godt kjent blant dei ROP-tilsette, men i mindre grad for andre tilsette i kommunen.

I **andre problemstilling** konkluderer vi med at kommunen i hovudsak gir eit tilbod som er i tråd med gjeldande lov og regelverk. ROP-tenesta utformar tilbod i tett samarbeid med brukar som er individuelt tilpassa utfordringane deira. I enkelte tilfelle finn dei tilsette i kommunen gjennom uformell kommunikasjon fram til alternative løysningar og formelle rutinar blir dermed berre til ein viss grad handheva. Kommunen har gjort tiltak for å leggje til rette for kompetanseutvikling i eigen organisasjon. Leirfjord har klart ikkje kommunepsykolog og bryt dermed kravet om å gi eit lovpålagt helsetilbod.

I **tredje underproblemstilling** konkluderer vi med at vurdering at kommunen berre delvis gir eit tilbod der samarbeid mellom dei ulike tenesteytarane er koordinerte. Det finst ikkje skriftlege samarbeidsavtalar internt i kommunen eller med eksterne samarbeidspartnarar. Det er etablerte arenaer for kompetansebygging, men det er ikkje etablert samarbeid som ser på for eksempel utforming av ettervern. Internt i kommunen er det etablert uformelle interne arenaer for slikt samarbeid. Kommunen har ikkje eit kvalitets-/styringssystem som gjer at sårbarheiter ved samhandling og samarbeid blir fanga opp.

Revisor har følgjande anbefalinger, hvor kommunen bør:

- Utarbeide oppdaterte styringsdokument for psykiatri og ruspolitikk

- Definere og tydeleggjere fordeling av myndigheit i dei skriftlege rutinane og retningslinjene
- Gjere rutinar og regelverk kjent i heile organisasjonen
- Sikre tilstrekkeleg informasjon og opplæring om ROP-tenestene
- Ytterlegare formalisere arbeidet med individuell plan
- Vurdere behov for å etablere system for brukarmedverknad frå pårørande og interesseorganisasjonar
- Utforme skriftlege avtaler for samarbeid
- Etablere ein arena for samhandling
- Etablere internkontroll som bidrar til å sikre at samarbeid og samhandling fungerer

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	3
Samandrag.....	4
Innholdsfortegnelse	6
1 Innleiing.....	8
1.1 Bestilling.....	8
1.2 Problemstillingar.....	8
1.3 Metode	9
1.3.1 Intervju.....	9
1.3.2 Dokumentgjennomgang.....	10
1.3.3 Vurdering av metode.....	10
1.4 Uttalelse om rapport	11
1.5 Bakgrunn.....	12
1.5.1 Rusproblematikk og psykiske lidingar	12
1.5.2 Organisatorisk plassering av tenestetilbodet.....	13
1.5.3 Innhald i tenestetilbodet frå ROP-tenesta.....	14
2 Lokale skriftlege rutinar og retningslinjer.....	16
2.1 Problemstilling	16
2.2 Revisjonskriterier	16
2.3 Funn.....	16
2.3.1 Styringsdokument	16
2.3.2 Skriftleggjorte retningslinjer og prosedyrar	17
2.3.3 Opplæring og informasjon om ROP-tenestene.....	18
2.3.4 Bruk av retningslinjer og rutinar.....	18
2.4 Vurderingar	19
2.5 Konklusjon.....	20
2.6 Anbefalingar	20
3 Tilbod i tråd med gjeldande lov og regelverk.....	21
3.1 Problemstilling	21
3.2 Revisjonskriterier.....	21
3.3 Funn.....	21
3.3.1 Kompetansekrav.....	21
3.3.2 Kompetanseutvikling.....	22
3.3.3 Tilgang på fagkompetanse.....	22
3.3.4 Formelle vedtak og individuell plan	23
3.3.5 Omfang av bruk av individuell plan	24
3.3.6 Oppnemning av koordinerande eining og koordinator	24
3.3.7 Brukarmedverknad.....	25
3.4 Vurderingar	25
3.5 Konklusjon.....	27
3.6 Anbefalingar	27

4	Internt og eksternt samarbeid	29
4.1	Problemstilling	29
4.2	Revisjonskriterier	29
4.3	Funn	29
4.3.1	Skriftlege samarbeidsavtaler med eksterne	29
4.3.2	Fagleg samarbeid internt i kommunen	30
4.3.3	Faglege samhandlingsarenaer	31
4.3.4	Internkontroll og kvalitetssikring	31
4.4	Vurderingar	32
4.5	Konklusjon	34
4.6	Anbefalingar	34
	Kjelder	35
	Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier	36
	Vedlegg 2 – Uttalelse	42

Figurer

Figur 1.	Organisasjonskart Leirfjord kommune	14
----------	---	----

1 INNLEIING

1.1 Bestilling

Kontrollutvalet i Leirfjord kommune bestilte eit forvaltningsrevisjonsprosjekt i møte 13.09.22, sak 13/22. Det tar utgangspunkt i formuleringa «I kva for grad sikrar Leirfjord kommune at personar med psykiske plager/lidingar og/eller rusavhengigheit får eit forsvarleg, heilskapleg og koordinert tenestetilbod». Bestillinga er basert på plan for forvaltningsrevisjon 2019-2023. Revisjon Midt-Norge har utarbeidd eit prosjekt med dette som utgangspunkt.

Revisor si hovudproblemstilling for prosjektet er om Leirfjord kommune har eit tenestetilbod for personar med rus- og/eller psykiatrilidingar som er i tråd med nasjonalt regelverk, lokalt planverk og faglege anbefalingar på området.

1.2 Problemstillingar

Følgjande problemstillingar vil bli svart på i rapporten:

- Har kommunen skriftlege rutinar og retningslinjer for kva for tilbod som skal bli gitt og blir desse handheva?
- Gir kommunen eit tilbod som er i tråd med gjeldande lov og regelverk?
- Gir kommunen eit tilbod der samarbeid mellom dei ulike tenesteytarane er koordinerte?

Revisor har avgrensa undersøkinga til å gjelde tilbod gitt direkte til personar som sjølv slit med problematikk innafor rus og/eller psykiatri og er ikkje avgrensa til å fokusere på spesielle aldersgrupper. Vi vil ikkje sjå på dei tenestene hjelpeapparatet gir til pårørande eller miljøet rundt personar med denne typen problematikk.

Data frå spesialisthelsetenesta kunne gitt informasjon om samarbeidet mellom dei ulike tenesteytarane fungerer og om tilbodet som blir gitt er godt koordinert. Sidan bestillinga frå kontrollutvalet berre gjeld det kommunale tenestetilbodet, er det ikkje innhenta data frå tenesteytarar utafor Leirfjord kommune. Informasjon om andre tenesteytarar som kjem fram under dei intervjuar vi har gjort, kan bli tatt med der det er relevant.

1.3 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRF - *kontroll og revisjon i kommunene* sin standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisor har vurdert eigen uavhengigheit overfor Leirfjord kommune, jf. kommunelova § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

Vi har brukt ulike metodar i datainnsamlinga. Semistrukturerte intervju med personar som er sentrale i kommunen sitt arbeid med rus og psykisk helse har gitt oss moglegheit til å gå djupare inn på enkelte tema.

Interne retningslinjer, rutinar og plandokument legg føringar for kommunen sitt arbeid med rus og psykiatri, korleis det skal bli organisert og kva for tenester som skal bli gitt. Vi har i tillegg fått oversendt tre anonymiserte, tilfeldig utplukka pasientjournalar for å sjå om saksbehandlinga er gjort i tråd med kommuneinterne dokument og gjeldande lov- og regelverk.

1.3.1 Intervju

Kommunalsjef for helse og velferd var konstituert kommunedirektør ved oppstart av revisjonen og har vore vår kontaktperson. Vedkommande er ikkje lenger tilsett i Leirfjord kommune.

Revisor hadde oppstartsmøte med kommunalsjefen og ein tilsett innafor tenesteområdet psykisk helse. Her vart prosjektplan og opplegg for datainnsamling presentert og diskutert. Det vart også gjennomført eit kort intervju. Referat frå oppstartsmøtet vart i etterkant sendt til gjennomlesing og godkjenning og kommunalsjefen godkjente referatet muntleg.

Kommunalsjef gjorde avtalar med dei personane vi ønska å intervjuje. Revisor gjennomførte fysiske intervju med følgjande personar:

- Kommunalsjef for helse- og velferd
- Tre tilsette innafor rus- og psykiatritenesta
- Helsesjukepleiar
- Kommuneoverlege
- Kontaktperson i politiet

Referat frå intervju vart i etterkant sendt informantane til gjennomlesing og godkjenning med det dei eventuelt hadde av kommentarar eller endringar. Alle informantane har godkjent sine referat.

1.3.2 Dokumentgjennomgang

- Interne retningslinjer, rutinar og prosedyrar (oversendt frå kommunalsjef)
- Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2017-2020 (oversendt frå kommunalsjef)
- Handlingsplan psykisk helse 2006-2010 (oversendt frå kommunalsjef)
- Gjennomgang av tre anonymiserte, tilfeldig utvalde saksmapper i saksbehandlingssystemet

1.3.3 Vurdering av metode

Vi vurderte i planleggingsfasen å triangulere datamaterialet ved å innhente informasjon også frå brukarar. Dette ville gitt moglegheit til å sjå problemstillingane både frå tenesteytar og brukar sitt perspektiv. Å rekruttere informantar direkte frå brukargruppa vil vere tid- og ressurskrevjande. Det finst heller ikkje brukar- eller pårørandeorganisasjonar i geografisk nærheit. Vi har derfor brukt data frå intervju med tenesteytarane for i størst mogleg grad å få belyst dette perspektivet.

Dette revisjonsprosjektet ser på tenestene som Leirfjord kommune gir innbyggjarane. Vi går derfor ikkje direkte inn på samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetenesta ut over det som blir tatt opp av informantane i intervju.

Styringsdokumenta i kommunen skal vere politisk behandla og vedtekne og er på overordna nivå førande for tenestetilbodet. Det er ikkje noko krav om at interne rutiner eller regelverk skal vere politisk behandla eller vedtekne og revisor har ikkje gjennomgått kvar enkelt opp mot gjeldande lovverk.

Mapper i saksbehandlingssystemet gir uavhengig informasjon om kommunen på overordna nivå gir tenester som er i tråd med lovkrav og retningslinjer. Revisor fekk tilsendt tre anonymiserte journalar. Desse er ein del av analysegrunnlaget. Filene vart sletta straks analysen var gjort. Revisor si vurdering er at det totale datamaterialet gir eit godt grunnlag for å svare ut problemstillingane.

1.4 Uttalelse om rapport

Analysedelen vart sendt til faktasjekk til kommunalsjef og kommuneoverlege 16. juni 2023. Revisor fekk ikkje noko tilbakemelding på dette. Rapporten vart sendt kommunedirektøren for uttalelse med frist 6. november 2023. Revisjon Midt-Norge SA fekk e-post med kommentarar på rapporten frå einingsleiar og dei tilsette i ROP-tenesta innafor frist. Kommunedirektøren fekk direkte spørsmål om han vil gi eiga uttalelse, og svarfrist vart da utsett til 13. november 2023. Revisor fekk ikkje noko svar innafor frist og det er derfor e-post frå ROP-tenesta som ligg som uttalelse frå kommunen. Denne er vedlagt rapporten (vedlegg 2).

Uttalelsa peiker på fleire faktafeil. Kommentrane på kapittel 1.5.1, 1.5.3, 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4 er resultat både av sprik i informasjonen dei ulike informantane har gitt og uklare formuleringar frå revisor. Desse punkta er tydeleggjort i den endelege rapporten.

Rapporten er basert på dei opplysningane revisor hadde på det tidspunktet analysen vart gjort. Tilsettingsprosessen det blir vist til i kommentar på 1.5.2 var ikkje slutført på dette tidspunktet. 3.6.2 peiker på at det er starta opp pårørandegruppe på rus. Revisor hadde ikkje denne opplysninga da analysen vart skriven.

Faktafeil vist til på kommentar til 2.3.2 gjeld manglande datering på dokument. Revisor ikkje hadde tilgang til Compilo og fekk dokumenta som utskrift som ikkje er daterte. Denne opplysninga er lagt inn i den endelege rapporten.

Siste punkt i kommentar til kap. 2.3.2 og kommentar til 2.6 peiker på at det blir gitt opplæring gjennom utoverretta aktivitet og informasjonsdeling frå ROP-tenesta. Revisor sin analyse i dette kapittelet ser på overordna rutinar og planer i kommunen. Vi har ikkje fått tilsendt nokon dokumentasjon på at det finst, dette kapittelet står derfor uendra.

Kommentaren til 3.6.1 er ei understreking av at kommunen har ei formalisert tilbod for individuell plan. Tema i dette kapittelet er at kommunen gir tenester som er i tråd med intensjonen for individuell plan, men at saksbehandlinga ikkje alltid er i tråd med dei formelle rutinane. Punktet i anbefalinga er formulert slik at det no står at kommunen bør jobbe mot ei *ytterlegare* formalisering.

Uttalelsa ligg ved rapporten som vedlegg.

1.5 Bakgrunn

Per 2. kvartal 2023 hadde Leirfjord kommune 2317 innbyggjarar. Tal frå Statistisk Sentralbyrå (SSB)¹ viser at nærmare 75 prosent av innbyggjarane har vidaregåande skole som høgste fullførte utdanningsnivå, dei har i gjennomsnitt relativt låg inntekt og ein relativt høg andel av innbyggjarane er uføre og pensjonistar. Fleire barn i kommunen fell inn under kategorien «fattig». Tal frå Ungdata² viser at ungdom i Leirfjord ligg over landsgjennomsnittet på eigenrapportering av psykiske problem, men at dei ligg under landsgjennomsnittet i bruk av helsestasjon og kontakt med helsesjukepleiar.

1.5.1 Rusproblematikk og psykiske lidningar

Personane som er brukarar av dei kommunale tenestene retta mot personar med problematikk knytt til rus og/eller psykiske problem, er ei samansett gruppe. Med unntak av dei som er inne til samtale, men sjølv uttrykker dei ikkje vil ha noko vidare tilbod, har alle fått fatta vedtak om tenester frå kommunen.

Den store majoriteten av pasientane i Leirfjord har moderate eller milde symptombilde. For nokon dekker lågterskeltilboda dei behova dei har, andre får spesielt tilrettelagte tenester i tillegg. Den tyngste brukargruppa er personar med samtidig samansett problematikk knytt til rusmisbruk og psykisk sjukdom (ROP-lidingar³). Dette er brukarar som har vedtak om spesialiserte helsetenester, oftast frå både kommune- og spesialisthelsetenesta.

Bestillinga frå kontrollutvalet er å vurdere tenestetilbodet totalt sett og revisor har gjort dette utan å skilje på omfang eller kor alvorleg problematikken hos brukarane er.

I følgje dei tilsette som er med på å gi tenester til personar med denne problematikken, har Leirfjord rundt 80 brukarar. Av desse er det antatt at 10 personar slit med

¹ [Kommunefakta Leirfjord - SSB](#)

² [Finn Ungdata-tall for ungdomsskolekommunelen - Ungdata](#)

³ [Rus og psykiatri \(ROP-lidelse\) - NHI.no](#)

rusproblematikk og omlag 70 har problematikk knytt til psykisk helse. Fordi mange har ein dobbel problematikk, vil fordelinga mellom gruppene ikkje vere nøyaktig. Det vil sannsynlegvis også vere mørketal.

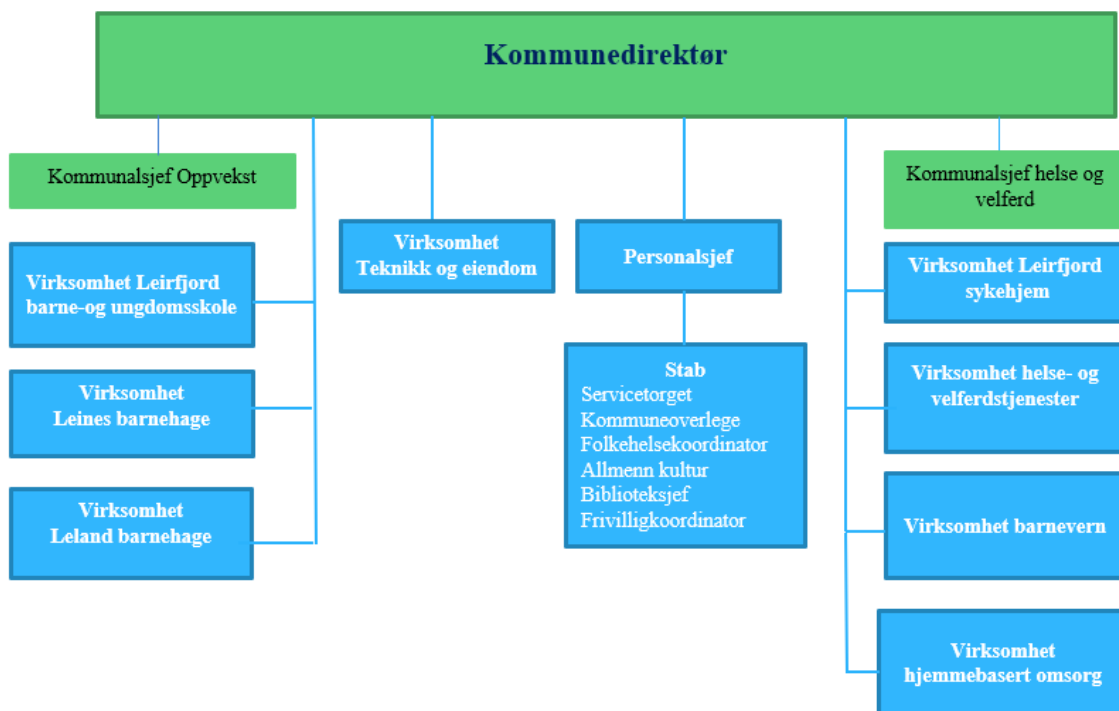
Nasjonale tal viser at raten i kommunar med færre enn 2500 innbyggjarar, har 20 personar med helseproblematikk knyta til rus og/eller psykiske lidningar⁴⁴. Overslaget på 80 brukarar i Leirfjord kommune viser ein sterk overrepresentasjon i forhold til dei nasjonale tala. Leirfjord har stort fokus på lågterskeltilbod for å nå fram til flest mogleg av innbyggjarane og dette vil spegle seg i brukartala.

1.5.2 Organisatorisk plassering av tenestetilbodet

Som vist i organisasjonskartet, ligg ansvaret for ROP-tenestene til kommunalsjef for helse og velferd. Verksemda har eigen leiar innafor tenesteområdet velferd. Det har i ein periode vore fleire personar inne i leiarstillinga og stillinga har også i periodar vore vakant. Kommunalsjef helse og velferd har da vore konstituert i funksjonen. På tidspunkt for datainnsamling var det ein tilsettingsprosess i gang og ny leiar starta i oktober 2023. Kommunen har i dag to stillingar innafor psykisk helse og ei innafor rusfeltet.

⁴⁴ [Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. \(helse-stavanger.no\)](https://helse-stavanger.no)

Administrativt organisasjonskart Leirfjord kommune



Figur 1. Organisasjonskart Leirfjord kommune

1.5.3 Innhold i tenestetilbudet frå ROP-tenesta

Leirfjord kommune gir i dag eit lågterskeltilbod der tenestene i høg grad blir utforma i samarbeid med pasienten. Kommunen driv i aukande grad oppsøkande aktivitet. Dei tilsette er ute i andre avdelingar, i eldrerådet og flyktingetenesta og deltar på psykisk helsedag for å informere om tenestene. Det blir også informert om tenestene på legekantoret. ROP-tenesta har utvikla brosjyrrar og det finst god informasjon om tilbodet på kommunens sine heimesider.

Ruskonsulenten ein halv dag per uke kontorstad på skolen, deltek på foreldremøta på skolen og har eit tett samarbeid med helsestasjonen. Delar av stillingsressursen er retta mot dei yngre innbyggjarane i kommunen.

Dei tilsette med fokusområde psykisk helse gir tenester retta mot vaksne og eldre. I enkelte tilfelle vil det bli avdekket at brukar har ein samansett problematikk med både rus og psykisk helse. Vedkommande kan da bli overført til ruskonsulenten. Dei har individuelle samtalar og deltar i fora der personar som potensielt har behov er samla.

Pasientane får tenester frå ulike instansar i kommunen, fastlege eller via NAV. Viktige oppgåver er å rettleie og å støtte brukarane i prosessen med å skaffe dei tenestene dei treng. Dette kan vere å få fast eller mellombels bustad, å få økonomiske ytingar, arbeidsretta rehabilitering og liknande. ROP har også i oppgåve å rettleie og å gi oppfølging i etterkant.

HALD-kommunane Herøy, Alstadhaug, Leirfjord og Dønna har etablert samarbeid med politiet og har ein eigen kontaktperson som arbeider tett med spesielt ruskonsulenten. Kommunane har også gått saman for å finansiere tilsetting av SLT-koordinator (samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggande tiltak). Dette er ei stilling som i stor grad vil rette innsatsen mot ungdom. Brukarar med mildare problematikk er knyt til BUP i Sandnessjøen, mens dei med tyngre problematikk får eventuelt tilbod frå spesialisthelsetenesta i BUP i Bodø eller Mosjøen.

Oasen psykiatriske dagsenter er eit lågterskeltilbod til pasientgruppa for personar med psykiske problem. Senteret var stengt i heile 2023. Dagsenteret er eit aktivitetstilbod meir enn eit behandlingstilbod og revisjonen vil ikkje sjå på denne aktiviteten.

Avhengig av omfanget på problematikken for brukar, vil eit samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetenesta vere nødvendig for å kunne gi eit forsvarleg tilbod. Spesialisthelsetenestetilbod som f.eks. distriktpsikiatriske senter (DPS), tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), NAV-kontoret og poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) ligg i Sandnessjøen. Denne rapporten inneheld ikkje dette data om dette tenestetilbodet ut over det som kom fram i intervjuet.

2 LOKALE SKRIFTLIGE RUTINAR OG RETNINGSLINJER

2.1 Problemstilling

Har kommunen skriftlege rutinar og retningslinjer for kva for tilbod som skal bli gitt og blir desse handheva?

2.2 Revisjonskriterier

Følgjande revisjonskriterium er utleia for denne problemstillinga:

- Det er laga styringsdokument for arbeidet med psykisk helse og rus
- Det er formulert skriftlege rutinar og retningslinjer for tilbodet som er konkrete og oppdaterte
- Retningslinjene og rutinane skal vere lett tilgjengeleg og kjent for dei tilsette innafor tenesteområdet
- Retningslinjer og rutinar skal liggje til grunn for utforming av tenesta

Utleiing av kriteria ligg i vedlegg 1.

2.3 Funn

2.3.1 Styringsdokument

Det vart i intervjuet spurt kva for styringsdokument som låg til grunn for dei tenestene som blir gitt. Det vart da vist til generelt lovverk, rettleiarar frå Helsedirektoratet og kommunen sine handlingsplanar for psykisk helse og for rus.

Ruspolitisk handlingsplan 2017-2020 og Psykiatriplan 2006-2010 er tilgjengeleg på kommunens heimeside. Dette er dei sist vedtekne planane. Ruskonsulenten fortalde at han i samarbeid med kommunedirektøren er i ferd med å oppdatere rusplanen og at denne skal vere ferdig i løpet av året. Revisor har ikkje opplysningar om arbeidet med ny psykiatriplan.

2.3.2 Skriftleggjorte retningslinjer og prosedyrar

Leirfjord kommune har samla alle prosedyrar, instruksar og rutinar i kvalitetssikringsprogrammet Compilo.

Desse dokumenta inneheld ei oversikt over ulike situasjonar der det kan vere aktuelt at kommunen skal gripe inn. Eksempel er formelle rutinebeskrivingar for journalføring i programmet Cosdoc og bruk av kartleggingsverktøyet Norse, organisering av samarbeid med andre kommunar, tiltak ved bekymringsmelding til barnevern eller risikovurderingar i samband med vald og truslar. Prosedyrane tar for seg formål, mål, omfang og aktivitet og det er definert kva for kompetanse som skal inn for å kunne gi dette rette tilbodet.

I tillegg er det satt opp konkret kven som har ansvar og også skal bidra til å løyse oppgåva. Tiltaka er definert i forhold til kven som er brukar, ved at det blir skilt på om tiltaka er retta mot barn, ungdom eller vaksne. Det blir vist både til ROP-tenesta, barnevern, heimetenesta, kommuneleinga og et samansett psykososialt team. Det blir også vist til kva for lovverk som gjeld for tilfellet og meldeskjema som skal fungere som ei sjekklister for at alle punkt er følgde opp. Her ligg også ei oversikt med kontaktinformasjon til alle aktuelle kontaktpersonar.

I intervju sa kommunalsjefen at han veit kor dei skriftlege retningslinjene ligg, men at han ikkje var sikker på kva konkret innhaldet er eller om dei kan fungere som ei tenestebeskriving. Også kommuneoverlegen sa det finst retningslinjer, men var ukjent med innhaldet og korleis dei blir brukt. Dei tilsette i ROP-tenesta var alle klare både på kor desse låg og det konkrete innhaldet i dei.

Både ansvars- og oppgåvefordelinga er tydeleg definert i rutinane. Fordeling og definering av myndigheit er likevel ikkje eksplisitt definert i eit eige punkt i dokumenta som ligg i Compilo.

I intervju svarte dei ROP-tilsette at dei visste kven som skulle delta i kva for oppgåver. Dei sa også at dei opplever fordeling av myndigheit som tydeleg. Nokon av dei personane vi intervju problematiserte at det for andre tilsette i kommunen ikkje framstår som like tydeleg kvar ansvaret ligg sjølv om det blir gitt mykje informasjonen om innhaldet i tenestene.

I alle dokumenta er det under definering av oppgåvene vist til lovverk og nasjonale retningslinjer. Dei ROP-tilsette har i høyringssvaret opplyst at dokumenta i Compilo er daterte. Revisor fekk frå konstituert kommunedirektør tilsendt dokumenta i form av utskrifter. Desse er ikkje daterte. Ut frå det materialet vi har hatt tilgjengeleg har det derfor ikkje vore mogleg å sjå om dokumenta er oppdaterte og i tråd med gjeldande lovverk.

2.3.3 Opplæring og informasjon om ROP-tenestene

Dei ROP-tilsette fortel at dei driv aktivt informasjonsarbeid om dei tenestene som finst, både internt i kommunen og ut mot aktuelle brukarar. Dette skjer blant anna via informasjonsbrosjyrar.

Revisor har bedt kommuneleiinga oversende skriftlege, overordna dokument eller planar for opplæring. Dette har vi ikkje fått tilsendt. Vi kan derfor ikkje seie om kommunen på sentralt nivå har nokon strategi for opplæring og korleis dette i tilfelle blir organisert.

2.3.4 Bruk av retningslinjer og rutinar

Det finst tilgjengelege skriftleggjorte retningslinjer og rutinar for korleis arbeidet skal bli tilrettelagt og gjennomført. Dei ROP-tilsette er opptatt av at tilbod og tenester er frivillige og at den beste måten å sikre at det fungerer for brukar, er at dei sjølv aktivt er med på å utforme kva tilbodet skal vere.

Det blir i intervju med ROP-tilsette fortalt at enkelte punkt som ligg i interne rutinar blir opplevd som formelle og tungvinte. Eit eksempel er alle dei formelle krava som ligg i individuell plan. Dei tilsette kommuniserer derfor uformelt for å finne effektive løysningar utan nødvendigvis å forhalda seg til byråkratiske reglar og rutinar.

2.4 Vurderingar

Kommunen har ein ruspolitisk handlingsplan gjeldande for 2011-2014 og psykiatriplan gjeldande for 2006-2010. Desse er ikkje oppdaterte og er heller ikkje politisk behandla eller vedtatt. Revisor vurderer derfor at det ikkje fins gjeldande styringsdokument for arbeidet med psykisk helse og rus.

Kommunen var på revisjonstidspunktet i gang med å revidere den ruspolitiske handlingsplanen. Revisor fekk ikkje informasjon om at eit liknande arbeid var i gang med psykiatriplanen.

Kommunen har formulert skriftlege rutinar og retningslinjer for tilbodet som er konkrete. Desse dokumenta ligg lett tilgjengeleg i kvalitetssikringssystem og Compilo, men er ikkje daterte.

Retningslinjene beskriv konkret kva for tiltak som skal bli satt inn i bestemte situasjonar og kven som har ansvar for å løyse dei enkelte oppgåvene. Fordeling og definering av myndigheit er ikkje eksplisitt uttrykt. Revisor har ikkje sett på interne rutinar og retningslinjer opp mot nasjonalt gjeldande lovverk. Fordi dokumenta er ikkje daterte, ville dette ha vore vanskeleg å gjennomføre ei slik vurdering.

Retningslinjene og rutinane er lett tilgjengelege og er kjent for dei tilsette innafor ROP-tenesta. Revisor har ikkje sett dokumentasjon på at det har eller blir gitt opplæring eller informasjon til andre tilsette.

Manglande kunnskap i organisasjonen vil kunne føre til at færre potensielle brukarar blir orientert om det eksisterande tilbodet. Små forhold og tett, uformell kontakt mellom ROP-tenesta, andre kommunale tenesteytarar og fastlegane gjer at tilboda likevel er godt kjente.

Føringar gitt i interne retningslinjer og rutinar blir ikkje alltid vidareført i tiltak som blir satt inn.

Tenestetilbodet er i høg grad brukarstyrt og blir individuelt tilpassa ut frå dei tilsette si vurdering av kva for behov brukar har. Dei formelle føringane blir i enkelte tilfelle sett til side ved å finne uformelle løysningar.

2.5 Konklusjon

Revisor konkluderer med at kommunen har utarbeida styringsdokument, men at desse ikkje lenger er gjeldande. Kommunen har skriftlege rutinar og retningslinjer for kva for tilbod som skal bli gitt.

Desse er godt kjent blant dei ROP-tilsette, men i mindre grad for andre tilsette i kommunen. Utarbeiding av tenestetilbodet skjer i tett dialog med brukar. ROP-tilsette sett saman eit tilbod som er individuelt tilpassa utfordringane til den enkelte brukar. Rutinane blir berre til ein viss grad handheva. I enkelte tilfelle blir dei formelle føringane opplevd som for formelle og lite fleksible og dei tilsette finn da gjennom uformell kommunikasjon fram til alternative løysningar.

2.6 Anbefalingar

Kommunen bør:

- Utarbeide oppdaterte styringsdokument for psykiatri og ruspolitikk
- Definere og tydeleggjere fordeling av myndigheit i dei skriftlege rutinane og retningslinjene
- Gjere rutinar og regelverk kjent i heile organisasjonen
- Sikre tilstrekkeleg informasjon og opplæring om ROP-tenestene

3 TILBOD I TRÅD MED GJELDANDE LOV OG REGELVERK

3.1 Problemstilling

Gir kommunen eit tilbod som er i tråd med gjeldande lov og regelverk?

3.2 Revisjonskriterier

Følgande revisjonskriterier er utleia for denne problemstillinga:

- Lovfesta krav til fagkompetanse er oppfylt
- Alle brukarar som ber om og har krav på individuell plan, får tilbod om individuell plan
- Det blir utpekt koordinator som har ansvar for planarbeidet for den enkelte brukar
- Det er utvikla tilbod tilpassa dei ulike behova den samansette brukargruppa har
- Det er etablert system for brukarmedverknad frå brukar, pårørande og frå interesseorganisasjonar

Utleiing av kriterium finst i vedlegg 1.

3.3 Funn

3.3.1 Kompetansekrav

ROP-tenesta har i dag tre stillingar. Den eine tilsette med ansvar for området psykisk helse er sosionom, den andre er utdanna sjukepleiar. Begge desse har vidareutdanning innafør feltet. Ruskoordinatoren er pedagog med vidareutdanning innafør psykisk helse.

Konstituert leiar av helsestasjonen er sjukepleiar som skal ta vidareutdanning som helsesjukepleiar. Vedkommande har lang erfaring frå feltet og vil etter fullført utdanning fylla dei formelle krava til stillinga. Også politikontakten er spesielt skolert for å ha den sentrale rolla i det oppsøkande, forebyggande arbeidet dei gjer saman med kommunen.

3.3.2 Kompetanseutvikling

Alle vi intervjuar sa at det frå kommuneleiinga si side blir oppfordra til og så langt som mogleg lagt til rette for kompetanseheving gjennom finansiering. Det vart samtidig sagt at generell mangel på personalressursar gjer at frávær er vanskeleg, noko som igjen gjer det vanskeleg å prioritere å sette av tid til kompetanseheving.

Kollegarettleiing frå VOP (vaksenpsykiatrisk poliklinikk) i Sandnessjøen, kursing og intern støtte i kollegiet vart i intervjuar nemnt som viktig for å kunne drive tenesta på ein god måte. Det vart i fleire intervjuar sagt at sjukefrávær i VOP har gjort at ROP-tenesta har vore utan rettleiing i ein lengre periode og at dei har sakna moglegheita til å diskutere case på tvers av kommunane, ikkje berre innafor kollegiet. Dei understreka at ein slik situasjon over tid vil vere hemmande for fagleg utvikling.

Både kommuneoverlegane og fastlegane har eit fast fagleg forum der dei kan drive både erfarings- og informasjonsutveksling. Ein liten del av kommuneoverlegestillinga går til rettleiing av fastlegane i kommunen. For dei ROP-tilsette er det VOP-rettleiing og konferansar eller kurs som er fagleg møtearena. Det ser ikkje ut til å eksistere nokon faste fora for samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetenesta verken på generelt nivå eller for enkeltpasientar.

3.3.3 Tilgang på fagkompetanse

Det er tilsett fagpersonar i alle dei tre stillingane i ROP-tenesta. Det vart i fleire intervjuar nemnt at det manglar kompetente fagfolk i andre sentrale funksjonar. Leirfjord har i ein lengre periode mangla kommunepsykolog. Det har vore skjerna lønnsmiddel til stillinga i fleire år, men det har ikkje vore kompetente søkjarar.

Helsesjukepleiar fortel at mangel på folk, sjukmelding eller permisjonar gjer at dei i periodar har vore nøydt til å prioritere kva for oppgåver dei skal løyse. Dette har gitt grunnlag for bekymring over at ikkje alle pålagte oppgåver blir gjennomført og om kvaliteten på dei tenestene som faktisk blir gitt er gode nok. I ein slik situasjon kan det vere at det førebyggjande arbeidet dei har i samarbeid med ROP-tenesta har blitt nedprioritert.

ROP-tenesta har i fleire periodar vore utan leiar. Kommunalsjef har i desse periodane vore konstituert i rolla. Alle vi intervjuar problematiserte at arbeidet med denne

brukargruppa over lang tid har mangla ein langtidsplan og tydeleg strategi, og at arbeidet derfor kan bli utan kontinuitet. Manglande føringar har ført til at dei tilsette i stor grad har utforma innhaldet i stillingane og tilbodet sjølv.

3.3.4 Formelle vedtak og individuell plan

Individuell plan (IP) er ein lovfesta rett for personar som har tenester der fleire ulike instansar samarbeider om å gi tilbodet. Innhaldet i den individuelle planen er basert på vedtaket kommunen har fatta for vedkommande. Brukar må sjølv ta initiativ til at ein slik plan blir utarbeida. Individuell plan skal ifølgje lova peike ut ei koordinerande eining og ein koordinator slik at ein person har full oversikt og kontroll over at tildelte tenester faktisk blir gitt.

Det blir i alle intervjua sagt at det i kommunen generelt blir utarbeida IP for alle som fyller krav og ber kommunen om å få individuell plan. Revisor fekk i eit intervju opplyst at ingen av ROP-brukarane på revisjonstidspunktet hadde det som i lova er definert som IP, men at ein var under planlegging. Det faktiske tilbodet som blir gitt til ROP-brukarane er bygd opp på same prinsipp som IP. Tilbodet er individuelt tilpassa brukar sine behov og den ROP-tilsette tar rolla som koordinator. Det blir også satt saman ansvarsgrupper for alle pasientane.

Det blir fatta vedtak for alle brukar som ber om å få tilbod ut over eksempelvis enkeltstående samtaler. Revisor har fått tilsendt tre anonymiserte og tilfeldig valde vedtak. Alle er gjort i tråd med formelle krav til innhald.

Kommunedirektøren fortel at Leirfjord dei siste åra på generell basis har jobba aktivt med skriftleggjing, korrekt journalføring og arkivering. Målet er at alle aktuelle tenester skal ha tilgang på informasjon om den enkelte brukar slik at det blir lettare å sy saman gode tilbod gitt frå fleire ulike instansar. Journalane er likevel lukka for innsyn frå andre enn ROP-tenesta, men kan bli delt etter samtykke frå brukar.

3.3.5 Omfang av bruk av individuell plan

Revisor har bedt om ei oversikt over bruken av IP både i kommunen generelt og for ROP-brukarane spesielt, men har ikkje fått oversendt dette. Det finst derfor ikkje noko talmessig grunnlag for å si i kor stor grad IP blir brukt i kommunen.

Både kommunalsjef og kommuneoverlege seier i intervju at kommunene på generell basis har for mange med IP og at dei har som ein del av internkontrollen har mål å få betre oversikt over omfang på tenester som blir gitt. Alle tenesteytarane, inkludert ROP-tenesta, er bedt om å gå gjennom eksisterande vedtak og planar og eventuelt avslutte dei der behov ikkje lenger finst.

3.3.6 Oppnemning av koordinerande eining og koordinator

Søknad om IP blir behandla og innvilga eller avslått av koordinerande eining i kommunen. Her sitt kommuneoverlege, kommunefysioterapeut og leiar for verksemda innfor pleie og omsorg, helse og velferd og for sjukeheim. I dei tilfella IP blir innvilga, er det denne gruppa som skal peike ut koordinator.

Revisor blir frå alle informantane fortalt at dei ROP-tilsette ofte sjølv tar rolla som koordinator og sett saman ansvarsgrupper eller utarbeider opplegg basert på kva for behov brukar har. Kommunikasjon på tvers av tenestene fungerer utan at formelle føringar blir lagt til grunn for utforminga. I fleire av intervjua blir det sagt at brukarane gjennom denne arbeidsmåten får eit individuelt tilpassa tilbod og at dette var meir effektivt enn å bruke ressursar på formelt å søke om og eventuelt utarbeide ein IP.

Kommuneleiinga har plan om å opprette eit tenestekontor som skal gjere forarbeidet for koordinerande eining. Tenestekontoret skal ha ansvaret for å saksbehandle søknadane og foreslå tiltak som for eksempel tildeling av hjelpemiddel eller tenester. Kommuneleiinga sa i intervju at det vil vere klokt å ha ein instans som har litt avstand til tenestene.

Dei ROP-tilsette stilte seg i intervjua negativ til tanken om å opprette eit tenestekontor. Her vart det sagt at ein slik instans på systemnivå vil «sile» brukarane utan å ha eit godt nok bilde av totalsituasjonen til den enkelte. Det vart argumentert for at det vil vere enklare å utforme eit individuelt tilpassa tilbod om ROP sjølv gjer kartlegginga.

Alle dei ROP-tilsette sa i intervjuet at eit tenestekontor vil kunne bli så distansert at det kan sette det uttalte målet om å gi lågterskeltilbod i fare.

3.3.7 Brukarmedverknad

I «Kvalitetsforskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator» blir det stilt krav til brukarmedverknad. Dei tilsette i ROP-tenesta fortel i intervjuet at brukarane blir invitert til å vere aktivt med i utforming av sine tenester. Det blir fatta vedtak i alle saker og desse blir av dei ROP-tilsette definert som ei avtale mellom brukar og kommune. Ved eventuell ueinigheit mellom brukar og kommunen, vil vedtaket legge grunnlag for diskusjon.

Leirfjord kommune har tatt i bruk kartleggingsverktøyet Norse. Her er det pasienten sjølv som svarer på spørsmål. Svarene gir saksbehandlar eit inntrykk av både innhald og omfang av problematikken. Dette vil vere ein del av grunnlaget for utforming av eit opplegg som i stor grad er styrt av brukaren sjølv.

Kommunalsjef fortalde at det har blitt gjort fleire forsøk på å få til eit samarbeid mellom interesseorganisasjonar, frivillige aktørar og kommunen, men at dette ikkje har lykkast. Det vart opplyst at det på intervjuetidspunktet ikkje var nokon interesseorganisasjonar i området og det er ikkje gjort noko brukarundersøkingar i nyare tid, men alle personane vi intervjuet sa dei hadde inntrykk av at brukarane var fornøgde med det tilbodet dei får.

3.4 Vurderingar

Lovfesta krav til fagkompetanse er delvis oppfylt. Det er planar om å auke kompetansen, og kommunen legg til rette for kompetanseauke gjennom økonomisk støtte og tilpassing.

Kommunen har utfordringar med å rekruttere fagkompetanse til fleire stillingar. Også samarbeidspartnarane til kommunen har hatt ledige stillingar, noko som også går ut over kompetansebygginga i Leirfjord. Manglande kompetente søkarar er ikkje noko som er unikt for Leirfjord, men ei utfordring over heile Noreg.

Det var på intervjutidspunktet ingen ROP-brukarar i Leirfjord som har individuell plan. Samtidig seier informantane at brukarar som spør om individuell plan, får dette. Revisor har ikkje kjennskap til om det er noverande brukarar som har bedt om plan eller har krav på det. Revisor kan derfor ikkje seie at det er nokon som burde hatt plan, men som ikkje har det.

Det er sprik i intervjuet om omfang av bruken av IP. Det at kommuneleiinga seier det er for mange og dei ROP-tilsette ser ut til å meine at det finst betre alternativ å forme tilboda på enn ved å ta i bruk slike avtalar, kan tyde på at denne måten å utforme tenestetilbodet på ikkje er spesielt vanleg og kanskje heller ikkje spesielt ønskeleg i kommunen. Kommunen har plikt til å sørge for at pasientar og brukarar får oppfylt retten til individuell plan⁵. Kommunen bør derfor i større grad enn i dag, arbeide målretta for å sikre at dei brukarane som har rett på individuell plan, får det.

Tilsette i ROP-teneste tar ansvar for å vere koordinator med ansvar for planarbeidet for den enkelte brukar.

Det er ei uformell tildeling av ansvar, men låge tersklar og tett kontakt mellom dei tilsette sikrar at alle brukarar følges opp.

Tenestene og tilbodet er tilpassa behovet til den enkelte brukar, og utarbeidast i tett samarbeid med brukarane.

ROP-tenesta har tatt i bruk kartleggingsverktøyet Norse, noko som i stor grad bidrar til at brukarane også får moglegheit til å gi uttrykk for korleis dei opplever tilbodet. Tilpassing av tilbodet skjer både gjennom dialog med brukar, andre tilsette og gjennom tilbakemeldingane i Norse.

⁵ Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet

Det er etablert eit system for brukarmedverknad frå brukar gjennom verktøyet Norse. Det er ikkje etablert system for brukarmedverknad frå pårørande og interesseorganisasjonar.

Kommunen har ikkje gjennomført brukarundersøkingar på eit overordna nivå, men får tilbakemeldingar frå den enkelte brukar i Norse. Kommunalsjefen fortel at dei har forsøkt å etablere brukar-/pårørandeutval. Dette har ikkje latt seg gjere fordi dei ikkje får rekruttert nokon til å delta i dette arbeidet.

3.5 Konklusjon

Revisor konkluderer med at kommunen i hovudsak gir eit tilbod som er i tråd med gjeldande lov og regelverk. Leirfjord kommune, i likskap med mange andre norske kommunar, slit med å rekruttere til kompetansestillingar. Kommunen har gjort tiltak for å leggje til rette for kompetanseutvikling i eigen organisasjon. Tilbodet i ROP-tenesta er tilpassa brukarane. Brukarane har ulike behov og dei tilsette tilpassar tilbodet så fort som mogleg.

Det kan sjå ut til at hovudutfordringa ikkje er økonomiske ressursar, men tilgang på fagkompetanse. Det har over lang tid mangla kompetente søkjarar på utlyste stillingar. Leirfjord har i fleire år hatt lønnsmiddel, men ikkje klart å rekruttere kommunepsykolog. Kommunen bryt dermed på dette punktet om å gi eit lovpålagt helsetilbod.

Manglande styringsverktøy kan tyde på at det er lite bevisstheit rundt ROP-tenesta, noko som igjen kan føre til at tenesteområdet blir mindre synleg og dermed kan bli nedprioritert i periodar der kommunen har lite ressursar. Det vil heller ikkje vere tydeleg for tilsette eller publikum kva kommunen faktisk har forplikta seg til å gi av tenester.

Erfarne tilsette sett kommunen i stand til å gi gode tenester til ROP-brukarane, dei manglande formelle rammene til tross.

3.6 Anbefalingar

Kommunen bør:

- Ytterlegare formalisere arbeidet med individuell plan
- Vurdere behov for å etablere system for brukarmedverknad frå pårørande og interesseorganisasjonar

4 INTERNT OG EKSTERNT SAMARBEID

4.1 Problemstilling

Gir kommunen eit tilbod der samarbeid mellom dei ulike tenesteytarane er koordinerte?

4.2 Revisjonskriterier

Følgjande revisjonskriterium er utleia for denne problemstillinga:

- Kommunen har skriftleg avtale som beskriv innhaldet i samarbeidet med dei eksterne samarbeidspartnarane
- Kommunen har skriftleg avtale som beskriv innhaldet i samarbeidet mellom tenesteytarar internt i kommunen
- Det er etablert ein arena for samhandling både internt og opp mot dei eksterne samarbeidspartnarane for informasjonsutveksling i forhold til oppfølging og behandling
- Kommunen har som ein del av internkontrollen eit kvalitets-/styringssystem som gjer at sårbarheit ved samhandling og samarbeid blir fanga opp

Utleiing av kriterium finst i vedlegg 1.

4.3 Funn

4.3.1 Skriftlege samarbeidsavtaler med eksterne

Målet med Samhandlingsreformen er at fleire tenester skal bli flytta frå spesialisthelsetenesta til kommunen pasient eller brukar bor i. Det er eit krav om ein skriftleg samarbeidsavtale mellom kommunen og helseføretaket (HF) i sin region.

Dåverande kommunalsjef seier Helgelandskommunane brukte tid på å forhandle avtalen med HF. Revisor har bedt om å få tilsendt den skriftlege avtalen, men Leirfjord har i følgje dåverande kommunedirektør ikkje nokon skriftleg avtale verken med fylket eller andre tenesteytarar.

HALD-kommunane har som tidlegare sagt eit tett samarbeid med politiet i regionen og rammene for samarbeidet er gjort skriftleg. Tilsetting av SLT-konsulent vil også vere eit spleiselag mellom dei fire kommunane og dermed avtaleregulert.

Alle vi intervjuja fortalde at det blir stadig vanskelegare å få sendt brukarane til spesialisthelsetenesta. Det er lang ventetid og problem som tidlegare kvalifiserte for å få eit tilbod frå spesialisthelsetenesta, gir ikkje lenger nødvendigvis rett på same hjelp. Både knappe ressursar og strengare krav blir trekt fram som potensielle forklaringar.

Mangel på hjelp frå spesialisthelsetenesta vil prege dei kommunale tenestene. Kommuneoverlegen sa blant anna at fastlegane i ein del tilfelle treng hjelp til å gjere ei fagleg kartlegging av symptombilde. Utan den kunnskapen ei slik kartlegging vil gi, er det vanskelegare å utforme gode tilbod i heimkommunen.

I dei tilfella der brukar får innvilga tilbod frå spesialisthelsetenesta, seier dei tilsette at samarbeidet stort sett har fungert bra. Manglande kommunikasjon blir trekt fram i dei tilfella der det ikkje har fungert. Informasjon om innhald i behandlingstilbod, tidsperspektiv og framdriftsplan kan gjere kommunen i stand til å leggje til rette for å planleggje det kommunale tenestetilbodet vidare. Det kjem fram i intervjuja at dette har fungerte betre for brukarar med rusproblematikk enn innafor psykiatri fordi den første brukargruppa i større grad sjølv gir informasjon.

4.3.2 Fagleg samarbeid internt i kommunen

Revisor spurte om det eksisterte nokon skriftlege avtaler for samarbeidet mellom dei ulike tenesteytarane internt i kommunen. Alle fortalde da at forholda i kommunen er så små at alle dei tilsette kjenner kvarandre og at dei gjennom samtaler finn løysningar som er til det beste for alle involverte partar. Det er ikkje formelle avtalar, men uformelle samtaler, som ligg til grunn for organisering av det samla tilbodet som blir gitt.

Det kom fram i intervjuja at ROP-tenesta og kommuneoverlege ikkje har nokon tett kommunikasjon. Kommuneoverlegen fortalde at han er i gang med å utarbeide eit årshjul med blant anna regelmessige statusmøte for å sikre tettare kontakt. Det har tidlegare ikkje eksistert faste, regelmessige møtepunkt som kan fungere som ei form for utsjekk på det tilbodet som blir gitt. Dokumentet er verken diskutert mellom dei

aktuelle partane eller politisk diskutert eller vedtatt. Revisor har bedt om å få det tilsendt, men det er ikkje mottatt.

4.3.3 Faglege samhandlingsarenaer

Legane har etablerte, regelmessige møte for kunnskapsdeling og rettleiing internt i kommunen. I tillegg er det etablert eit kommuneoverlegeforum på Helgeland.

ROP har regelmessig kollegarettleiing og rettleiing med VOP (vaksenpsykiatrisk poliklinikk) i Sandnessjøen. Møta med VOP har i ein lengre periode på grunn av sjukefråvær ikkje vore så regelmessig som den skal. Dei tilsette fortel dei har ein fast årleg fagkonferanse alle har tilbod om å dra på. Dette gir viktig fagpåfyll og moglegheit til å etablere kontaktnett på tvers av kommunegrensene. Dei tilsette fortel at ikkje er etablert nokon arenaer kor kommunen og samarbeidspartnarar kan diskutere eksempelvis utforming av tilbod, brukarane sine behov eller liknande. Ofte vil informasjon bli utveksla uformelt, men dette vil variere både i forhold til situasjon og kven som er inne i dei aktuelle sakene.

4.3.4 Internkontroll og kvalitetssikring

Kommunedirektør sitt spesielle ansvar for internkontroll og rapporteringsplikt til kommunestyret vart tydeleggjort i kommunelova i 2020. Kommunen har gått til innkjøp av systemet Samsvar og dette er ein sentral del av jobbinga med internkontroll. Avvik blir lagt inn i kvalitetssystemet Compilo, det same systemet som rutinar, prosedyrar og retningslinjer for ROP-tenesta ligg.

Kommuneleiinga er opptatt av at det skal bli gitt opplæring slik at avvik blir meldt og at avvik skal bli følgde opp. Alle vi intervjuar sa dei visste korleis dei skal melde avvik. Dei fleste sa samtidig at det sannsynlegvis blir lagt inn færre avvik enn det burde. Unntaket er helsestasjonen. Her blir alle avvik frå planar, for eksempel om rutinemessig heimebesøk eller seksvekerskontroll ikkje blir gjennomført i tide, meldt inn.

Alle informantane sa at avvikshandteringa per i dag ikkje fungerer godt nok. Det er i utgangspunktet nærmaste leiar som skal handtere avvik. ROP-tenesta har i lange

periodar mangla leiar og det er ikkje etablert noko godt system for kven som skal fange opp og løyse dei meldingane som kjem. Det vart av fleire også sagt at manglande ansvarsfordeling og -plassering kan vere ei forklaring.

Kommunedirektøren fortalde at det eksisterer ikkje nokon samarbeidsarena med brukar- og interesseorganisasjonar og det finst heller ikkje nokon brukarundersøkingar gjer at det ikkje er mogleg å få kvalitetssikring eller -kontroll på denne måten.

Vi har sett på årsmeldingar dei seinare år og ser at tenestetilbodet til denne brukargruppa i liten grad er omtalt.

4.4 Vurderingar

Kommunen har ikkje skriftlege avtalar som beskriv innhaldet i samarbeidet med eksterne samarbeidspartnarar.

Kommunane har sjølv aleine eller saman med andre ansvar for å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseføretaket. Helgelandskommunane forhandla med Helgelandssjukehuset, men det finst ikkje nokon skriftleg avtale som regulerer samarbeidet mellom Leirfjord og Helgelandssjukehuset.

Kommunen har ikkje skriftlege avtalar som beskriv innhaldet i samarbeidet med tenesteytarar internt i kommunen.

Kommunikasjonen internt i kommunen er ofte uformell og det blir i enkelte tilfelle satt saman individuelt tilpassa tilbod som ikkje alltid er i tråd med dei formelle retningslinjene.

Det er etablert samhandlingsarenaer opp mot dei eksterne samarbeidspartnarane for kompetanseutvikling.

Både legane og ROP-tenesta har fast etablerte faglege møtepunkt både internt og eksternt. Den eksterne kontakten har på grunna av sjukefråvær i ein periode vore

mindre regelmessige enn ønska for dei ROP-tilsette. Det har vore arenaer for kompetansebygging, men ikkje arenaer kor ein kan diskutere eksempelvis utforming av tilbod, brukarane sine behov og liknande.

Det er ikkje etablert nokon samhandlingsarenaer opp mot dei eksterne samarbeidspartnarane for informasjonsutveksling.

Kommunen har ikkje nokon rutinemessig kontakt med eksterne samarbeidspartnarar i samband med utskrivning av pasientar, avklaring av behov eller planlegging av ettervern. Informasjon vil i ein del tilfelle kunne bli delt, men det vil vere person- og situasjonsavhengig av om det skjer eller ikkje.

Det er etablert uformelle ein arenaer for samhandling internt, for informasjonsutveksling i forhold til oppfølging og behandling.

Det er kultur for at dei tilsette har uformell kommunikasjon for å finne løysningar eller utveksle informasjon og kunnskap. Dei tilsette opplever at denne arbeidsforma er meir effektiv og vil skape betre tilbod for brukarane. For den enkelte brukar skjer samhandling gjennom ansvarsgrupper, men det er ikkje etablert nokon samhandlingsarena på overordna nivå.

Kommunen har ikkje eit kvalitets-/styringssystem som gjer at sårbarheit ved samhandling og samarbeid blir fanga opp.

Dialogen mellom enkelttilsette og mellom ulike einingar i kommunen er lite formalisert. Det har i fleire år vore lite kommunikasjon mellom ROP-tenesta, kommuneleiinga og kommunelege. Kommuneoverlegen har satt i gang arbeid med eit årshjul som skal sikre kommunikasjon som både gir informasjonsutveksling, oversikt og dermed kontroll på kvalitet på arbeidet.

4.5 Konklusjon

Det er revisor si vurdering at kommunen berre delvis gir eit tilbod der samarbeid mellom dei ulike tenesteytarane er koordinerte. Denne konklusjonen byggjar på at det ikkje finst samarbeidsavtalar verken internt i kommunen eller med eksterne. Det finst etablerte arenaer for kompetansebygging, men det er ikkje etablert samarbeid som ser på for eksempel utforming av ettervern. Internt i kommunen er det etablert uformelle interne arenaer for slikt samarbeid. Kommunen har heller ikkje eit kvalitets- eller styringssystem som gjer at sårbarheiter ved samhandling og samarbeid blir fanga opp.

4.6 Anbefalingar

Kommunen bør:

- Utforme skriftlege avtaler for samarbeid
- Etablere ein arena for samhandling
- Etablere internkontroll som bidrar til å sikre at samarbeid og samhandling fungerer

KJELDER

Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov 18.12.2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)

Prop.91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Forskrift 16.12.2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Forskrift 20.12.2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskriften)

Veileder (2021) *Internkontroll i kommunesektoren*, Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Henta frå [veilder-internkontroll_desember-20212.pdf \(regjeringen.no\)](#)

Veileder (2014) *Saman om mestring*, Helsedirektoratet. Henta frå [Lokalt psykisk helse- og rusarbeid - Helsedirektoratet](#)

Veileder (2018) «Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#)

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om kontrollutvalg og revisjon (§15) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 (1. og 2. ledd) gir kommunene ansvar for å yte helse- og omsorgstenester til innbyggerne med psykiske lidelser og rusproblem. I det følgende kapittelet presenterer vi aktuelle kriterium for den enkelte problemstilling.

Hovudproblemstilling i kapittel 2 er:

«Har kommunen skriftlege rutinar og retningslinjer for kva for tilbod som skal bli gitt og blir desse handheva?»

Følgjande revisjonskriterium er utleia for denne problemstillinga:

- Det er laga styringsdokument for arbeidet med psykisk helse og rus
- Det er formulert skriftlege rutinar og retningslinjer for tilbodet som er konkrete, oppdaterte og i tråd med gjeldande lov og regelverk
- Retningslinjene og rutinane skal vere lett tilgjengeleg og kjent for dei tilsette innafør tenestområdet
- Retningslinjer og rutinar skal liggje til grunn for utforming av tenesta

Skriftlege og oppdaterte rutinar, prosedyrar og styringsdokument

Samhandlingsreforma vart iverksett i 2012. Målet for reforma var å utvikle heilskaplege pasientforløp, betre førebygging, auke brukarmedverknad og å sikre ei berekraftig utvikling. Helse- og omsorgstenestelova vart gjeldande da reforma vart innført. Lova seier at kommunen har plikt til å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda, slik at omfang og innhald i tenesta er i samsvar med krav som ligg i gjeldande lov eller forskrift.

I forskrifta «Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» § 3, står at kommunen er pålagt å utarbeide skriftlege prosedyrar som er i tråd med relevante regelverk, retningslinjer og rettleiarar. Tenesteapparat og tenesteytarane skal ut frå desse kontinuerleg arbeide med mål om å gi brukar dei tenestene vedkommande har behov for til rett tid. Rutinar eller prosedyrar bør også inkludere samarbeidet med ideelle og frivillige organisasjonar. Det står også at god samhandling krev at kommunane har oversikt over frivillige og ideelle aktørar både lokalt og regionalt, og at frivillige tiltak blir inkludert i kommunen sine handlingsplanar for psykiatri, rusmiddelpolitikk og anna relevant planverk.

I Leirfjord kommunes planstrategi for perioden 2020-2024 skal kommunedelplan Helse og omsorg, som inkluderer smittevernplan, ruspolitisk handlingsplan og psykiatriplan startas opp i 2021. I lokale planverk og styringsdokument vil det vere naturleg å ha med ei oversikt over kva for tenester som skal bli gitt, kva tenestene skal innehalde og kven som har ansvaret for desse. For Leirfjord kommune er handlingsplan for ruspolitikk og handlingsplan for psykisk helse dei aktuelle styringsdokumenta. Dei sist vedtekne planane var ikkje lenger gjeldande på det tidspunktet revisjonen vart gjort, men er likevel aktuelle styringsdokument gjennomgangen av tenestetilbodet innafor området rus og psykisk helse.

Sentralt i arbeidet med interne rutinar og retningslinjer er å utforme ein god strategi for å spreie kunnskap og informasjon til heile organisasjonen om den planlagde aktiviteten i verksemda. I lovforarbeida til den nye kommunelova, går det fram at rutinar må gjerast kjende og vere tilgjengelege (Internkontroll i kommunesektoren, KMD). Kunnskapsoverføring kan skje gjennom kursing og rettleiing, etablering av fora som har regelmessige samlingar og at informasjonen er lett tilgjengeleg.

Hovudproblemstillinga i kapittel 3 er:

«Gir kommunen eit tilbod som er i tråd med gjeldande lov og regelverk?»

Følgjande revisjonskriterium er utarbeida for denne problemstillinga:

- Lovfesta krav til fagkompetanse er oppfylt
- Alle brukarar som ber om og har krav på individuell plan, får tilbod om individuell plan
- Det blir utpekt koordinator som har ansvar for planarbeidet for den enkelte brukar
- Det er utvikla tilbod tilpassa dei ulike behova den samansette brukargruppa har
- Det er etablert system for brukarmedverknad frå brukar, pårørande og frå interesseorganisasjonar

Kompetansekrav

ROP-pasientar har ofte samansette sjukdomsbilde. I Helse- og omsorgstenestelova står eit eksplisitt kompetansekrav i forhold til dei arbeidsoppgåvene dei tilsette skal løyse. For tenester innafor psykisk helse og rusomsorg, heiter det i kvalitetsrettleiaren at det er viktig å sikre at personell med beslutningskompetanse for å tildele tenester alltid er tilgjengeleg i kommunen. Det er mellom anna krav til at den enkelte kommune skal ha ei rådgivande eining i forhold til rus, det skal vere tilsett kommunepsykolog og det blir trekt fram at fastlegane er sentral i arbeidet.

I § 6-9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene og opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006, ligg krav til at kommunens verksemd skal bli planlagt, gjennomført evaluert og korrigert i tråd med desse. Dette kan blant anna skje ved å sørge for at medarbeidarar i verksemda har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet. I dei tilfella der kommunen ikkje kan fylle kompetansekrav, må det anten bli rekruttere personar som har rett kompetanse eller det må bli gitt tilbod om etter- og vidareutdanning til dei tilsette.

Pasientar og brukarar med behov for eit langvarig og koordinert tenestetilbod har i følgje Helse- og omsorgstenestelova rett på eit individuelt tilpassa opplegg for desse tenestene, ein såkalla individuell plan (IP). Krav for å ha rett på IP er at behovet har en viss varighet. Med «koordinerte tjenester» menes at behovet må gjelde to eller flere helse- og omsorgstjenester. Det kan vere tenester frå ulike instansar i kommunen eller frå kommune og spesialisthelsetenesta. Det sentrale er at innhald og omfang blir tilpassa behova til den enkelte pasient eller bruker og at det er samanheng i det totale tenestetilbodet pasienten får. Brukar har sjølv ansvaret for å be om å få utarbeida IP og kommunen må på eget initiativ gjøre ei vurdering av om en person har rett til å få eit slikt tilbod.

Rettleiaren «Sammen om mestring – 2014 (IS-2076)» frå Helsedirektoratet inneheld ei beskriving av kva som kan bli forventet når det gjelder helhetlige og koordinerte tjenester innen psykisk helsearbeid og rusarbeid. Kapittel 7 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §16 første ledd, omhandlar individuell plan, oppnemning av koordinator og koordinerende enhet.

Her blir det understreka at det er tjenestenes ansvar å sørge for helheten, slik at det blir lett for bruker og pårørende å få oversikt og å finne frem til rett tjeneste. Generelt sett vil eit godt samarbeid kreve at de ulike tenesteytarane utvikler felles forståelsesramme og begrepsforståelse.

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tenester etter helse- og omsorgstenestelova, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- og omsorgstenestelova § 7-2. Dette gjeld uavhengig av om pasienten eller brukaren ønsker individuell plan. Koordinator skal sikre samordning av tenestetilbodet og framdrift i arbeidet med individuell plan (Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, § 16). Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator § 18 slår fast at for pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester etter helse- og omsorgstenestelova, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- og omsorgstenestelova § 7-2. Dette gjeld uavhengig av om pasienten eller brukaren ønsker individuell plan. § 7-2 slår fast at koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller brukar, samt sikre samordning av tenestetilbodet og framdrift i arbeidet med individuell plan. Det betyr at kommunen har plikt til å sørge for at pasienter og brukarar får oppfylt retten til individuell plan.

Pasienter eller brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal ifølge § 21 i Forskrift om habilitering og rehabilitering og individuell plan få tilbud om å få oppnemnt ein koordinator som skal sikre at pasienten får eit mest mogleg "saumlaust" tilbod. Koordinator skal ifølge Prop. 91 L (2010 - 2011) kap. 31.7.4 ha hovedansvar for koordinering og oppfølging av den enkelte pasient.

Brukarmedverknad

Kvalitetsforskriften § 3-10 understreker at kommunen har plikt til å sørge for at pasienter, brukarar og pårørande blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Brukarmedverknad er aktuelt på individnivå, når den enkelte brukar kan bidra inn i tilpassing av det tenestetilbodet dei skal ha, for eksempel gjennom arbeidet med individuell plan. Brukarmedverknad kan skje også skje på meir overordna nivå gjennom brukarundersøkingar eller samarbeid med interesse- og frivillige organisasjonar som arbeider med de same oppgåvene. I mindre kommunar kan det vere vanskeleg å få etablert eit godt samarbeid fordi det ikkje finst aktuelle organisasjonar i geografisk nærheit.

Overordna problemstilling i kapittel 4 er:

«Gir kommunen eit tilbod der samarbeid mellom dei ulike tenesteytarane er koordinerte?»

Følgjande revisjonskriterium er utarbeida:

- Kommunen har skriftleg avtale som beskriv innhaldet i samarbeidet med dei eksterne samarbeidspartnarane
- Kommunen har skriftleg avtale som beskriv innhaldet i samarbeidet mellom tenesteytarar internt i kommunen
- Det er etablert ein arena for samhandling både internt og opp mot dei eksterne samarbeidspartnarane for informasjonsutveksling i forhold til oppfølging og behandling
- Kommunen har som ein del av internkontrollen eit kvalitets-/styringssystem som gjer at sårbarheit ved samhandling og samarbeid blir fanga opp

Ekstern samhandling

Forskrifta «Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» tar utgangspunkt i at godt etablerte rutinar legg grunnlaget for eit vellykka samarbeid mellom ulike partar og instansar, både internt i kommunen og mellom kommunen og eksterne samarbeidspartnarar.

Dette følger av alminnelig god internkontroll og av de lovpålagte samhandlingsavtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene. I forbindelse med samhandling med spesialisthelsetjenesten, fremhever veilederen at samarbeidsavtaler må forankres på alle nivå, og at avtalene bør utformes slik at de ivaretar og sikrer nødvendige avklaringer på rus- og psykisk helse feltet.

I dette ligg at roller, ansvar og oppgåver er tydeleg definerte og avklarte. Skriftlege avtaler gjer det mogleg å definere kva for tenester som skal bli gitt. Slike gir også grunnlag for ei felles plattform og felles forståing for alle partar som er involvert i tenesteyting.

Kommunen skal samarbeide med fylkeskommunen, regionalt helseforetak og stat slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet, jf. helse- og omsorgstenestelova § 3-4 annet ledd.

For samarbeid mellom kommune og regionalt helseforetak framgår det av helse- og omsorgstenestelova § 6-1 at kommunestyret plikter å inngå samarbeidsavtale med helseforetaket i helseregionen. Samhandlingsavtaler bør vere skriftlege. Avtalen skal som et minimum inneholde blant annet retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering og rehabilitering og lærings- og mestringstilbud

Intern samhandling

Kommunen har også, jf. helse- og omsorgstenestelova § 3-1 første ledd, plikt til å leggje til rette for samhandling mellom deltenester innad i kommunen og med andre tenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tenester omfattet av helse og omsorgstjenesteloven, jf. helse-

og omsorgstjenesteloven § 3-4 første ledd. Det trengst fast etablerte møteplassar og regelmessig kommunikasjon for å sikre samhandling både internt i kommunen og med spesialisthelsetenesta. Dette kan vere interne møte mellom for eksempel ROP-tenesta og NAV eller barnevernstenesta, mellom fastlegane i internt i kommunen eller i andre kommuner eller mellom kommune og spesialisthelsetenesta som for eksempel rettleiing som BUP gir ROP.

Internkontroll

3. ledd i §3 i internkontrollforskrifta seier: *Kommunens ansvar etter første ledd 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. Den enkelte kommune er altså forpliktet til å ha et internkontrollsystem som blant annet sikrer at omfang og innhold i tjenestene, til enhver tid er i samsvar med lov og forskrift.*

J.fr. § 4 bokstavene a-h i internkontrollforskrifta skal dei ansvarlege sørge for at de ansatte har tilgang til aktuelt lovverk på området, har nødvendig kunnskap og at de medvirker til å benytte erfaring og kunnskap, samt gjør bruk av pasienter og pårørendes erfaringer til forbedring av virksomheten. Dette er omhandla under problemstillingane i kap. 2 og 3.

§ 5 inneheld krav om at internkontrollen skal bli dokumentert i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig. For å oppfylle kravet i forskriften om at dokumentasjonen alltid skal være tilgjengelig, må den etter revisjonens oppfatning være skriftlig.

§8 punkt f. i same forskrift stiller vidare krav om at kommunen minst en gang årlig, systematisk gjennomgår og vurderer hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon. Dette skal sikre at virksomheten fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

§9 tar for seg plikta til å korrigere virksomhetens aktiviteter. I dette ligg blant annet å sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Eksempel på styringsverktøy kan vere avviksmeldingar, brukarundersøkingar osv.

VEDLEGG 2 – UTTALELSE

tilbakemelding høringsrapport ROP-tjenesten Leirfjord Kommune



Lise Olderskog Langø <Lise.Olderskog.l

Til ● Trine Holter

Kopi ○ Jørgen Pedersen; ○ Marit Myrvik; ○ Einar Einmo;

○ Gry Monica Sommer Lisøen

↩ Svar

↩ Svar til alle

→ Videre send

⋮

man. 06.11.2023 09:34

Du svarte på meldingen 06.11.2023 10:15.

Det er ikke ofte du mottar e-post fra lise.olderskog.lango@leirfjord.kommune.no. [Finn ut hvorfor dette er viktig.](#)

Hei

Sender som avtalt tilbakemelding på høringsrapporten.

1.5.1

Faktafeil.

Alle har vedtak. Kun de som er inne til en samtale og ikke ønsker videre tilbud har naturlig nok ikke vedtak. Majoriteten av ROP-tjenestens pasienter har moderat symptombilde. Mange har et mer alvorlig symptombilde.

1.5.2

Faktafeil.

Leder ble ikke tilsatt før 16.10.23

1.5.3

Faktafeil.

Ruskonsulent er en halv dag på skolen pr uke.

Stemmer ikke at stillingen er en «stor del» til yngre innbyggere.

ROP-tjenesten gir ikke økonomiske ytelser.

BUP vi er tilknyttet er BUP Sandnessjøen.

Dagsenter har hatt steng hele 2023

2.3.2

Hva menes med dette kapitlet? Fremstår utydelig for oss.

Faktafeil:

Siste setning: Alle dokumenter er daterte i datasystemet. Kommer ikke dato når det skrives ut.

Opplæring om tjenesten: Vi har informert om at vi har vært rundt i andre avdelinger, psykisk helsedag, eldrerådet, flyktningetjenesten, vi har utviklet brosjyrer og kommunens hjemmeside beskriver vårt tilbud. Vi er også på skolen og informerer. På legekantoret er det informasjon om tjenesten på skjerm. Det pågår mye informasjonsdeling om tjenesten.

tilbakemelding høringsrapport ROP-tjenesten Leirfjord Kommune



Lise Olderskog Langø <Lise.Olderskog.I

Til Trine Holter

Kopi Jørgen Pedersen; Marit Myrvik; Einar Einmo;
 Gry Monica Sommer Lisøen

Svar

Svar til alle

Videre send



man. 06.11.2023 09:34

Du svarte på meldingen 06.11.2023 10:15.

2.6

Faktafeil:

*Viser til at rutinene er daterte og oppdateres årlig.

*Alle avdelinger i kommunen er godt kjent med tilbudet/tjenesten

3.3.2

Gjelder dette helsestasjonen? ROP-tjenesten har ikke hatt mangel på fagfolk.

Siste setning:

Faktafeil:

Det er fast veiledning hver 6 uke med VOP Sandnessjøen.

3.3.3

Faktafeil:

«mangler kompetente fagfolk i sentrale funksjoner». Gjelder ikke ROP-tjenesten.

3.3.4

Faktafeil:

Flere har I.P.

Hele dette kapitlet er feil da alle har vedtak.

Journal SKAL være lukket for andre enheter. Kan kun deles informasjon med pasientens samtykke.

3.6.2

Det er startet opp pårørendegruppe på rus.

3.6.1

Kommunen har et formalisert tilbud for I.P

Med vennlig hilsen

Lise Langø
Virksomhetsleder Helse
Leirfjord kommune
Direkte: 90057455



Rusmiddelpolitisk Handlingsplan



Lise Olderskog Langø <Lise.Olderskog.Lango@leirfjord.k
Til ● Trine Holter

[← Svar](#)[↶ Svar til alle](#)[→ VidereSend](#)

⋮

tir. 07.11.2023 14:09

Det er ikke ofte du mottar e-post fra lise.olderskog.lango@leirfjord.kommune.no. Finn ut hvorfor dette er viktig.

Hei, se kommentar nedfor.

Mvh Lise Langø

Sendt fra min iPhone

Videresendt melding:

Fra: Einar Einmo <Einar.Einmo@leirfjord.kommune.no>

Dato: 7. november 2023 kl. 13:54:30 CET

Til: Peter Andre Haaland <Peter.Andre.Haaland@leirfjord.kommune.no>

Kopi: Lise Olderskog Langø <lise.olderskog.lango@leirfjord.kommune.no>

Emne: Rusmiddelpolitisk Handlingsplan

Hei.

Til info.

Etter forvaltningsrevisjon på avdelingen hos oss refererer de på side 12 i rapporten til en gammel plan («Ruspolitisk handlingsplan 2011-2014 og Psykiatriplan 2006-2010 er tilgjengeleg på kommunens heimeside»).

Vår plan er riktig nok utgått, men er fra 2017 – 2020 som det står i rapporten på side 7.

Med vennlig hilsen

Einar Einmo

Ruskonsulent



Leirfjord kommune

PSYKIATRI

8890 Leirfjord

Direkte: 75074214 | 90279689

Sentralbord: 75 07 40 00

post@leirfjord.kommune.no

www.leirfjord.kommune.no

🌱 tenk miljø før du skriver ut denne e-posten



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidt norge.no