

Veileder for landsomfattende tilsyn 2017 og 2018 med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse

Internserien 2/2017

Saksbehandlere: Seniorrådgiver Wenche Skjær

Godkjent av: Assisterende direktør Jo Kittelsen 6. februar 2017

Målgruppe: Fylkesmennene

[Veiledningsmaterialet som er utarbeidet for de landsomfattende tilsynene oppdateres ikke. Senere lovendringer, endringer i normerende produkter og faglig utvikling på området er derfor ikke innarbeidet. Dersom statsforvalterne ønsker å bruke veiledningsmaterialet til å gjennomføre egeninitierte tilsyn, må statsforvalterne oppdatere og bearbeide veiledningsmaterialet.]

Denne utgivelsen er publisert på www.helsetilsynet.no. I Internserien publiseres veiledere, prosedyrer og andre dokumenter ment for ansatte i Statens helsetilsyn og fylkesmannsembetene. Alle utgivelser finnes på intranettet Losen i web-format. Her på internett finnes utgivelser som har interesse for en bredere leserkrets. Formatet her er generert automatisk fra intranettet, og designet er derfor ikke gjennomarbeidet som en tradisjonell publikasjon. Dokumentet kan også inneholde lenker som bare går til intranettet, og derfor ikke vil virke.

Veileder for landsomfattende tilsyn 2017 og 2018 med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse



Internserien 2/2017

Utgitt av Statens helsetilsyn

Unntatt fra offentlighet i henhold til offl. § 24 første ledd

Målgruppe: Tilsynsledere, revisjonsledere og revisorer i fylkesmannsembetene

Saksbehandler: seniorrådgiver Wenche Skjær

Godkjent av: assisterende direktør Jo Kittelsen

Godkjent dato: 6. februar 2017

Det landsomfattende tilsynet med tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse har to deler, og veileder for tilsynet med spesialisthelsetjenesten finnes i Internserien 1/2017.

1. Presentasjon av tilsynet	+
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	+
3. Kommunen legger til rette for og følger opp at tjenestene samarbeider og samordner tilbudet til bruker og har oversikt over brukerens situasjon og tjenestebehov	+
4. Kommunens tjenester rettet mot brukerens rusmiddelproblem og psykiske lidelse og mot aktuelle somatiske helseproblemer	+
5. Kommunens ansvar for å yte tjenester for at bruker skal mestre å bo i egen bolig	+
6. Forberede og gjennomføre tilsynet	+
7. Vedlegg	+

1. Presentasjon av tilsynet

Tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse (også kalt ROP-lidelser) har gjennom flere år kommet høyt opp i prioriteringsprosessen for valg av tema for landsomfattende tilsyn. En rekke kunnskapskilder har vist at det er flere risikoområder innenfor disse tjenestene. Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) besluttet i 2015 ulike tilsynsaktiviteter på området for perioden 2015–2018.

Helsetilsynet gjennomførte i 2015 en risikovurdering for å få bedre grunnlag for å velge tema for det landsomfattende tilsynet. Resultatet fra risikovurderingen ([Rapport fra Helsetilsynet 3/2016](#)) ble, sammen med annen kunnskap, lagt til grunn ved valg av tema og innretning av dette landsomfattende tilsynet.

Fylkesmennene skal i 2017 og 2018 gjennomføre landsomfattende tilsyn med tjenester til voksne personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse. Det skal føres tilsyn med kommunene og med spesialisthelsetjenesten. Denne veilederen beskriver tilsynet med kommunenes tjenester til denne gruppen, og er rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester i NAV.

Tilsynet med spesialisthelsetjenesten er rettet mot polikliniske tjenester ved distriktpsikiatriske sentre (DPS).

1.1. Tilsynets tema og innretning

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

Tilsynet inkluderer brukere uavhengig av hvilke rusmidler de benytter (alkohol, legemidler, illegale rusmidler) og uavhengig

av om de har fått diagnostisert en ruslidelse. Tilsvarende gjelder for psykiske lidelser ved at tilsynet er rettet mot kommunale tjenester uavhengig av om personene har en psykiatrisk diagnose (bipolar lidelse, schizofreni, depresjon etc.). Det skilles heller ikke på om personene aktivt benytter rusmidler eller om de er i rehabilitering etter behandling for sitt rusmiddelbruk.

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

Fylkesmannen skal undersøke om kommunen ved helse- og omsorgstjenesten og sosiale tjenester i NAV

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

Fylkesmannen skal undersøke om kommunen har lagt til rette for og følger opp at brukerinvolvering blir ivaretatt ved alle temaene som skal undersøkes (jf. kulepunktene).

Brukernes meninger om og erfaringer med tjenestetilbudet i kommunen er viktig informasjon for tilsynsmyndigheten, både når det gjelder kvaliteten på tjenestene og kommunens praksis når det gjelder brukerinvolvering. Et utvalg brukere skal derfor bli intervjuet ved dette tilsynet.

Tilsynet er avgrenset mot:

tjenester til brukere som bor i kommunal institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige og tjenester til brukere som har langtidsopphold i spesialisthelsetjenesten eller i fengsel
bruk av tvang i tjenesteytingen
den enkelte fastleges praksis når det gjelder brukergruppen
kommunenes plikt til å ha tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig helse- og omsorgshjelp
kommunens plikt til å skaffe midlertidig botilbud
kommunens ansvar for å medvirke til å skaffe varig bolig til vanskeligstilte

1.2 Om personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse

Personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse er en uensartet gruppe, både når det gjelder alder, bakgrunn, hvilke rusmidler de bruker, hvilke psykiske lidelser de har og hvordan funksjonsnivået er på ulike områder. Mange faller utenfor behandlingstiltak, noen har problemer med å klare seg selvstendig i samfunnet og med å håndtere personlig økonomi, og mange har dårlig livskvalitet. De kan ha problemer med å ivareta egne interesser og behov, og står i fare for å pådra seg alvorlige helseproblemer.

Psykiske lidelser og ruslidelser inngår ofte i et komplekst samspill der symptomer kan forveksles, tildekkes, forverres eller utløses gjensidig. Livstidsforekomst av ruslidelser hos mennesker med psykiske lidelser er generelt høy, og i særlig grad ved alvorlige lidelser som schizofreni og bipolar lidelse. Oppsummert forskning har vist at jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser.

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS-1948). Denne omtales videre i veilederen som nasjonal faglig retningslinje.

I 2015 gjennomførte 222 kommuner kartlegging av omfang og karakter av kjent rusmiddelproblematikk og psykiske lidelser ved hjelp av verktøyet BrukerPlan. En av konklusjonene der var at personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse *har et ekstremt dårlig funksjonsnivå når alle funksjonsområder blir tatt med*.¹ Forekomsten av personer med begge lidelsene samtidig per 1000 innbyggere på 18 år og over var 5,3. BrukerPlan har valgt å anvende en annen definisjon av samtidig rus- og psykisk lidelse enn den som blir benyttet i den nasjonale faglige retningslinjen². Andelen brukere med samtidig alvorlig rus- og psykisk lidelse er etter definisjonen benyttet i BrukerPlan på 22 prosent. Hvis definisjon i den nasjonale faglige retningslinjen ble benyttet, ville antallet personer med samtidig rus- og psykisk lidelse omfatte ca. 75 prosent av alle brukerne registrert med rusmiddelproblem.

¹ Brukerplan kartlegger rusmiddelbruk, økonomi, psykisk helse, fysisk helse, bolig, sosial fungering, nettverk, utdanning/arbeid/aktivitet, og funksjonsnivået til den enkelte bruker deles inn i fire kategorier: grønn, gul, rød og blodrød.

² Nasjonal faglig retningslinje benytter denne definisjonen: «målgruppe er personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. I tillegg inkluderes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse når hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt».

1.3 Organisering av tjenestene i kommunen

Kommunen kan organisere tjenestene til personer med rusmiddelproblem og samtidig psykiske lidelser på mange ulike måter. I noen kommuner kan tjenester rettet mot begge problemene være organisatorisk plassert i helse- og omsorgstjenesten, som en eller flere enheter. Kommunen kan for eksempel ha én enhet for rus, én enhet for psykisk helse og én enhet for mer tradisjonelle hjemmetjenester, i tillegg til egne enheter som tildeler tjenester (tildelingsenhet, forvaltningssenhet, bestillerkontor eller lignende). Andre kommuner har lagt oppfølging av rusmiddelproblem og psykiske lidelser til samme enhet innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Videre har mange kommuner plassert tjenester rettet mot rusmiddelproblemet på NAV-kontoret. Dette har blant annet sammenheng med at rusoppfølging, før lovendringer i 2010, lå i den tidligere sosialtjenesteloven av 1991. Rusoppfølging er den kommunale tjenesten, utover lovpålagt minimumstjeneste, flest kommuner har valgt å legge til NAV-kontoret. Kun et fåtall kommuner har lagt oppfølgingen av psykiske problem til NAV-kontoret.

En kartlegging fra Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2014 viser følgende organisering av disse tjenestene i 439 NAV-kontor

Kommunal tjeneste	Ant. NAV-kontor
Rusoppfølging	213
Booppfølging	122
Psykisk helse	18

Arbeids- og velferdsdirektoratet (2014): Kartlegging av tjenester og ledelse ved NAV-kontorene.

Uavhengig av om tjenester rettet mot rusmiddelproblem organisatorisk er plassert på NAV-kontoret eller i helse- og omsorgstjenesten, er det helse- og omsorgstjenesteloven (heretter kalt hol.) som regulerer disse tjenestene.

Det kan være vanskelig å skille mellom innholdet i tjenesten opplysning, råd og veiledning etter sosialtjenesteloven og innholdet i tjenestene som er opplistet i hol. § 3-2 første ledd nr. 5 og nr. 6 bokstav a og b, særlig tjenesten praktisk bistand. Utgangspunktet for tjenesten i sosialtjenesteloven er at den skal bidra til hjelp til selvhjelp, og er av midlertidig, arbeidsrettet og økonomisk karakter. Oppfølging av brukeren skjer normalt på NAV-kontoret. Dette er imidlertid ikke til hinder for at NAV-veileder foretar hjemmebesøk eller møter brukeren på et annet sted utenfor kontoret. Utgangspunktet for tjenestene i helse- og omsorgstjenesteloven er helsehjelp og mestring av sykdom og nedsatt funksjonsevne. Tjenesten ytes ofte i hjemmet, herunder følge/bli med bruker til lege, på butikken osv., og kan være av mer varig karakter.

Tjenesteinnholdet i disse to tjenestene kan imidlertid være noe av det samme. Rus- og booppfølging ligger ikke innenfor tjenesten i sosialtjenesteloven av 2009 (heretter kalt sotjl.) § 17, men rusmiddelproblem og bosituasjon kan likevel være et tema for tjenesten. NAV-kontoret kan for eksempel hjelpe brukeren til økt innsikt rundt sitt misbruk, rusmestring, motivasjons- og endringsarbeid og å opprette kontakt med helse- og omsorgstjenesten, eller gi råd om hvordan han/hun skal forholde seg til en nabo, kontakte vaktmester eller opprette et strømabonnement. Tilsvarende råd, veiledning og hjelp kan gis som del av praktisk bistand hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b. Fylkesmannen skal derfor ikke legge avgjørende vekt på hvilken hjemmel som er benyttet.

1.4 Vedtak om tjenester

Ved tildeling, endring eller avslag på tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, § 3-6 og § 3-8 som forventes å vare lenger enn to uker, skal reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven følges, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (heretter kalt pbrl.) § 2-7 tredje ledd.

Alle tildelinger, avslag og endringer av sosiale tjenester regnes for enkeltvedtak, jf. sotjl. 41 annet ledd.

Vedtak som bevis ved tilsynet?

At det treffes enkeltvedtak er en viktig rettsikkerhetsgaranti, ettersom bruker da får skriftlig begrunnelse, informasjon om hvilke tjenester som skal gis, omfanget av tjenestene og tidspunkt for tjenesteyting, samt rett til å klage. Dersom det ikke fattes vedtak, er dette en indikasjon på at brukeren ikke får de tjenestene han eller hun har behov for eller at tjenestene ytes tilfeldig ut fra hva den enkelte tjenesteyter mener er behovet. Men det kan også være at brukere får forsvarlige, individuelt tilpassede og samordnede tjenester selv om det ikke foreligger skriftlige vedtak.

I noen kommuner kan man finne at brukerne har vedtak som både er formelt korrekte og oppdaterte, men at tiltak ikke er iverksatt som forutsatt. Man vil også kunne finne kommuner der vedtak er lite konkrete og ufullstendige, og der også tjenesteytingen skjer tilfeldig og planløs. I andre kommuner kan tjenestene ytes som lavterskeltilbud, av kvalifisert personell og med tett oppfølging av den enkelte, men uten at det er fattet vedtak.

Dersom fylkesmannen i sine undersøkelser finner at det systematisk ikke fattes vedtak, er dette en viktig observasjon, men bør *alene* ikke danne grunnlag for å konkludere med lovbrudd. I dette tilsynet skal fylkesmannen bruke vedtak som en av flere informasjonskilder som inngår i det samlede bevisgrunnlaget, og vekten skal være på hvorvidt tjenestene er forsvarlige, individuelt tilpasset og samordnet.

1.5 Hvordan veilederen er bygd opp

Regelverket som gjelder på områdene som skal undersøkes blir i hovedsak redegjort for i kapittel 2, og er grunnlag for hva som beskrives i kapittel 3, 4 og 5.

Kapittel 3 omtaler hva fylkesmannen skal undersøke og bedømme når det gjelder kommunens tilrettelegging for samarbeid og et samordnet, planmessig tjenestetilbud til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse.

I kapittel 4 blir det beskrevet hva fylkesmennene skal undersøke og bedømme når det gjelder kommunens tjenester rettet mot brukerens rusmiddelproblem og psykiske lidelse, samt somatiske helse.

Kapittel 5 beskriver hva fylkesmennene skal undersøke og bedømme når det gjelder kommunens medvirkning til at bruker mestrer å bo i egen bolig ved tjenestene opplysning, råd og veiledning og personlig assistanse (praktisk bistand og opplæring).

Planlegging og gjennomføring av tilsynet blir omtalt i kapittel 6.

Kapittel 7 er to vedlegg.

Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er satt opp samlet til slutt i kapitlene/underkapitlene.

Revisjonskriteriene er kort formulert, og kan benyttes som sjekkpunkter. For å få en helhetlig forståelse av hva som ligger i kravene til kommunen er det nødvendig at fylkesmennene setter seg godt inn i teksten i kapittel 2, 3, 4 og 5, hvor regelverk og temaene som skal undersøkes og bedømmes blir beskrevet utfyllende.

Revisjonskriteriene må vurderes i sammenheng. De omfatter både faglige og styringsmessige forhold. Eventuelle lovbrudd skal være basert på faktiske forhold som klart viser hva som svikter eller representerer en for stor fare for svikt. Konklusjonene (formuleringen av lovbrudd) må formuleres slik at lovbruddene verken fremstår mer eller mindre omfattende enn de i realiteten er. Lovbrudd må også gjenspeile hvilke deler av den systematiske styringen som ikke fungerer for å sikre forsvarlige tjenester.

1.6 Forklaring av begreper som blir brukt i veilederen

Med *personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse* menes i veilederen personer som både har problemer med rusmiddelbruk og psykisk helse av en viss alvorlighet, uavhengig av om de har fått diagnostisert en ruslidelse eller en psykisk sykdom.

Bruker er i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 f definert som en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven og som ikke er helsehjelp etter bokstav c (se nedenfor). *Bruker* blir her i veilederen benyttet om voksne personer som har samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse og som får tjenester fra kommunen, enten sosiale tjenester eller helse- og omsorgstjenester, eller begge.

Pasient er i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 definert som en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. Pasient blir også her i veilederen brukt om en person som mottar helsehjelp (helsetjenester), for eksempel i omtalen av hjelpen helse- og omsorgstjenesten yter i samarbeid med fastlegen eller spesialisthelsetjenesten. Pasient brukes derved i hovedsak i omtalen av behandlingssituasjoner og samarbeid om slike, dvs. handlinger som utføres av helsepersonell. Noen steder er det likevel mer naturlig å anvende *bruker* også i slike sammenhenger.

Oppfølging blir i veilederen brukt om tiltak over tid til den enkelte som har som formål å redusere, bedre eller hindre forverring av brukerens rusmiddelproblem, psykisk lidelse og somatiske helseproblemer.

NAV-kontoret – brukes om den delen av NAV som yter kommunale tjenester etter sotjl. eller hol.

Helse- og omsorgstjenesten – avgrenses i denne veilederen til den delen av kommunens virksomhet som tilbyr og yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 5 og nr. 6 bokstav a og b. Deler av denne tjenesten kan organisatorisk være plassert i NAV-kontoret. Andre deler av kommunens helse- og omsorgstjeneste, som for eksempel fastlege, helsestasjon og legevakt, omfattes ikke.

Kartlegging – er en identifisering av brukerens ressurser og problemer for å gjøre en vurdering, sammen med brukeren, av behov for tjenester og mulige tiltak (jf. kap. 4 og 5). En vurdering av brukerens situasjon og behov for tjenester vil være en kontinuerlig prosess så lenge brukeren mottar tjenester.

Samordnede tjenester – koordinerte tjenester – begge begrepene benyttes i veilederen om det å se tjenester til en person i sammenheng for å oppnå helhet og samordning av tjenestetilbudet.

Med *rutiner* menes i denne veilederen en vedtatt og felles praksis for hvordan konkrete arbeidsoppgaver skal utføres. Ledelsen må vurdere behovet for skriftlig nedtegnelse av rutinene ut fra virksomhetens størrelse, kompleksitet, risikoforhold, stabilitet i ansattgruppen mv.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Dette kapitlet redegjør for kravene i lov og forskrift som gjelder på områdene som skal undersøkes i tilsynet, og som beskrives i kapittel 3, 4 og 5. For å unngå unødige gjentakelser, beskrives regelverket samlet i dette kapitlet.

2.1 Forsvarlighetskravet

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

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

Hva som er faglig forsvarlig endrer seg i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatning, og bestemmes av normer utenfor loven, som anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Ethvert avvik fra god praksis vil ikke nødvendigvis være uforsvarlig. Hva vi kan kreve av kommunen innenfor dette tilsynets temaer beskrives nærmere i kapittel 3, 4 og 5. Aktuelle publikasjoner og kilder som har vært særlig aktuelle ved normeringen ved dette tilsynet er:

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – RØP-lidelser (IS-1948) utgitt av Helsedirektoratet i 2012 (nasjonal faglig retningslinje).
Rundskriv til sosialtjenesteloven utgitt av Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2012 (*Hovednr. 35 – Sosialtjenesteloven*).
Veileder til bruk ved økonomisk rådgivning. NAV September 2013. Sist endret april 2016.
Veileder til sosialtjenesteloven § 17 - utgitt av Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2014.
Sammen om mestring. Veileder i psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (IS-2076). Utgitt av Helsedirektoratet i 2014.
Aktuell litteratur, se vedlegg 1.
Møter og annen kontakt med fagpersoner, bruker- og pårørendeorganisasjoner og representanter fra fylkesmennene.

Beskrivelsene i faglige retningslinjer, rundskriv og veiledere gir uttrykk for nasjonale myndigheters oppfatning av hva som er god praksis og hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk for tjenestene. Faglige retningslinjer, rundskriv og veiledere bidrar til å gi forsvarlighetskravet et innhold, men anbefalingene der kan ikke alene benyttes som grunnlag for eventuelle lovbrudd.

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

rettigheter. Helse- og omsorgstjenesten er pålagt å tilby de tjenestene som er opplistet i hol. § 3-2. Grensen mellom de opplistede alternativene i hol. § 3-2 er ikke skarp. I tillegg til å overlappe hverandre kan de ha noe av det samme innholdet som tjenesten opplysning, råd og veiledning etter sotjl. § 17.

2.2 Plikten til systematisk styring

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

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

Innholdet i styringsplikten for de kommunale tjenestene i arbeids- og velferdsforvaltningen er regulert i forskrift 19. nov. 2010 nr. 1463 om internkontroll i kommunalt NAV. Internkontrollplikten innebærer at kommunen gjennom systematiske tiltak sikrer at aktiviteter knyttet til å tilby og yte tjenester planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med de lov- og forskriftskrav som regulerer aktivitetene, jf. internkontrollforskriften § 3.

Kravene til styring, organisering og ledelse i helse- og omsorgstjenesten er konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft 1. januar 2017. På samme tidspunkt som forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft, ble forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten opphevet. Den nye forskriften anses for å være en videreføring av gjeldende rett, selv om enkelte ansvarsforhold og oppgaver utdypes og tydeliggjøres. I dette tilsynet skal derfor kommunen bedømmes etter den nye forskriften.

Det fremgår av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og forskrift om internkontroll i kommunalt NAV at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Kommunen har dermed stor frihet til å velge organisatoriske løsninger for hvordan oppgavene skal løses. Sentralt element i begge forskrifter er krav om at kommunen gjennom systematisk styring sikrer: klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, at ansatte har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre sine oppgaver, oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt, behov for kvalitetsforbedring eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, håndtering av avvik og systematisk kvalitetsforbedring av tjenestene.

2.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et sentralt prinsipp ved NAV-kontoret og i helse- og omsorgstjenesten, og en forutsetning for forsvarlig tjenesteyting. Den enkelte er nærmest til å kjenne til egne behov. Kravet om brukermedvirkning fremgår av følgende bestemmelser:

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

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

Brukeren skal involveres i valg og vurderinger gjennom hele forløpet. Forutsetningene for å medvirke kan være varierende, og hva som kan forventes av medvirkning må til enhver tid stå i forhold til brukerens motivasjon, mestringsevne og personlige og helsemessige ressurser. For at brukermedvirkningen skal være reell, må NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten sørge for at brukeren får fortløpende informasjon som er tilpasset brukerens forutsetninger.

NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten må forsikre seg om at informasjonen er forstått.

Helse- og omsorgstjenestens plikt til å gi pasient og bruker informasjon er presisert i hol. § 4-2 a første ledd, som angir at kommunen skal sørge for at det gis slik informasjon som pasient og bruker har rett til å motta etter pbrl. § 3-2. *Pasienter* skal etter pbrl. § 3-2 første ledd gis den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt om mulige risikoer og bivirkninger. *Brukere* har etter samme bestemmelse sjuende ledd, rett til den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

I helse- og omsorgstjenesten skal opplysninger om hvilken informasjon som er gitt nedtegnes skriftlig i journal. På NAV-kontoret må oppfølgingen av den enkelte bruker dokumenteres tilstrekkelig til at brukere, andre ansatte og ledere kan se hva som er sagt, gjort og vurdert i saken, og slik at rettssikkerheten er etterprøvbart.

2.4 Samarbeid for å koordinere tjenestene til bruker

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten er forpliktet til å samarbeide med andre deltjenester, tjenesteytere og sektorer. Samarbeid og samhandling er avgjørende for at personer med begge problemene skal få forsvarlige tjenester. Forsvarlighetskravet innebærer at kommunens tilbud som helhet må være forsvarlig. Det er ikke tilstrekkelig at kommunens deltjenester hver for seg er forsvarlige. Kommunens plikt til å samarbeide er presisert i følgende bestemmelser:

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen har plikt til å samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer på systemnivå, når dette kan bidra til å løse deres lovpålagte oppgaver, jf. sotjl. § 13. Dette er en bestemmelse vi ikke har tilsyn med og det skal derfor ikke undersøkes i dette tilsynet.

NAV-kontorets plikt til å samarbeide med andre på individnivå fremgår av bestemmelsene om de sosiale tjenestene, som sotjl. § 17 som det skal føres tilsyn med.

Kommunen har en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre

tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. § 3-4. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionale helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenestene skal bli helhetlige og koordinerte, jf. hol. § 3-4 annet ledd. Videre fremgår av hol. § 4-1 første ledd bokstav a at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte får et *helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud*.

Taushetsplikt og samtykke

Taushetsplikten er i utgangspunktet til hinder for at opplysninger om en person som ansatte i helse- og omsorgstjenesten eller på NAV-kontoret får kjennskap til gjennom sitt arbeid, gis videre eller gjøres tilgjengelig for uvedkommende, jf. helsepersonelloven (heretter kalt hpl.) § 21, hol. § 12-1 første ledd, jf. forvaltningsloven (heretter kalt fvl.) § 13 til § 13 e og sotjl. § 44, jf. fvl. § 13 til § 13 e. Bestemmelsene som regulerer samarbeid gir ikke hjemmel til å fravike taushetspliktsreglene. Kommunen må innhente samtykke fra bruker, og gi tydelig informasjon om at samtykke er nødvendig for å sikre samarbeid og et samordnet tjenestetilbud på tvers av tjenester og sektorer. Dersom bruker ikke ønsker å gi samtykke, må det informeres om hvilke konsekvenser dette har for brukerens tjenestetilbud. Informasjon om brukers samtykke eller manglende samtykke skal dokumenteres.

Taushetsplikt og adgang til deling av opplysninger er ikke eget undersøkelsespunkt i tilsynet. Det er likevel nødvendig å være kjent med disse reglene, ettersom enkelte andre områder som skal undersøkes har tilgrensende tematikk. Innhenting av samtykke fra bruker er sentralt for å muliggjøre samarbeid, som er et eget tema i tilsynet.

Særlige regler ved ytelse av helsehjelp

Hvis det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, og dersom pasienten ikke aktivt motsetter seg informasjonsutveksling, skal nødvendige og relevante helseopplysninger gis til helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp og taushetsbelagte opplysninger kan gis samarbeidende personell, jf. hpl. § 25 og § 45. Bestemmelsene innebærer at det ikke aktivt må bes om samtykke fra pasienten. Dette gir anledning til samarbeid og utveksling av informasjon på tvers i helsetjenesten, f.eks. mellom avdelinger og andre virksomheter, så fremt det er nødvendig for å kunne gi en konkret pasient forsvarlig helsehjelp.

Pasienten skal så langt det er mulig gjøres kjent med at informasjon utveksles.

2.5 Krav til skriftlighet

Skriftlig nedtegnelse av opplysninger er en viktig rettssikkerhetsgaranti som blant annet bidrar til å sikre kvalitet og kontinuitet, og muliggjør innsyn og etterprøvhbarhet.

Dersom fylkesmannen i sine undersøkelser finner at det systematisk er mangelfull dokumentasjon av kartlegging, mål og tiltak er dette en viktig observasjon, men Helsetilsynet anbefaler at svikt i dokumentasjon ikke alene danner grunnlag for lovbrudd. Svikt i styringen og påviste mangler i dokumentasjon skal brukes som ett av flere bevis som inngår i det samlede bevisgrunnlaget.

Det stilles krav om skriftlighet og begrunnelse ved tildeling av sosiale tjenester og ved vedtak om tjenester etter hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, § 3-6 og § 3-8 som forventes å vare lenger enn to uker, ettersom reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven gjelder i disse tilfellene, jf. henholdsvis sotjl. § 41 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 annet ledd. Den skriftlige begrunnelsen skal vise til reglene vedtaket bygger på, nevne de faktiske forhold som har vært avgjørende og bør nevne de hovedhensyn det er lagt vekt på ved skjønnsutøvelsen. Videre må kommunen sørge for at NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten dokumenterer sentrale opplysninger om bruker skriftlig i den løpende tjenesteytingen.

Krav om skriftlig nedtegnelse av opplysninger etter sosialtjenesteloven

Innhenting av opplysninger reguleres av sotjl. § 43. Det er presisert i rundskrivet til loven, punkt 5.41.2.3 og 5.43.2.3, at opplysningene i saken skal foreligge skriftlig, enten dette er i form av innhentede dokumenter eller nedtegnelser i søknad eller i øvrige saksdokumenter. Skriftlighet sikrer den enkeltes rettssikkerhet og gjør det mulig å overprøve behovsvurderingen i saken. Oppfølgingen av den enkelte skal også dokumenteres, på en slik måte at bruker kan få informasjon om de vurderinger som er gjort underveis, og at ansatte og ledere ved NAV-kontoret og klage- og tilsynsmyndighet kan sette seg inn i og vurdere oppfølgingen.

Krav om skriftlig nedtegnelse av opplysninger i helse- og omsorgstjenesten

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

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

Ansatte som yter personlig assistanse er unntatt fra journalføringsplikten, jf. forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter hol. § 2. Kommunen må imidlertid sørge for at alle tjenester som gis, også tjenesten personlig assistanse, dokumenteres i den utstrekning det er nødvendig for å sikre at pasientene og brukerne får forsvarlige tjenester.³ Dette innebærer at opplysninger om hvilke tjenester som er gitt må dokumenteres. Hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige å dokumentere må vurderes konkret, og vil til en viss grad være avhengig av brukerens behov og situasjon. I tilfeller hvor brukere mottar tjenester over tid og hvor det settes mål og utarbeides planer for tjenestene, må iverksette tiltak, observasjoner og vurderinger bli dokumentert, slik at det er mulig å evaluere og beslutte eventuelle endringer. Videre skal informasjonssystemet sikre behovet for kommunikasjon og samhandling mellom ulike tjenesteytere som gir tjenester til samme bruker.

³ Helsedirektoratet har i rundskriv IS-8/2015 til pasient- og brukerrettighetsloven, i merknader til pbrl. § 3-5 uttalt seg om dokumentasjon av tjenester som ikke er helsehjelp.

3. Kommunen legger til rette for og følger opp at tjenestene samarbeider og samordner tilbudet til bruker og har oversikt over brukerens situasjon og tjenestebehov

I dette kapittelet blir det beskrevet hva fylkesmennene skal undersøke når det gjelder kommunens tilrettelegging for, gjennomføring og oppfølging av:

- samarbeid mellom enheter innen kommunen, med fastleger og spesialisthelsetjenesten (kap. 3.1)
- skafe seg oversikt over og følge med på brukernes situasjon og mulige behov for tjenester, og medvirke til at bruker kommer i kontakt med rett tjenesteenheter (kap. 3.2)
- samordning av tjenester – samarbeid og plan for tjenesteyting (kap. 3.3)

Det som beskrives i dette kapittelet må ses i sammenheng med undersøkelse av tjenesteyting, beskrevet i kapittel 4 og 5.

3.1 Samarbeid mellom ulike enheter i og utenfor kommunen

Samarbeid mellom ulike tjenesteenheter i og utenfor kommunen er, sammen med kartlegging av den enkelte brukers situasjon og tjenestebehov, viktige forutsetninger for å kunne yte forsvarlige tjenester som oppleves som samordnet for bruker.

Samtykke for å utveksle nødvendig informasjon

For at kommunen skal kunne legge til rette for nødvendig samarbeid rundt personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse, er det en forutsetning at de samarbeidende aktørene kan utveksle informasjon (for regelverk se kapittel 2.4). Der tjenesten vurderer at det er behov for å involvere og samarbeide med andre enheter og/eller nivå, må det innhentes samtykke fra bruker. Bruker må få informasjon om at samtykke er nødvendig for å sikre samarbeid og et samordnet tjenestetilbud på tvers av tjenester og nivåer. Dersom bruker ikke ønsker å gi samtykke, må det informeres om hvilke konsekvenser dette kan få for brukerens tjenestetilbud. Tjenesten må i den i løpende tjenesteyting følge med på om bruker senere ønsker å gi samtykke.

Samarbeid mellom ulike enheter i kommunen

Uavhengig av hvordan kommunen har organisert sine tjenester, vil tjenestene brukerne mottar ofte involvere to eller flere kommunale enheter. Faren for svikt øker når kommuner har organisert tjenestene til denne brukergruppen i flere enheter, for eksempel ved at brukere «faller mellom to stoler» og ikke får nødvendige tjenester. I noen kommuner kan første felles ledernivå være rådmann.

En forutsetning for å få til et fungerende samarbeid mellom ulike enheter er at kommunen har en tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom enhetene som yter tjenester til denne brukergruppen. Det må være klart hvilke enhet som yter de ulike tjenestene til de ulike brukergruppene. Ansvars- og oppgavefordeling må være kjent i enhetene som yter tjenestene.

Kommunen kan ha lavterskeltilbud rettet mot brukere med rusmiddelproblem og/eller psykisk lidelse. I tilfeller hvor dette tilbudet er viktig for bruker, må lavterskeltilbudet involveres i samarbeidet hvis bruker ønsker det.

Kommunen må ha utarbeidet rutiner med klar oppgave- og ansvars plassering, for hvordan samarbeid mellom ulike enheter i kommunen skal foregå. Rutinen må være kjent av ansatte i de aktuelle enhetene. Ledelsen må følge med på om samarbeidet fungerer i den daglige tjenesteytingen og om det fungerer som forutsatt, og gjøre ev. endringer ved behov.

Samarbeid om helsehjelp

Samarbeid med fastlegen

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom de som yter helsetjenester og fastlegene, uavhengig av om de som yter helsetjenester organisatorisk er plassert på NAV-kontoret eller helse- og omsorgstjenesten. Samarbeidet må være forutsigbart for alle parter, og rutiner for samarbeid skal være kjent for alle involverte. For personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser vil et godt system for samarbeid kunne øke fastlegens muligheter for å holde kontakt med denne gruppen.

Enhete(n) i kommunen som følger opp brukerne må være kjent med hvem som er brukernes fastlege. Dette gjelder også for brukere som har fastlege i en annen kommune. Kontaktinformasjon må være nedfelt skriftlig og være tilgjengelig for de som trenger det. De fleste brukerne i målgruppen vil ha behov for oppfølging av sin fastlege for både rusmiddelproblemer og psykiske og somatiske helseproblemer. Hvis brukeren ikke har kontakt med fastlegen, er det viktig at personellet, om brukeren ønsker det, bistår med at hun/han oppretter eller gjenopptar kontakt og følger opp avtaler hos fastlegen. Særlig viktig er dette ved tegn på at tilstanden (rus- og/eller psykisk lidelse) forverres. Om nødvendig må personellet i kommunen som yter helsehjelp til brukeren kontakte fastlegen og melde sin bekymring (om samarbeid, taushetsplikt og samtykke se kap. 2.4).

Kommunen må sørge for, i samråd med brukeren, å involvere fastlegen ved utforming, gjennomføring og evaluering av individuell plan (IP) eller annen plan for samordning av tjenestene, ved ansvarsgruppemøter etc. (se også kap. 3.3).

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Kommunene skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket, eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer, jf. hol. § 6-1. Avtalen skal blant annet omfatte enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre, jf. hol § 6-2. Det forutsettes at en slik samarbeidsavtale er inngått, og ved tilsynet skal det ikke undersøkes hvorvidt avtalens utforming sikrer nødvendige avklaringer om ansvars- og oppgavefordeling på rus- og psykiatrifeltet. Avtalen kan likevel være opplysende å ha som bakgrunnsinformasjon ved tilsynet.

De som yter helse- og omsorgstjenester, uavhengig av om de organisatorisk er lagt til NAV-kontoret eller helse- og omsorgstjenesten, må i den løpende tjenesteytingen sørge for å samarbeide med spesialisthelsetjenesten, for eksempel DPS eller avtalespesialister (psykiater eller psykolog), der dette er nødvendig for å kunne gi samordnede og forsvarlige helsetjenester (om samarbeid, taushetsplikt og samtykke se kap. 2.4). For å kunne gi et samordnet tjenestetilbud, må de som yter helse- og omsorgstjenester ha oppdatert informasjon om hvilke tjenester (og innholdet i disse) som brukeren nylig har fått eller får fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen må også sørge for, i samråd med brukeren, å involvere spesialisthelsetjenesten i den grad dette er nødvendig ved utforming, gjennomføring og evaluering av IP eller annen plan for samordning av tjenestene, og ved ansvarsmøter etc.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) kan være en del av behandlingstilbudet til opioidavhengige. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om LAR til den enkelte bruker inngår ikke i tilsynet.

Når samarbeidet ikke fungerer

Samarbeid mellom enheter og mellom ulike nivå er et område med stor fare for svikt. Det er derfor viktig at tjenesteytere melder fra når samarbeidet ikke fungerer slik det er planlagt (melde om avvik). Kommunen må ha rutiner for hvordan slike meldinger skal håndteres, bl.a. hvem i kommunen som skal ha kontakt om sviktende samarbeid med enheter/personer utenfor kommunen. Videre må kommunen bruke meldingene til systematisk kvalitetsforbedring av tjenestene.

Revisjonskriterier – Samarbeid mellom ulike enheter innen kommunen, med fastleger og med spesialisthelsetjenesten

Kommunen legger til rette for, gjennomfører og følger opp at det er et fungerende samarbeid, ved at:

Kommunen har klar plassering av hvilke enheter som har ansvar for å yte de ulike tjenestene til brukergruppen. Dette må være kjent i alle aktuelle enheter.

NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten innhenter samtykke fra bruker til at ulike enheter og tjenester kan utveksle informasjon ved behov. Bruker får informasjon om hva et samtykke innebærer, hvorfor det er nødvendig, og konsekvenser av å ikke samtykke. Informasjon om samtykke eller manglende samtykke nedfelles skriftlig i journal/saksmappe.

Helse- og omsorgstjenesten er kjent med hvem som er brukers fastlege. Kontaktinformasjon er nedfelt skriftlig og er tilgjengelig for dem som trenger det for å utøve sine oppgaver. Tjenesten bistår brukeren med å komme i kontakt med fastlegen og med å følge opp avtaler/kontroller, hvis bruker ønsker det.

Helse- og omsorgstjenesten samarbeider med fastlege og/eller spesialisthelsetjenesten når dette er nødvendig for å yte nødvendig helsehjelp.

Kommunen involverer, i samråd med bruker, fastlege og/eller spesialisthelsetjenesten i tiltak for å koordinere det samlede tjenestetilbudet og i utforming av IP eller andre planer for tjenesteytingen.

Ledere ved NAV-kontoret og i helse- og omsorgstjenesten etablerer rutiner med klar plassering av ansvar og oppgaver, for:

- å innhente samtykke til å utveksle informasjon når det er nødvendig ut fra brukerens behov, informasjon til bruker om hva samtykke innebærer og konsekvenser av å ikke samtykke
- samarbeid mellom aktuelle enheter innen kommunen når det er nødvendig for å yte forsvarlige og samordnede tjenester
- samarbeid mellom kommunen og fastleger og spesialisthelsetjenesten når det er nødvendig for å yte forsvarlige og samordnede tjenester

- å melde om svikt i samarbeidet og for viderefremming til samarbeidsparter i og utenfor kommunen. Meldinger om svikt blir benyttet til systematisk kvalitetsforbedring av tjenestene.

Rutinene er kjent i enhetene som skal benytte dem. Ledelsen følger med på at rutinene brukes i tjenesteytingen og om de fungerer etter intensjonen. Endringer blir gjort ved behov.

Vi anbefaler at fylkesmannen som del av forberedelsene til tilsynet i den enkelte kommune tar kontakt med en eller flere fastleger for å få informasjon om deres erfaringer fra samarbeidet med helse- og omsorgstjenesten om den aktuelle brukergruppen. Slik informasjon kan benyttes som utgangspunkt for å stille konkrete spørsmål til kommunen.

3.2 Ha oversikt over og følg med på brukerens situasjon og mulige tjenestebehov

For at kommunen skal kunne gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester, jf. hol. § 4-1 første ledd, og tilrettelegge tjenesten slik at brukeren gir et helhetlig og koordinert tilbud, jf. hol. § 4-1 første ledd bokstav a, må kommunen sørge for å ha tilstrekkelige opplysninger om brukerens situasjon og tjenestebehov. Tilsvarende, for at kommunen skal kunne gi forsvarlige sosiale tjenester jf. sotjl. § 4, må kommunen sørge for å ha tilstrekkelige opplysninger om brukerens situasjon og tjenestebehov.

Om kommunen ikke sørger for en bred nok oversikt over brukerens situasjon, kan det medføre at behov blir oversett, slik at bruker ikke får nødvendig hjelp med sine problemer.

Den nasjonale faglige retningslinjen anbefaler også at en slik bred kartlegging bør gjøres.

Helse- og omsorgstjenesten og NAV-kontoret må altså ha et videre perspektiv enn egne tjenester og tiltak, for å kunne fange opp og identifisere behov som eventuelt må dekkes av andre tjenester – så fremt brukeren selv samtykker og ønsker det.

De som yter sosiale tjenester må for eksempel også være opptatt av brukerens somatiske helsesituasjon (se kulepunktene nedenfor), spørre om eventuelle fysiske helseproblemer og om han/hun får eller ønsker oppfølging fra helsevesenet. Tilsvarende må helse- og omsorgstjenesten være opptatt av brukerens økonomiske situasjon, og forhøre seg om brukeren har en grei eller vanskelig økonomi, og eventuelt behov for økonomisk støtte og/eller råd og veiledning.

Resultatet av en slik første «kartlegging» vil gi grunnlag for hvilke områder det vil være nødvendig å kartlegge mer inngående for å kunne vurdere konkrete behov og mulige tiltak (se mer om dette i kap. 4 og 5).

Noen ganger har tjenesten opplysninger om bruker i forkant, for eksempel fra spesialisthelsetjenesten, barnevernet eller fastlege. Andre ganger har tjenesten ingen kunnskap om bruker før vedkommende selv tar kontakt.

Å skaffe oversikt over brukerens situasjon starter ved første kontakt. Bruker må informeres om hensikten. I helse- og omsorgstjenesten kan det være kommunens tildelingsenhet (bestillerkontor, forvaltningsenhet el.) som først kommer i kontakt med brukeren. Det kan ikke forventes at alle opplysninger blir innhentet ved første møte, men foregår over noe tid og parallelt med tjenesteyting. Ikke alle brukere ønsker å gi informasjon i den første samtalen om andre utfordringer enn det som var grunnen til at de har oppsøkt tjenestene.

Oversikten skal ikke omfatte andre områder enn der kommunen har mulighet for å sette i verk tiltak og yte tjenester, eller medvirke til at bruker kommer i kontakt med rett instans utenfor kommunen, som fastlege eller spesialisthelsetjenesten.

Hva som naturlig inngår i en oversikt over brukerens situasjon og mulig behov for tjenester vil være tilnærmet det samme for NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten, men med ulik vektlegging ut fra tjenestens egenart. Men det må forventes at begge tjenestene innhenter opplysninger om andre forhold rundt brukeren enn hva de selv har ansvar for;

- rusmiddelbruk og psykisk helsesituasjon
- somatisk helsesituasjon
- hvilken hjelp bruker mottar fra kommunen, spesialisthelsetjenesten eller andre instanser (for eksempel private

psykiatere/psykologer eller lavterskeltilbud)
bosituasjon og behov for tjenester for å mestre å bo i egen bolig
økonomi
familie og annet nettverk, særlig om brukeren har omsorg for barn
arbeid/aktivitet



Det kan være situasjoner hvor det ikke vil være aktuelt å skaffe seg oversikt over alle punktene i listen over, og noen brukere ønsker ikke å opplyse om alt. Fylkesmannen må se etter om kommunen som hovedsak innhenter opplysninger om brukernes helhetlige situasjon. I situasjoner hvor det ikke er aktuelt å innhente opplysningen om noen av punktene over eller at bruker ikke ønsker å gi opplysninger, bør det gå frem av journal/saksmappe.

Mange benytter kartleggingsverktøy, men det kan ikke stilles krav om at kommunen benytter et bestemt verktøy. Hvis kartleggingsverktøy ikke brukes, må kommunen godtgjøre at de innhenter informasjon på en slik måte at de får nødvendig oversikt, og at det ikke er opp til den enkelte ansatte hvordan dette blir gjort.

Relevante opplysninger som er innhentet må nedtegnes skriftlig (se kap. 2.5). Da opplysningene kan være innhentet over tid, kan det være at de ikke er nedtegnet samlet. Tilsynslaget må derfor granske journal/saksmappe for en lengre periode.

Følge løpende med på endringer i brukerens situasjon og behov for tjenester

NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten som yter tjenester til brukerne må fortløpende følge med på om brukernes situasjon og tjenestebehov endrer seg og om det oppstår nye behov. I dette ligger også å ha et blikk for endringer/nye behov utenfor eget tjenesteområde. For eksempel hvis ansatte i helse- og omsorgstjenesten får informasjon om at bruker har mistet boligen, må brukeren tilbys hjelp til å oppnå kontakt med NAV-kontoret for å få bistand.

Medvirke til at bruker kommer i kontakt med rett enhet i eller utenfor kommunen

Hvis det kommer fram at bruker har behov som faller utenfor tjeneste- og kompetanseområdet til enheten hun/han har kontaktet, må kommunen tilby hjelp til å komme i kontakt med rett enhet i eller utenfor kommunen. Hva hjelpen skal bestå i må vurderes i hvert enkelt tilfelle og ut fra brukerens situasjon. Hvis bruker for eksempel har behov for sosiale tjenester kan det være å gi bruker telefonnummer eller adresse til NAV-kontoret, eller at tjenesteyter tar direkte kontakt med NAV-kontoret på vegne av bruke, eller følger bruker dit.

Om tjenesteyter skal ta direkte kontakt med annen enhet, må det innhentes samtykke fra bruker. Se kap. 2.4. og kap. 3.1.

Særlig om bruker har omsorg for barn

Det er viktig, både ved NAV-kontoret og i helse- og omsorgstjenesten, å undersøke om brukerne har omsorg for barn (under 18 år), slik at tiltak kan iverksettes ved behov. Det kan være relevant å stille spørsmål om bruker får hjelp fra familie, annet nettverk eller fra barneverntjenesten. Aktuelle tiltak kan være å bistå bruker med å komme i kontakt med barneverntjenesten for støttetiltak eller lignende, eventuelt melding til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at det foreligger alvorlig omsorgssvikt.

Tjenesten må ha rutiner som sikrer at det blir innhentet informasjon om brukeren har omsorg for barn. Videre må det foreligge rutiner som sikrer at de ansatte er kjent med når det er aktuelt å iverksette tiltak, hvilke tiltak som er aktuelle og hvordan de ansatte går frem, for eksempel når de skal melde bekymring til barnevernet.

Rutiner for å sikre tilstrekkelig opplysninger om bruker og mulige tjenestebehov

Ledelsen ved NAV-kontoret og i helse- og omsorgstjenesten må ha utarbeidet rutiner med klar oppgave- og ansvars plassering. Det må være klart hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan det skal gjøres, hvordan samarbeid mellom ulike enheter skal foregå og hvordan tjenesten skal følge løpende med på endringer i tjenestebehovet til bruker. Rutinene må være kjent i tjenesteenheter som skal benytte dem. Tjenesteledere må følge med på at rutinen blir etterlevd i praksis og at de fungerer etter intensjonen, og gjøre endringer ved behov.

Kompetanse

Kommunen må sørge for at personell som har ansvar for å utføre oppgavene beskrevet over har tilstrekkelig kompetanse om rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og om aktuelle problemer og behov disse brukerne kan ha. Videre må kommunen sørge for at de ansatte kan bruke kartleggingsverktøy kommunen benytter, og har kjennskap til kommunens tjenestetilbud og eksterne instanser som det kan være aktuelt å involvere. Hva som anses som nødvendig kompetanse vil være noe ulikt ved NAV-kontoret og i helse- og omsorgstjenesten. I NAV-kontoret vektlegges sosialfaglig kompetanse, i helse- og omsorgstjenesten vil helse- og omsorgsfaglig kompetanse vektlegges. De ansatte må også ha kunnskap om regelverk knyttet til taushetsplikt og samtykke.

Ledelsen må ta stilling til hvilken kompetanse tjenestene må ha. Om tjenesten ikke har nødvendig kompetanse må ledelsen sette i verk kompetansehevede tiltak. Det kan for eksempel være intern opplæring, kurs, videreutdanning eller å rekruttere nødvendig kompetanse.

Revisjonskriterier – Ha oversikt over og følge med på brukerens situasjon og mulige tjenestebehov

Kommunen sørger for at tjenesten skaffer seg oversikt over og følger med på brukerens situasjon og behov for tjenester, ved at:

Det innhentes opplysninger om brukers situasjon og mulige behov for tjenester. Aktuelle områder er beskrevet på side 18. Bruker får informasjon om hensikten med at opplysningene innhentes.

Det blir særlig undersøkt om bruker har omsorg for barn. Tjenesten bistår brukere som ønsker det, med å komme i kontakt med barneverntjenesten. Ved behov iverksettes nødvendige tiltak overfor brukerens barn.

Tjenesten medvirker til at bruker kommer i kontakt med rett enhet i eller utenfor kommunen hvis det blir avdekket mulige behov for tjenester som ligger utenfor eget tjeneste- og kompetanseområde.

Opplysninger om brukers situasjon og mulige tjenestebehov nedtegnes i journal/saksmappe og er tilgjengelig for personell som har behov for det.

Tjenesten følger løpende med på om brukerens situasjon og tjenestebehov endrer seg.

Ledere ved NAV-kontoret og i helse- og omsorgstjenesten har etablert rutiner med klar plassering av ansvar og oppgaver, for:

å skaffe seg oversikt over brukernes situasjon og mulige tjenestebehov på en planmessig og systematisk måte,

herunder opplysninger om bruker har omsorg for barn, og tiltak som kan være aktuelle å iverksette overfor dem å medvirke til at bruker kommer i kontakt med riktig enhet i og utenfor kommunen hvis det blir avdekket mulige behov for tjenester fra andre å løpende følge med på brukerens situasjon og tjenestebehov og endringer i disse Rutinene er kjent av alle som skal benytte dem og ledelsen følger med på at de blir brukt i praksis og fungerer etter intensjonen. Det blir gjort endringer ved behov. Ledelsen har tatt stilling til hva slags kompetanse som trengs for å løse de aktuelle oppgavene, og setter i verk kompetansehevede tiltak ved behov.

3.3 Samordning av tjenester – samarbeid og plan for tjenesteyting

Personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse har ofte behov for langvarige tjenester fra flere ulike enheter og nivå, noe som gjør at brukerne må forholde seg til mange ulike aktører. For at tjenestene skal være forsvarlig, er samarbeid og samordning mellom de ulike aktørene nødvendig. Brukere som har problemer med både rusmiddelbruk og psykiske lidelser må oppleve at de får et samordnet tjenestetilbud, enten den utføres av én enhet eller av flere (om taushetsplikt, samtykke og samarbeid se kap. 2.4 og kap. 3.1)

Samordning og koordinering av tjenestene – plan for tjenesteytingen (individuell plan mv.)

Tjenester som kommunen yter skal være forsvarlige, jf. sotjl. §4 og hol. § 4-1. Kommunens ansvar for forsvarlig tjenesteyting til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester vil i de aller fleste tilfeller innebære at det må utarbeides en plan for samordning og koordinering av tjenesteytingen til den enkelte bruker.

Innholdet og omfanget av planen må tilpasses behovene til den enkelte bruker. Tjenesteenheten må, sammen med bruker, bestemme hvilke enheter/personer det er nødvendig å ha med i samarbeidet. Plan for håndtering av akutt forverring og kriser (kriseplan) kan være en del av denne planen (se kap. 4). Planen må ikke være et selvstendig dokument, men det blir lagt til grunn at mål, tiltak og ansvar for gjennomføringen av de ulike tiltakene blir nedtegnet skriftlig på en slik måte at disse opplysningene er lett tilgjengelige og kan benyttes ved gjennomføringen og oppfølgingen av tjenestene som ytes til den enkelte bruker. Videre legges det til grunn at planen er et aktivt verktøy som revideres og endres ved behov. *Individuell plan* (IP) er en slik skriftlig nedtegnelse av samarbeid mellom flere aktører. Bruker har rett til å delta i arbeidet med en slik plan, og kommunen skal sørge for at brukeren, hvis han/hun selv ønsker det, blir involvert ved utforming, gjennomføring og evaluering av sin IP.

Individuell plan

Kommunen har plikt til å utarbeide individuell plan for personer som har behov for *langvarige og koordinerte tjenester*, jf. hol. § 7-1 første ledd og sotjl. § 28. NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten må på eget initiativ gjøre en konkret vurdering av om brukeren har behov for IP og hvis det er behov, tilbyr dette til bruker. Kommunen har videre en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder, jf. sotjl. § 28 annet ledd og hol. § 7-1 første ledd annet punktum.

Formålet med IP er å sikre helhetlige tjenester basert på brukers behov, på tvers av fagområder, enheter, nivå og sektorer. Krav til innhold i planen er beskrevet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 19 og i forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen § 7 er tilsvarende beskrevet. Fylkesmannen skal ikke undersøke om alle kravene som er listet opp i forskriftene er på plass, men om IP inneholder sentrale punkter som mål, valg av tiltak og ansvar for å gjennomføre disse og plan for evaluering, og om planen er et verktøy som blir brukt aktivt ved gjennomføring og justering av tjenestene. IP skal nedtegnes skriftlig i brukerens journal/saksmappe.

Det er ikke alle brukere med rett til individuell plan som ønsker slik plan. IP skal ikke utarbeides mot brukers vilje. For at tjenestene skal være forsvarlige og samordnet, vil det i de fleste tilfellene likevel være nødvendig at helt sentrale opplysninger som mål, valg av tiltak og plan for evaluering blir nedtegnet skriftlig. I den nasjonale faglige retningslinjen er det en anbefaling om at det bør utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenestene også for brukere som ikke ønsker IP.

Fylkesmannen skal undersøke om kommunen sørger for at aktuelle enheter samarbeider og samordner tjenestene de yter til den enkelte bruker, og at dette er skriftliggjort i nødvendig omfang i journal/saksmappe. Kommuner kan ivareta nødvendig samarbeid og koordinering for å sikre forsvarlige tjenester på en tilfredsstillende måte uten at verktøyet individuell plan blir benyttet. På den annen side kan mangel på individuell plan som brukes aktivt i tjenesteytingen være et tegn på mangelfull samordning av tjenestene.

Ved dette tilsynet skal det derfor ikke legges avgjørende vekt på om kommunen utarbeider individuell plan for brukere med rett til og behov for slik plan. Det som skal undersøkes er om kommunen sørger for at tjenestene blir samordnet og at sentrale opplysninger som mål, valg av tiltak og ansvar for gjennomføring av disse, samt plan for evaluering, er nedtegnet skriftlig. Videre skal det undersøkes om de nedtegnede opplysningene brukes aktivt i den løpende tjenesteytingen til den enkelte bruker. Mangel på individuelle planer bør *alene* ikke danne grunnlag for å konkludere med lovbrudd. Eventuelle lovbrudd bør bygge på flere observasjoner.

For de fleste brukerne er IP eller tilsvarende plan for samordning av tjenestene mellom enheter og nivå en forholdsvis overordnet plan. For den løpende tjenesteytingen kan det i tillegg være behov for mer detaljerte delplaner/tiltaksplaner. Se kap. 4 og 5 om dette.

Person med ansvar for samordning og fremdrift av samarbeid og koordinering av tjenestene

For brukere som har individuell plan etter sosialtjenesteloven skal det utpekes en person med ansvar for samordning og fremdrift av planen, jf. forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen § 7 første ledd bokstav c. Det følger av rundskrevet til loven punkt 4.28.2 at det i de fleste tilfeller vil være hensiktsmessig at koordineringsansvaret forankres i kommunen, og at koordinator har nærhet til bruker. Det er ingenting i veien for at koordinatoren er knyttet opp til kommunens koordinerende enhet.

I følge hol. § 7-2 skal *helse- og omsorgstjenesten* i kommunen tilby koordinator til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Plikten gjelder uavhengig av om bruker ønsker/har individuell plan, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering § 21 første ledd annet punktum. Kommunen skal ha en koordinerende enhet som bl.a. skal ha ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene, jf. hol § 7-3. Ved dette tilsynet skal det ikke undersøkes om kommunen har koordinerende enhet og hvordan den fungerer.

Løpende samarbeid – ansvarsgrupper e.l.

Kommunen må ha etablert en arbeidsform som sikrer løpende samarbeid mellom de ulike aktørene rundt brukeren. Det kan ikke settes krav om en spesiell måte å organisere dette arbeidet på, men organiseringen må sørge for samarbeid mellom ulike enheter og nivå slik at tjenestene som ytes er samordnet og forsvarlige. En vanlig måte er å etablere en gruppe som møtes planmessig, ofte benevnt som *ansvarsgruppe*. Bruker skal, hvis de selv ønsker det, delta i gruppen.

Rutiner for samarbeid og plan for tjenesteyting

Kommunen må ha etablert rutiner for hvordan arbeidet med IP, eller tilsvarende plan for samordning av tjenestene, skal gjennomføres. Videre må kommunen ha etablert rutine for hvordan ansatte som skal koordinere arbeidet med IP eller tilsvarende plan blir utpekt og hvilket ansvar og arbeidsoppgaver disse er tillagt. Rutinen må være kjent og bli brukt i praksis i aktuelle tjenesteenheter. Ledere for tjenesteenhetene må følge med på at rutinene blir etterlevd, og gjøre nødvendige endringer ved behov.

Kompetanse

Kommunen må sørge for at ansatte som skal koordinere arbeidet med IP eller annen plan for samordning av tjenestene til bruker, har kunnskap om hva dette arbeidet innebærer av ansvar og oppgaver.

Kommunen må sørge for at enheter som har som oppgave å bidra til å utarbeide IP eller annen plan for samordning av tjenestene, har tilstrekkelig kompetanse om rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og om aktuelle problemer og behov disse brukerne kan ha. I tillegg må enheten(e) ha kunnskap om formålet med en IP eller tilsvarende plan, hvordan den skal utarbeides, hvordan bruker skal bli involvert, hvem som bør delta i å utarbeide planen og regelverk for samtykke. Videre må det være kjent hvilke verktøy kommunen bruker og hvordan planen skal nedtegnes skriftlig i journal/saksmappe mv.

Ledelsen må ha tatt stilling til hvilke kompetanse tjenestene må ha. Om de ikke har nødvendig kompetanse må ledelsen sette i verk kompetansehevede tiltak. Kompetansehevede tiltak kan for eksempel være intern opplæring, kurs og videreutdanning, eller å ansette nytt personell med nødvendig kompetanse.

Revisjonskriterier – Samordning av tjenester – samarbeid og plan for tjenesteyting

Kommunen sørger for at tjenesteytingen til den enkelte bruker er planmessig og samordnet ved at:

Det blir utarbeidet plan for tjenesteytingen for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, i form av individuell plan eller annen plan, som ivaretar kravet om å samordne tjenestene.

Brukere som mottar sosiale tjenester og som har IP får utnevnt en person med ansvar for samordning og fremdrift av planen. Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester og som mottar helse- og omsorgstjenester får tilbud om koordinator, uavhengig av om bruker har IP eller ikke.

Mål, tiltak og hvem som har ansvar for å gjennomføre de ulike tiltakene fremgår av IP eller i annen form for plan for samordning av tjenestene. Planen for tjenesteytingen blir brukt aktivt i tjenesteytingen og blir evaluert. Bruker medvirker ved utforming, gjennomføring og evaluering av planen.

Aktuelle aktører som deltar i arbeidet med IP eller annen plan for tjenesteytingen samarbeider løpende og planmessig.

Mål, tiltak, hvem som har ansvar for å gjennomføre tiltakene og evaluering av tjenestene blir nedfelt skriftlig i journal/saksmappe, slik at det er tilgjengelig for personell som har behov for det i den løpende tjenesteytingen og for ledere som skal følge med på tjenestene.

Ledere ved NAV-kontoret og i helse- og omsorgstjenesten etablerer rutiner med klar plassering av ansvar og oppgaver for:

- samarbeid for å utarbeide IP eller annen plan for tjenesteytingen; hvem som skal delta i arbeidet, hvordan planen skal utarbeides, hvordan den skal brukes aktivt og hvordan den skal nedtegnes skriftlig

- å utpeke en person med ansvar for samordning og fremdrift i arbeidet med planen til brukere som mottar sosiale tjenester. For brukere som mottar helse- og omsorgstjenester tilbys koordinator, uavhengig av om bruker har IP
- løpende samarbeid mellom aktørene som er involvert IP eller annen plan for tjenesteytingen, for eksempel ansvarsgrupper

- involvering av brukerne ved utarbeidelse, gjennomføring og evaluering av IP eller annen plan for tjenesteytingen

Ledelsen følger med på at rutinene brukes og om de fungerer etter intensjonen. Endringer blir gjort ved behov.

Ledelsen tar stilling til hvilke kompetanse tjenesten må ha for utføre dette arbeidet. Kompetansehevede tiltak blir satt i verk ved behov.

4. Kommunens tjenester rettet mot brukerens rusmiddelproblem og psykiske lidelse og mot aktuelle somatiske helseproblemer

Kommunenes tjenestetilbud kan være organisert på ulike måter, blant annet ved at tjenestetilbudet som gjelder rusmiddelproblemer er organisert under NAV-kontoret, mens tjenestetilbudet som gjelder psykisk lidelse er plassert i helse- og omsorgstjenesten (for nærmere omtale se kap. 1.3). Kommunen må legge til rette for at brukere som har problemer med både rusmiddelbruk og psykisk helse og behov for tjenester rettet mot begge problemområdene, opplever at de får et samordnet tjenestetilbud, enten den utføres av én enhet eller av flere. Som overfor øvrige brukergrupper, vil tjenestetilbudet som gjelder somatiske helseproblemer ligge innenfor helse- og omsorgstjenestens ansvarsområde.

I dette kapittelet blir det beskrevet hva fylkesmannen skal undersøke når det gjelder kommunens tilrettelegging for, gjennomføring og oppfølging av

- tjenester rettet mot brukerens rusmiddelproblem og psykisk lidelse (kap. 4.1)

- tjenester rettet mot brukerens somatiske helseproblemer (kap. 4.2)

Omtalen av kravene til denne delen av kommunens tjenestetilbud må ses i sammenheng med omtalen i kapittel 3 av kravene til å samarbeide mellom ulike enheter i og utenfor kommunen, ha oversikt og følge med på brukerens situasjon og mulige tjenestebehov og til samordning og koordinering av tjenestene.

4.1 Tjenester rettet mot brukerens rusmiddelproblem og psykiske lidelse

Vi har her tatt utgangspunkt i den nasjonale retningslinjens anbefalinger og anbefalinger fra fagfolk på området om hva som bør inngå i tjenestetilbudet. I hovedsak vil dette være oppgaver som utføres etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Kompetansen hos personellet må – som ved enhver tjenesteyting – være tilpasset oppgavene (jf. nedenfor).

Kartlegge og følge med på brukers rusmiddelproblem og psykiske lidelse

Utforming, gjennomføring og justering av tjenestetilbudet til den enkelte bruker forutsetter at enheten som har ansvar for å yte tjenesten har et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag om brukers rusmiddelproblem og psykiske lidelser og følger med på endringer.

I helse- og omsorgstjenesten kan det være kommunens tildelingsenhet (bestillerkontor, forvaltningsenhet el.) som først kommer i kontakt med brukeren og som starter kartleggingen. En mer inngående kartlegging av brukers rusmiddelproblem og psykiske lidelse vil som oftest foregå over noe tid og løpe samtidig med tjenesteytingen. Kommunen må sørge for at personell som er satt til å foreta de ulike deler av kartleggingsprosessen har tilstrekkelig kompetanse om rusmiddelproblemer og psykiske lidelser og aktuelle behov for tjenester hos brukere som har begge typer problemer. Omfang og innretning av kartleggingen skal gi grunnlag for at brukeren får individuelt tilpassede tjenester innenfor helse- og omsorgstjenestens ansvarsområde. Det kreves ikke et kartleggingsomfang og detaljnivå som ved en diagnostisk prosess.

Kartleggingen må skje på en strukturert måte, ev. ved bruk av kartleggingsverktøy egnet for dette formålet. Dersom det ikke benyttes kartleggingsverktøy, må kommunen ha et annet opplegg som sikrer at relevant og tilstrekkelig informasjon blir innhentet. Kartleggingen må gi tilstrekkelige opplysninger om brukers rusmiddelproblemer (varighet, omfang, endringer, hvilke rusmidler, overdosehistorikk ved opioidmisbruk mv.) om brukers psykiske lidelser (varighet, utvikling, alvorlighetsgrad, typiske symptomer og endring/variasjon av disse mv.), og om hvordan bruker opplever at problemene påvirker hverandre og får konsekvenser for fungering i hverdagen og opplevd livskvalitet.

Som ledd i kartleggingen er det viktig å få informasjon om hvilken form for oppfølging brukeren eventuelt har fra andre tjenesteytere (fastlege, kommunepsykolog, ulike former for lavterskeltilbud mv.) og/eller spesialisthelsetjenesten, slik at kommunens tjenester tilpasses dette (se også kap. 3.1 om samarbeid).

Bruker må informeres om hensikten med kartleggingen.

Utforme mål og tiltak

I samarbeid med brukeren må det på bakgrunn av opplysningene fra brukeren og annen informasjon hun/han har samtykket i at blir innhentet, settes opp mål og aktuelle tiltak for å nå målene. Målene må ta utgangspunkt i brukers ressurser og hva som er viktig å oppnå. Brukeren må i denne prosessen informeres om aktuelle tilbud/tiltak og om tiltak/tilbud i andre deler av kommunens tjenester (jf. kap.3). Mål knyttet til brukers rusmiddelproblem kan dreie seg om å oppnå full rusfrihet eller redusere skadevirkningene ved fortsatt rusmisbruk (skadereduksjon). Mål knyttet til psykisk lidelse kan tilsvarende ligge på ulike ambisjonsnivå.

Ved utformingen av mål og tiltak må det også foretas en vurdering av om det er forhold som kan oppstå pga. brukers rusmiddelmisbruk og/eller psykiske lidelse og livssituasjon som utgjør en særlig risiko for brukeren. Dette gjelder bl.a.:

I samarbeid med brukeren avklare/avtale hvilke tiltak som igangsettes fra personellens side dersom brukeren uteblir fra tjenestetilbudet/ikke er hjemme, og personellet har grunn til å anta at brukers tilstand har forverret seg eller er i ferd med å gjøre det. Dette er aktuelt både når det gjelder brukers rusmiddelbruk og psykisk lidelse og gjensidig forsterkning av disse problemene. Eksempler på tiltak: Personellet kan – på bakgrunn av en konkret risikovurdering – kontakte pårørende, ev. andre involverte tjenesteytere (fastlege, spesialisthelsetjenesten, legevakt, NAV-kontoret). Det må foreligge samtykke tilpasset aktuelle tiltak som er avtalt med brukeren. I samarbeid med bruker vurdere om det er behov for å planlegge for egne tiltak ved kriser og akutte forverringer av brukers rusmiddelproblem og/eller psykiske lidelse. Se nærmere omtale nedenfor.

Det må lages plan for gjennomføring av tjenestene og for evaluering av mål og tiltak. Det er ikke et krav at planen er et selvstendig dokument. Det blir lagt til grunn at mål, tiltak og plan for gjennomføring blir nedtegnet på en slik måte at det kan benyttes som et arbeidsverktøy for ansatte og ledere ved gjennomføring og oppfølging av tjenestene. For omtale av krav til dokumentasjon og mangler ved dokumentasjon, se kap. 2.5.

Systematisk kontakt over tid

I følge faglige anbefalinger er det viktig at brukere får tilbud om systematisk kontakt over tid i form av samtaler. Hensikten med et slikt tilbud er ifølge disse anbefalingene å gi brukeren mulighet til å arbeide med egen motivasjon for å redusere rusmisbruket og forbedre psykisk helsesituasjon og generell livskvalitet og funksjon. Noen brukere kan ha et slikt tilbud hos fastlege. Men kommunen må kunne tilby samtaler som en systematisk kontakt over tid til brukere som ønsker denne type hjelp for sine rusmiddelproblemer og psykiske lidelse. Kontakten må være systematisk i den forstand at det i samarbeid med bruker settes mål og avtales hyppighet og evaluering, og dette gjennomføres ut fra en faglig systematikk. Kommunen står fritt i hvordan den organiserer et slikt tilbud. Dersom brukeren over tid også har lignende former for samtalekontakt med fastlegen, kommunepsykolog og/eller i spesialisthelsetjenesten, er det viktig at kommunens tilbud er samordnet med dette.

Tilbud om samtaler med brukere med langvarige og sammensatte problemer blir fra faglig hold ofte benevnt som *støttesamtaler* og kan tilbys brukere uavhengig av om de har en diagnostisert rus- og/eller psykisk lidelse. Metoder og teknikker brukt i denne formen vil kunne variere ut fra brukers behov og tjenesteyters faglige bakgrunn (sosionom, sykepleier, annen utdanning med tilleggsutdanning/-opplæring innen rus/psykiatri), men uten at det er lagt opp til å behandle spesifikke diagnoser.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste må ha personell med kompetanse til å gjennomføre denne type samtaler og tilby nødvendig opplæring og veiledning underveis. Dersom kommunen ikke har kvalifisert personell, må det tilrettelegges for at brukeren kan få dette tilbudet av andre, for eksempel i nabokommunen eller av fastlege/spesialisthelsetjenesten.

I følge nasjonal retningslinje er *langvarige relasjoner* spesielt viktig for effekten av tiltakene overfor denne brukergruppen. Det er ikke mulig å sette konkrete krav når det gjelder kontinuitet på personellsiden. Kommunen må ha rutiner for å vurdere den enkelte brukers sårbarhet for brudd i tjenestetilbudet og ha tilrettelagt for og sørge for at det foretas kompenserende tiltak ved endringer i personellet (god opplæring/veiledning, overlappingsvakter, klare og om nødvendig skriftlige rutiner for hvordan tjenestene skal utføres, brukere forberedes/involveres ved endringer, eksplisitte krav til hva som skal journalføres for å sikre kontinuitet).

Brukere som trekker seg fra avtalte tiltak

Mange personer i de aktuelle brukergruppene har problemer med å møte til avtalte tider.

Når brukere trekker seg tilbake og motsetter seg å ta imot oppfølging og tjenester, kan det også være tegn på forverring av situasjonen. Ved uteblivelse må personellet gjøre en individuell vurdering av risikofaktorer hos brukeren. Kommunen må ha rutiner for hvordan uteblivelse skal håndteres, slik at det ikke blir tilfeldig og kun opp til den enkelte hva som blir gjort.

Brukere med behov for utredning/diagnostisering/behandling

Hvis det under kontakten med brukeren kommer fram at bruker har behov for/ønsker helsehjelp for sitt rusmiddelproblem og/eller psykiske lidelse utover det helse- og omsorgstjenesten kan yte, må brukeren bistås med å komme i kontakt med fastlege (se også kap. 3.1 om samarbeid med fastlegen). Hva denne bistanden skal bestå i må vurderes i hvert enkelt tilfelle og ut fra brukerens situasjon.

Råd og veiledning om skadereduserende tiltak knyttet til brukeres rusmiddelproblem

Det er ifølge nasjonal retningslinje viktig at personer som ikke klarer å slutte med rusmidler, får tilbud om hjelp til å redusere rusmiddelbruken eller å bruke rusmidler på en måte som medfører mindre alvorlige negative konsekvenser (mindre skadelig bruksmønster). Råd og veiledning på dette området krever at personellet har kunnskap om skader den aktuelle rusmiddelbruken kan medføre og tiltak som kan redusere/forebygge skadene. Skadereduserende tiltak kan for eksempel bidra til mindre alvorlig helseis risiko som overdose, hiv-infeksjon, hepatitt og polyneuropati (nerveskader ved langvarig alkoholbruk). Kommunen må sørge for at personellet som har jevnlig kontakt med brukere med injiserende rusmiddelmisbruk tilbyr råd og veiledning om hvordan brukerne kan unngå å bli smittet av hepatitt C (viktigst fordi dette er den hyppigst forekommende infeksjonen) og av hepatitt B og hiv.

Det er opp til den enkelte kommune hvordan/hvor den har plassert sitt tilbud om råd og veiledning for et mindre skadelig rusmisbruk om dette ivaretas av flere enheter. Hovedsaken er at kommunen sørger for at brukere som har behov for det får denne type hjelp, får den på en samordnet og koordinert måte, og av personell med nødvendige kvalifikasjoner.

Planlegging og gjennomføring av tiltak ved akutte forverringer og kriser

Kommunen (helse- og omsorgstjenesten) må både i startfasen av kontakten med brukeren og fortløpende gjøre en risikovurdering om det er behov for å planlegge for egne tiltak ved forverringer og kriser (jf. mål og tiltak ovenfor). Dette gjelder særlig brukere med alvorlige psykiske lidelser og med risiko for tilbakefall/forverring av sitt rusmiddelproblem og/eller psykiske lidelser. For brukere som trenger en slik type plan, må den inneholde konkret informasjon om hvordan kommunen og andre instanser skal samhandle i krisesituasjoner. Beskrivelse av varselsymptomer, hvilke tiltak som skal settes inn og hvem som skal kontaktes (fastlege, sykehusavdeling, telefonnummer, ev. navn) må utformes i samarbeid med brukeren og med enheter som kan bli involvert, som for eksempel fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Det må være avklart hvem som har ansvar for å ta initiativ til utarbeiding av planen, oppdatere den og sørge for at informasjon og tiltak er samordnet med tilsvarende planer i spesialisthelsetjenesten.

Det er ikke krav om et eget dokument, men aktuelle opplysninger må foreligge samlet. Planen må være kjent for aktuelt personell som er involvert i tjenester til brukeren og som kan bli involvert ved kriser og er tilgjengelig for dem som trenger den i en akutt situasjon. Planen kan inngå i individuell plan for brukere som har en slik. Dersom bruker verken har IP eller ansvarsgruppe, må kommunen på annen måte ha tilrettelagt for at planen er tilgjengelig for dem som trenger den både for planlegging av tiltak og i akutte situasjoner.

I fagmiljøer og i faglige retningslinjer mv. brukes *krisepplan* som betegnelse på denne type plan. Ved tilsynet er det viktig at tilsynslaget i intervjuer og annen kommunikasjon med kommunen og i ev. bevis unngår å bruke begrepet krisepplan uten at funksjon og innhold konkretiseres.

Løpende dokumentasjon av tjenesteytingen

Relevante og nødvendige opplysninger om den løpende tjenesteytingen blir dokumentert som en del av journal og er tilgjengelig for personell som trenger det (jf. kap. 2).

Revisjonskriterier – Tjenester rettet mot brukers rusmiddelproblem og psykiske lidelse

Kommunen sørger for at bruker får individuelt tilpassede tjenester rettet mot sitt rusmiddelproblem og psykiske lidelse ved at:

Brukers rusmiddelproblem og psykiske lidelse blir tilstrekkelig kartlagt til å danne grunnlag for å utforme, gjennomføre og justere tjenestene. Informasjon om ev. oppfølging fra fastlege og/eller spesialisthelsetjenesten inngår i kartleggingen. Kartleggingen skjer på en strukturert måte, ev. ved hjelp av kartleggingsskjema egnet for dette formålet. Brukeren blir informert om hensikten med kartleggingen.

Det blir i samarbeid med bruker utformet mål og tiltak og laget en plan for gjennomføring og evaluering/justering av disse. Risikoforhold knyttet til brukers rusmiddelproblem og psykiske lidelse blir vurdert (uteblivelse fra tjenestetilbudet og akutt forverring/kriser, jf. ovenfor) og aktuelle tiltak avklart/avtalt med bruker.

Det blir tilbudt tjenester i form av

systematisk kontakt over tid i form av samtaler (jf. ovenfor) for brukere som ønsker dette. Hyppighet, mål, innhold og opplegg blir avklart i samarbeid med bruker. Sårbarhet hos brukeren for brudd i tjenestetilbudet blir vurdert og aktuelle tiltak iverksatt. Det blir foretatt risikovurderinger og iverksatt aktuelle tiltak dersom bruker uteblir fra tilbudet (jf. ovenfor). Behov for kontakt med fastlege (ev. spesialisthelsetjenesten) blir løpende vurdert i samråd med bruker.

råd og veiledning om aktuelle skadereduserende tiltak, herunder råd og veiledning til personer med injiserende rusmiddelmisbruk om hvordan de kan unngå å bli smittet av hepatitt C, hepatitt B og hiv.

plan for og gjennomføring av tiltak ved akutte forverringer og kriser for brukere som har behov for dette ut fra sine rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser og risikoforhold knyttet til disse (jf. ovenfor hva disse må inneholde). Utforming av plan skjer i samarbeid med brukeren og med instanser som kan bli involvert. Aktuelt personell kjenner til planen.

Relevante og nødvendige opplysninger om kartlegging, mål, tiltak, planer og om den løpende tjenesteytingen blir dokumentert og er tilgjengelig for personell som trenger dem i den løpende tjenesteytingen og for ledere som skal følge med på tjenestene.

Ledere for helse- og omsorgstjenesten/tjenesteenheten etablerer rutiner og sørger for klar ansvars- og oppgaveplassering slik at

brukers rusmiddelproblemer og psykiske lidelse og behov for tjenester blir kartlagt på en strukturert måte, mål og tiltak tilpasses individuelt og utformes og justeres sammen med brukeren.

tjenestene gjennomføres som forutsatt, i samsvar med brukers behov og mål som er satt i samarbeid med

brukeren og inngår i et samordnet og koordinert tjenestetilbud.
ansatte følger med på om brukers problemer og tjenestebehov endrer seg og meddeler dette til enhet som vurderer tjenestebehovet.
det blir gjort en individuell vurdering hvis bruker uteblir eller motsetter seg avtalte tjenester (for de hvor det ikke er gjort individuell avtale i forkant).
Ledelsen tar stilling til hvilken kompetanse som er nødvendig hos personell som skal utføre tjenestene og setter ved behov i gang opplæring og veiledning.
Ledelsen følger med på at rutiner følges og fungerer som forutsatt og justerer disse ved behov.



4.2 Kartlegge og følge opp somatiske helseproblemer

Rusmiddelbruk er ofte forbundet med dårlig somatisk helse. Bedring av somatiske helseforhold kan bidra til bedring av ruslidelsen og derved få betydning for personens livskvalitet, psykiske lidelse og evne til å mestre vansker.

Kartlegging av somatiske helseproblemer må omfatte somatiske helseproblemer personer med ulike typer av rusmiddelmisbruk er mest utsatt for å få. Det er også viktig å få informasjon fra brukeren om hvilken kontakt/oppfølging hun/han har fra fastlegen eller annet medisinsk hold når det gjelder somatisk helse. Personellet som kartlegger og følger opp brukers somatiske helseforhold må ha helsefaglig kompetanse og om nødvendig få særskilt opplæring/veiledning. Brukere må tilbys informasjon om hensikten med kartleggingen og om begrunnelsen for aktuelle anbefalinger, bl.a. om å ta kontakt med fastlege.

Følgende somatiske helseproblemer må inngå i kartlegging og oppfølgingen av brukerne (jf. bl.a. anbefalinger i nasjonal retningslinje):

Ernæring og tannhelse: Dårlig ernæring er et hyppig forekommende og ofte undervurdert problem hos personer som har et betydelig inntak av rusmidler. Det kan også ha betydning for evnen til å mestre psykiske lidelser. Det må være rutine for å kartlegge hovedtrekk ved brukers ernæringsforhold i form av spisevaner og kosthold og behovet brukeren har for hjelp til å bedre sin ernæringsstilstand. Veining og måling av BMI etc. forventes ikke, men det må være rutiner for følge med om brukers ernæringsforhold/-tilstand forverres og anbefale kontakt med lege/bistå til at bruker får kontakt med lege. Kommunen må gi tilbud om praktisk bistand og opplæring for å ivareta et rimelig bra kosthold (se kap. 5.2). Det må videre være rutine for å etterspørre og anbefale kontakt med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og ved behov anbefale/bistå brukeren til å kontakte denne (gi kontaktinformasjon etc.).

Hepatitt C og andre kroniske infeksjoner: Den viktigste kroniske infeksjonen hos norske rusmiddelbrukere er hepatitt C. Det må være rutine for å kartlegge om brukere som setter rusmidler intravenøst kjenner sin smittestatus når det gjelder hepatitt C. Brukere som ikke vet om de er smittet må anbefales å få klarlagt dette og kontakte fastlege, bl.a. fordi det finnes behandlingsmuligheter for sykdommen. Brukergruppen må tilsvarende anbefales kontakt med lege for vurdering av undersøkelse/oppfølging med henblikk på hepatitt B og hiv. For råd og veiledning om tiltak for å unngå smitte, se omtale under skadereuserende tiltak.

Hud- og bløtdelsinfeksjoner: Personell som kartlegger og følger opp somatiske helseforhold hos personer som setter rusmidler intravenøst, må kjenne til fare for hudinfeksjoner og videre spredning av disse («bløtdelsinfeksjoner» og risiko bl.a. for endokarditt og sepsis) og symptomer/tegn som tilsier behov for rask medisinsk behandling. Det må være rutine for å sjekke om brukeren har/har hatt denne type problemer og hvor alvorlige de er/har vært. Helse- og omsorgstjenesten må tilby særskilt ved mindre alvorlige infeksjoner og bistå til at bruker får mer omfattende helsehjelp om nødvendig.

Resultater fra kartleggingen, vurderinger av behov for tjenester og den videre oppfølgingen blir dokumentert i journal og er tilgjengelig for dem som trenger det i tjenesteytingen og for ledere som skal følge med på tjenestene.

Revisjonskriterier – Kartlegge og følge opp somatiske helseproblemer

Kommunen sørger for at bruker får ivaretatt sitt behov for helse- og omsorgstjenester når det gjelder somatiske helseproblemer – ved at:

Somatiske helseproblemer som personer med ulike typer av rusmiddelmisbruk er mest utsatt for å få, blir kartlagt – herunder brukers situasjon når det gjelder:

- ernæringsforhold og behov for bistand til å bedre sin ernæringsstilstand
- tannhelse og behov for tannhelsetjenester
- kroniske infeksjoner som hepatitt C og B og hiv og behov for undersøkelse og oppfølging hos fastlege
- hud- og bløtdelsinfeksjoner

Som en del av kartleggingen innhentes opplysninger om hvilken kontakt bruker har med fastlegen eller annet helsepersonell når det gjelder somatisk helse.

Brukers tilgjengelige oppfølging for aktuelle problemer fra helse- og omsorgstjenesten.

Helse- og omsorgstjenesten anbefaler bruker å kontakte fastlege, ev. bistår med å ta kontakt, for behov for helsehjelp som ligger utenfor helse- og omsorgstjenestens ansvars-/kompetanseområde.

Nødvendige og relevante opplysninger fra kartleggingen og videre tiltak, oppfølging og anbefalinger blir dokumentert.

Ledere for helse- og omsorgstjenesten/ tjenesteenheter etablerer rutiner og sørger for klar ansvars- og oppgaveplassering, slik at

- somatiske helseproblemer blir kartlagt hos alle brukere
- brukere tilbys nødvendig helsehjelp og annen oppfølging
- bruker får informasjon om hensikten med kartleggingen, om de aktuelle somatiske tilstandene som kartlegges og om grunnlaget for tiltak og anbefalinger

Ledelsen følger med på at rutinene er hensiktsmessige og etterleves.

Ledelsen tar stilling til hvilken kompetanse som ansatte må ha for å kartlegge og for å følge opp de ulike somatiske helseproblemer.

5. Kommunens ansvar for å yte tjenester for at bruker skal mestre å bo i egen bolig

Omfanget av bostedsløshet er stort blant personer med samtidig rusmiddelproblem/-lidelse og psykisk helseproblem/-lidelse. Mange har en ustabil bostedsituasjon, og utfordringene forsterkes i overganger til og fra opphold i behandlingstilbud eller fengsel. I *Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)* påpekes det at en stor andel av de som har vært bostedsløse over lang tid og gjentatte ganger, har rusproblemer og psykiske lidelser. For denne gruppen henger bolig, behandling og oppfølging, og muligheter for arbeid eller aktivitet, uløselig sammen.

I den nasjonale faglige retningslinjen understrekes det at til tross for utfordringer, er det mange brukere med samtidige rusmiddelproblem og psykisk lidelse som klarer å opprettholde en stabil bosituasjon. En stabil bosituasjon med nødvendige hjelpetiltak og etablering av et stabilt og trygt sosialt nettverk, vil være like viktig som andre behandlingstiltak.

Å skaffe varig bolig er ikke en lovpålagt plikt for norske kommuner, men kommunene har plikt til å medvirke til å skaffe bolig til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, jf. hol. § 3-7 og i sotjl. § 15. Det skal **ikke** føres tilsyn med disse bestemmelsene.

I *Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)* defineres den operative siden av boligsosialt arbeid til å bestå av følgende oppgaver: gi råd og veiledning, skaffe egnede boliger, tildele økonomisk støtte, iverksette bo- og nærmiljøtiltak, og gi oppfølging og tjenester i hjemmet. Denne delen av tilsynet er avgrenset til å gjelde følgende tjenester:

 tjenesten opplysning, råd og veiledning jf. sotjl. § 17
 personlig assistanse for å mestre praktiske oppgaver ved å bo, jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b

I fylkesmannens vurdering av kommunens overholdelse av sine plikter, må det også tas hensyn til at kommunen har stor frihet til å organisere sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. I tillegg kan tjenesteinnholdet i disse to tjenestene (opplysning råd og veiledning, jf. sotjl. § 17 og personlig assistanse, jf. hol § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b) være noe av det samme. Se nærmere om dette i kapittel 1.3.

5.1 Tjenesten opplysning, råd og veiledning for mestre å bo i egen bolig

I følge sotjl. § 17 skal kommunen gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Kan kommunen ikke selv gi slik hjelp, skal de så vidt mulig sørge for at andre gjør det. Dette er en av kjerneoppgavene til NAV-kontoret, og hensikten med tjenesten er å forebygge eller løse sosiale problemer.

Opplysning, råd og veiledning vil være viktig for personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk helseproblem som trenger hjelp for å mestre sin bosituasjon. Tjenesten omfatter alt fra enklere veiledning for å kunne håndtere hverdagen til faglig kvalifisert råd. Innholdet i tjenesten må vurderes ut fra behovene til den enkelte bruker, og være i samsvar med gjeldende sosialfaglige normer. Hjelp til selvhjelp er et grunnleggende prinsipp for tjenestens innhold. Gjennom motivasjons- og endringsarbeid skal tjenesten styrke den enkeltes mulighet til å mestre sin livssituasjon på ulike områder, jf. Veileder til sotjl. § 17.

Utføring av tjenester og oppgaver som ligger til andre lovverk eller andre instanser, som for eksempel rus- og booppfølging, kan ikke kreves med hjemmel i sotjl. § 17. Dette gjelder også der kommunen har lagt flere tjenester til NAV-kontoret enn de som er regulert av sosialtjenesteloven (se også kap. 1.3).

Tildeling av tjenesten opplysning, råd og veiledning

Opplysning, råd og veiledning etter sotjl. § 17 er en rettighet for de som trenger og ønsker tjenesten. Det er tilstrekkelig at brukeren har uttrykt et behov for tjenesten, eller at NAV-kontoret har fått kjennskap til behovet på andre måter. Først når tjenesten er i gang vil det konkrete behovet, deltakelse fra brukeren og mulige løsninger vise seg.

Se kapittel 3 for NAV-kontorets ansvar for å kartlegge behovet for samarbeid og koordinerte tjenester.

Vurdering og beslutning

NAV-kontoret skal sikre en forsvarlig vurdering og beslutning når tjenesten innvilges. Dette innebærer at det skal foretas konkrete, individuelle vurderinger av om det er grunnlag for å innvilge eller avslå tjenesten. Det følger av Veileder til sosialtjenesteloven § 17 at det sjelden vil være aktuelt å avslå tjenesten.

Enkeltvedtak er en viktig rettsikkerhetsgaranti, se kap. 1.4. Fylkesmannen skal fokusere på om personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk helseproblem som trenger hjelp til å mestre sin bosituasjon tildeles tjenesten opplysning, råd og veiledning, og at tjenesten gjennomføres med individuelt tilpasset innhold og omfang.

Gjennomføring av tjenesten og samarbeid med relevante tjenesteytere

Fylkesmannen skal undersøke om kommunen gjennomfører tjenesten opplysning råd og veiledning i henhold til lovens krav. NAV-kontorets oppfølgingsansvar overfor den enkelte bruker følger av rettighetsbestemmelsen, kravet til forsvarlighet og formålsbestemmelsen i sosialtjenesteloven.

Tjenesten har nær sammenheng med lovens formål og skal bidra til å bedre levekårene for den enkelte, blant annet ved at den enkelte gis mulighet til å leve og bo selvstendig. For at opplysning, råd og veiledning skal være forsvarlig, må tjenesten gis på en måte som dekker hjelpebehovet og som brukeren forstår. NAV-kontoret må vurdere form og innhold etter brukerens forutsetninger. Bruker kan for eksempel være ruspåvirket, ha sosial angst, lese- og skrivevansker eller ha behov for tolk.

Samtaler er et viktig element i tjenesten opplysning, råd og veiledning. I tillegg kan det være behov for oppfølging av mer praktisk art, som hjelp med å etablere kontakt med andre instanser. Samtaler og annen oppfølging må dokumenteres skriftlig, jf. forsvarlighetskravet i sotjl. § 4, og internkontrollplikten § 5. Saksmappe bør inneholde plan for, og beskrivelse av gjennomføring av tjenesten, med innkalling til samtaler, referater fra samtaler, informasjon om oppmøte eller ikke, tidsfrister for praktisk hjelp mm.

Samarbeid og samhandling med relevante tjenesteytere kan være en sentral del av oppfølgingen etter § 17. Aktuelle samarbeidspartnere kan være den kommunale helse- og omsorgstjenesten, boligkontor, namsmannen e.l. Fylkesmannen skal undersøke og konkludere om NAV-kontoret samhandler med andre tjenester ved behov, se kapittel 3 om samhandling.

Individuell plan (IP) er et felles verktøy som er egnet for samarbeid mellom ulike fagområder, enheter, etater og nivå. NAV-kontoret må på eget initiativ gjøre en konkret vurdering av om brukeren har behov for IP etter sotjl. § 28. Se kapittel 3 om individuell plan.

Innhold i tjenesten opplysning, råd og veiledning for å mestre å bo i egen bolig

Hva som er et forsvarlig innhold og nivå i tjenesten, må vurderes konkret og individuelt, og vurderes fortløpende som ledd i gjennomføringen. Tjenesten vil kunne omfatte alt fra enkel veiledning for å mestre hverdagen i en bolig, til omfattende økonomisk rådgivning.

Konkrete problemstillinger kan for eksempel være betaling av husleie, anskaffelse av møbler og innbo eller tegning av strømabonnement. Selv om hjelpebehovet ofte vil være knyttet til en konkret utfordring, må NAV-kontoret se utfordringen i sammenheng med brukernes helhetlige livssituasjon.

Tjenesten opplysning, råd og veiledning er ofte forbundet med økonomisk rådgivning. Økonomisk rådgivning er én type tjeneste som faller inn under sotjl. § 17. Det er imidlertid for snevert dersom NAV-kontoret kun tilbyr økonomisk rådgivning for å ivareta ansvaret etter § 17.

Brukerens rusmiddelproblem og psykiske problem kan være tema for opplysning, råd og veiledning. NAV-kontoret kan for eksempel hjelpe brukeren til økt innsikt og mestring av sitt misbruk eller sin lidelse ved motivasjons- og endringsarbeid og ved å opprette kontakt med helsevesenet, jf. veileder til sotjl. § 17.

Særlig om økonomisk rådgivning

Mange personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse har problemer med økonomistyring og gjeld. Økonomisk rådgivning kan bidra til at brukeren blir i stand til å mestre å bo i egen bolig.

Det finnes ikke én spesifikk metodisk fremgangsmåte ved økonomisk rådgivning. Saksbehandlingsreglene er ikke direkte lovregulerte, men behandlingen forutsetter at NAV-kontoret har kompetanse om lovverket på mange ulike områder. Dersom NAV-kontoret ikke selv har denne kompetansen, har kommunen anledning til å leie tjenester hos private firma eller andre, så lenge tjenesten er styrt av NAV-kontoret. Kjøp av tjenester til økonomisk rådgivning vil ikke oppfylle plikten til en helhetlig råd- og veiledningstjeneste etter sotjl. § 17.

For å sikre forsvarlig tildeling og gjennomføring av økonomisk rådgivning, må NAV-kontoret kartlegge brukerens økonomiske forhold slik at saken blir tilstrekkelig opplyst. Bruker skal i utgangspunktet selv fremskaffe og dokumentere de opplysninger som er nødvendige. Dersom dette av personlige og praktiske grunner ikke er mulig, kan NAV-kontoret selv innhente opplysninger, forutsatt at bruker samtykker, jf. sotjl. § 43.

Veileder til bruk ved økonomisk rådgivning opererer med tre tiltaksnivåer i økonomisk rådgivning: forebygging/betalingsvansker, midlertidig betalingsudyktighet og varig betalingsudyktighet. NAV-kontoret må tilpasse den økonomiske rådgivningen til den enkeltes forutsetninger og behov etter en individuell vurdering. Det er denne tilpasningen som sikrer at den enkelte bruker får en forsvarlig tjeneste. Hvilke tiltak som skal iverksettes, og hvordan de skal gjennomføres, vil derfor variere.

Tjenesten kan omfatte råd om disponering, reduksjon av utgifter, frivillig lånesperre, oppretting av regningskonto for å sikre betaling av husleie ev. boliglan, informasjon om hvordan man går fram for å kontakte kreditorer eller å kontakte kreditorer med brukers samtykke. Andre tiltak som omfattes er orientering om sosiale og økonomiske rettigheter, som for eksempel bostøtte og hjelp til å søke om økonomisk stønad.

Styring og ledelse av tjenesten

Kommunen må sørge for at tjenesten opplysning, råd og veiledning tildeles, gjennomføres og følges opp i henhold til lov og forskrift. I hvilken grad det er behov for særskilte rutinebeskrivelser når det gjelder tildeling, gjennomføring og oppfølging av opplysning, råd og veiledning må kommunen og NAV-kontoret vurdere. Rutiner og lignende som foreligger skriftlig skal ivareta kravet til forsvarlighet. Rutiner som åpenbart er kjent for ansatte og som ikke foreligger skriftlig kan være tilstrekkelig. Ledere må eventuelt bruke andre virkemidler for å forebygge at det utvikler seg praksis som ikke ivaretar kravet til forsvarlig opplysning, råd og veiledning.

NAV-kontoret må påse at opplysning, råd og veiledning gis av faglig kvalifisert personale. Bestemmelsen pålegger ikke bestemte kvalifikasjonskrav eller utdanningsbakgrunn. Sosialfaglig skjønn og behovet i det enkelte tilfellet skal likevel danne ytre rammer for den råd og veiledning som gis, jf. rundskriv 35, punkt 4.17.2.5. Den som arbeider med disse oppgavene, skal utføre tjenesten på en slik måte at bruker får den hjelpen vedkommende har behov for. NAV-kontoret må identifisere behov for opplæring og/eller veiledning, og kompetansehevende tiltak iverksettes ved behov. En forsvarlig tjeneste krever at ansatte har kompetanse om samarbeidspartnere det er relevant å hente opplysninger hos eller samarbeide med.

Økonomisk rådgivning er en spesialistoppgave innenfor sosialfaglig arbeid, jf. *Veileder til bruk ved økonomisk rådgivning*. Økonomisk rådgivning krever at man har en grunnkompetanse på et felt som berører mange fagområder. Den som yter økonomisk rådgivning må ha kjennskap til *Veileder til bruk ved økonomisk rådgivning*. Dersom ikke NAV-kontoret selv har kompetansen, har kommunen anledning til å kjøpe tjenester hos private firma eller andre, så lenge tjenesten er styrt av NAV-kontoret.

Revisjonskriterier – Opplysning, råd og veiledning for mestre å bo i egen bolig

Kommunen sørger for at tjenesten opplysning, råd og veiledning ytes forsvarlig, ved at:

Tjenesten opplysning, råd og veiledning tildeles etter en konkret individuell vurdering.

Gjennomføring av tjenesten er individuelt tilpasset den enkelte bruker, og det tilbys samtaler etter behov. Opplysninger i saken nedfelles skriftlig.

Bruker får bistand til å komme i kontakt med andre enheter dersom hjelpebehovet går ut over NAV-kontorets ansvars- og kompetanseområde.

Kommunen begrenser ikke rutinemessig innholdet i opplysning, råd og veiledning til kun økonomisk rådgivning.

Økonomisk rådgiver har kjennskap til *Veileder til bruk ved økonomisk rådgivning*.

Dokumentasjon om brukers inntekter, utgifter, eiendeler og gjeld blir kartlagt for å sikre forsvarlig gjennomføring av økonomisk rådgivning. Dersom bruker ikke er i stand til å fremskaffe dokumentasjonen selv, kan NAV-kontoret gjøre det, forutsatt at bruker samtykker.

Ledere for tjenesten etablerer rutiner med klar plassering av ansvar og oppgaver, slik at:

Tildeling, gjennomføring og innholdet i tjenestene blir utført på en strukturert måte, og det ikke er overlatt til den enkelte ansatte hvordan det skal gjøres.

Brukerens rett til å få være med ved utforming av tjenestetilbudet blir ivarettatt, og tilbudet blir individuelt tilpasset.

Ledelsen følger med på at rutinene brukes og om de fungerer etter intensjonen, og gjør endringer ved behov.

Ledelsen har tatt stilling til hvilken kompetanse tjenesten har behov for ved å utføre dette arbeidet. Kompetansehevende tiltak blir satt i verk ved behov.

5.2 Hjelp til å mestre løpende praktiske oppgaver i boligen

Tjenesten som beskrives her er en tjeneste etter helse- og omsorgstjenesteloven, men som tidligere beskrevet (se kap. 1.3) i det være gråsoner mellom innholdet i tjenester som ytes etter holl. og etter sotjl § 17. Tjenesten kan ytes av ansatte både i NAV-kontoret og i helse- og omsorgstjenesten avhengig av hvordan kommunen har valgt å organisere sine tjenester.

Hjelp til å mestre løpende praktiske oppgaver i boligen og til å ivareta et rimelig bra kosthold kan ytes av ansatte både ved NAV-kontoret og i helse- og omsorgstjenesten. Det vil variere hvordan kommunen benevner denne tjenesten. Noen bruker begrepene i lovverket (personlig assistanse, praktisk bistand og opplæring og opplysning, råd og veiledning), andre benytter begrep som booppfølging, boveiledning, miljøarbeid e.l. Tilsynslaget må gjøre seg kjent med hvordan den enkelte kommune benevner denne tjenesten, og benytte det i kommunikasjon med kommunen. Her i veilederen bruker vi *praktisk bistand og opplæring*.

Ved dette tilsynet er det to områder vi ber fylkesmannen fokusere på:

bistand for å ivareta de løpende praktiske oppgaver i boligen
praktisk hjelp til å ivareta et rimelig bra kosthold

Brukere med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse kan ha lite erfaring med, eller kunnskap om, praktiske sider ved det å bo i egen bolig. Brukere kan ha behov for bistand til en del grunnleggende oppgaver, som hvordan man holder boligen rimelig ren og ryddig, hvordan man håndterer søppel, hvordan man vasker klær o.l. Det kan også være behov for bistand og veiledning i oppgaver som å hente og åpne post, betale regninger, holde viktige avtaler og lese av strøm. Videre kan enkelte trenge hjelp til å planlegge måltider, handle inn nødvendige dagligvarer, eller ha behov for opplæring i hvordan man tilbereder mat og generelle råd om ernæring og kosthold.

Noen brukere kan på sikt og etter opplæring klare å mestre de praktiske oppgavene selv. Med opplæring menes her målrettede tiltak for å øke den enkeltes ferdigheter. Formålet er at bruker skal bli mest mulig selvhjulpne i dagliglivet. I følge Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) vil individuelt tilrettelagt opplæring i gradvis å kunne ta ansvar for eget kosthold være et viktig element i rusbehandling. For andre brukere vil ikke opplæring være aktuelt, og tjenesten blir da i større grad ytt ved at ansatte gjennomfører nødvendig praktisk arbeid i boligen, med mer eller mindre deltakelse fra brukere.

Noen brukere er stabile i sine behov for tjenester. For andre kan endringer i livssituasjon og tjenestebehov endre seg både raskt og ofte. Motivasjonen for å motta tjenester kan også svinge, og brukere kan i perioder oppholde seg andre steder enn i boligen (for eksempel i en annen kommune). Hvor mye tjenester kommunen yter til en bruker kan derfor variere med brukerens situasjon og ønske om å motta hjelp. Fylkesmannen må ta hensyn til dette når de bedømmer kommunen.

Kartlegge og vurdere brukerens ressurser og behov

Den første innhenting av opplysninger om brukere (se kap. 3.2) kan avdekke at brukere har problemer med å mestre ulike praktiske oppgaver i boligen. Enheten som yter denne tjenesten må da foreta en kartlegging for å identifisere hva brukeren selv kan mestre og hva han/hun har behov for hjelp til å ivareta. Det hører med å vurdere om brukeren har ressurser til selv å mestre noen av oppgavene på sikt hvis hun/han får opplæring. I kommuner med bestiller-utførerorganisering vil det ofte være bestillerenheten som foretar denne kartleggingen og vurderingen. Kartleggingen må skje på en strukturert måte, eventuelt ved bruk av kartleggingsverktøy, slik at hva og hvordan kartleggingen skal utføres ikke blir opp til den enkelte tjenesteyter. Brukere må få informasjon om hensikten med kartleggingen. Resultatet av kartleggingen og vurderingene som er gjort skal nedfelles skriftlig.

Tjenester med opplæring som formål – Mål, tiltak og evaluering av tjenesten

Dersom det er vurdert at brukere, etter opplæring, har potensiale for å kunne ivareta en eller flere av oppgavene selv, må det sammen med brukere formuleres mål og tiltak for å nå målene. Det må lages plan for gjennomføring av tjenestene og for evaluering. Det er ikke stilt krav om at planen er et selvstendig dokument. Det blir lagt til grunn at mål, tiltak og plan for gjennomføring blir nedtegnet i journal/saksmappe på en slik måte at det kan benyttes som et arbeidsverktøy for ansatte og ledere ved gjennomføring og oppfølging av tjenestene.

Tjenester uten opplæring som formål

Der det ikke er aktuelt med opplæring av brukere for å ivareta praktiske oppgaver i boligen, men hvor oppgavene utføres av ansatt, kan det ikke forventes at mål, tiltak og plan er utformet og nedtegnet på samme systematiske måte. Der må det fremgå, for eksempel i vedtak eller annen dokumentasjon, hvilke oppgaver tjenesteyter skal gjøre i boligen til brukere og hvor ofte det skal gjøres.

Følge med på endringer i brukerens situasjon

Noen brukere har stabile behov. Hos andre kan endringer i livssituasjon og tjenestebehov endre seg både raskt og ofte. Tjenesteyterne må løpende følge med på endringer hos brukerne, og melde fra til enheten som vurderer behov og tildeler tjenester når de observerer endringer.

Det er en forutsetning at brukere er involvert gjennom hele prosessen med å identifisere ressurser og behov, utforme tjenestens innhold og evaluere tjenestene. Tjenestene må være individuelt tilpasset og noe brukeren selv ønsker.

Dokumentasjon av løpende tjenesteyting

Det blir forventet at det i den løpende tjenesteytingen blir nedtegnet skriftlig hvilke tjenester som er ytt, hva som er observert, eventuelle endringer som er gjort mv. (se kap. 2.5). Alle som yter tjenesten praktisk bistand og opplæring skal vite hva som er gjort og planlagt, og ledere skal kunne følge med på tjenesteytingen. Dette gjelder både der brukere får opplæring og der ansatte utfører oppgaven for brukere.

Kompetanse

Hvilken kompetanse ansatte som utfører tjenesten praktisk bistand og opplæring må ha er vanskelig å konkretisere. Det kan være samme personell som yter praktisk bistand og opplæring som også ivaretar oppfølging av brukerens rusmiddelproblem og psykisk lidelse. Behovet for fagkompetanse vil da være høyere enn når en ansatt kun utfører de praktiske oppgavene for brukere.

Ledelsen må ta konkret stilling til hvilken kompetanse som er nødvendig ut fra brukerens situasjon og behov, slik at tjenestene som ytes til enhver tid er forsvarlige.

Revisjonskriterier – Hjelp til å mestre løpende praktiske oppgaver i boligen



Kommunen sørger for at bruker får individuelt tilpassende tjenester for å mestre praktiske oppgaver i boligen, ved at:

Brukernes ressurser og hvilke oppgaver de mestrer/ikke mestrer selv knyttet til løpende praktiske oppgaver og kosthold/matlaging blir kartlagt på en strukturert måte. Bruker får informasjon om hensikten med kartleggingen. Det blir vurdert om bruker har potensiale for å mestre oppgavene på sikt hvis han/hun får opplæring. Det blir vurdert og besluttet hvilke tiltak bruker har behov for og selv ønsker, tjenestene blir individuelt tilpasset.

Mål, tiltak og plan for gjennomføring av tiltakene blir utarbeidet for tjenester som har som formål å øke brukers ferdigheter (opplæring). Dette blir gjort i samarbeid med bruker. Tiltakene blir revurdert ved behov.

Det for tjenester som ikke har opplæring som formål, blir nedtegnet hva hjelpen skal bestå i og hvor ofte den skal ytes. Bruker involveres når tiltak skal utformes.

Tjenesteytere følger løpende med på ev. endringer i situasjon og tjenestebehov hos bruker, og melder fra til enheten som har ansvar for å vurdere brukernes behov for tjenester.

Resultatet fra kartleggingen og vurdering av behov blir nedfelt skriftlig i journal/saksmappe. Mål, tiltak, evalueringer og løpende tjenesteyting blir også nedtegnet. Den løpende tjenesteytingen nedtegnes på en slik måte at det fungerer som et arbeidsverktøy for ansatte som yter tjenestene og for ledere som følger med på tjenesten.

Ledere for tjenesten etablerer rutiner med klar plassering av ansvar og oppgaver for:

strukturert kartlegging av ressurser, og vurdering av behov for tjenester og potensiale for opplæring. Tiltak

tilpasses individuelt og blir utformet sammen med bruker

utarbeiding og evaluering av mål, tiltak og plan for gjennomføring av tiltak for tjenester som har opplæring som formål

at resultatet av kartlegging, vurdering, valg av tiltak og løpende tjenesteyting nedtegnes i journal/saksmappe

løpende å følge med på endringer i brukernes situasjon og behov for tjenester, og meddeler endringer til enheten

som har ansvar for å vurdere tjenestebehov

å involvere bruker ved kartlegging av behov og ressurser, utforming og evaluering av tjenesten, og ved utforming av mål og tiltak der det er aktuelt

Ledelsen følger med på at rutinene brukes i praksis og om de fungerer etter intensjonen, og gjør endringer ved behov.

Ledelsen tar stilling til hva som er nødvendig kompetanse hos ansatte som yter praktisk bistand og opplæring til den enkelte bruker. Kompetansehevede tiltak og opplæring blir satt i verk ved behov.

6. Forberede og gjennomføre tilsynet

6.1 Metode, volumkrav, kompetanse i tilsynslaget

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon i henhold til gjeldende *Veileder for tilsyn utført som systemrevisjon* (Internserien 4/2018) og rapportmal, og *Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter* (Internserien 8/2011).

Fylkesmennene skal intervju et utvalg brukere som del av informasjonsinnhenting ved tilsynet (se kap. 6.2).

Dette landsomfattende tilsynet inngår i volumkravene for tilsyn med helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. Hver fylkesmann skal i løpet av to år (2017 og 2018) gjennomføre seks tilsyn, med unntak av Oslo og Akershus, Hordaland og Aust- og Vest-Agder som skal gjennomføre ti tilsyn i løpet av samme periode. Verdien av hvert tilsynet utgjør 1,0 systemrevisjon for sosiale tjenester og 1,5 systemrevisjon for kommunale helse- og omsorgstjenester. Tilsyn i en kommune med både NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten, vil dermed telle til sammen 2,5 systemrevisjon.

Endelig rapport fra alle tilsynene skal være ferdig innen 1. november 2018.

Det skal være samme tilsynslag som gjennomfører tilsynet både med NAV-kontoret og kommunens helse- og omsorgstjeneste. Tilsynslaget må ha medlemmer med fagkompetanse/erfaring fra sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester.

Informasjon om mulige valgfrie aktiviteter

Embeter som ser mulighet for å rekruttere og lære opp brukerrepresentant til å delta i tilsynslaget, kan om ønskelig gjøre det. Vi viser til brev fra Helsetilsynet datert 28. oktober 2016 til fylkesmennene, med invitasjon til å søke stimuleringsmidler for å styrke involvering av pasienter, brukere og pårørende i tilsyn. I brevet går det frem at Helsetilsynet gjerne ser at 5–6 av fylkesmennene prøver ut fagrevisor med bruker- og pårørendekompetanse i tilsynslaget ved gjennomføring av tilsyn.

6.2 Brukere som informanter ved tilsynet

Vi anbefaler at tilsynslaget intervjuer 4–6 brukere som mottar eller nylig har mottatt tjenester fra kommunen. Hvis en eller flere brukere som intervjues får tjenester både fra NAV-kontoret og fra helse- og omsorgstjenesten bør antallet intervjuer være minimum 4. Hvis det er brukere som bare får tjenester fra NAV-kontoret eller helse- og omsorgstjenesten, kan det være nødvendig å intervju flere.

Vi anbefaler at fylkesmannen ber om oversikt fra NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten over aktuelle brukere med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse, og hvilke tjenester de mottar. Fylkesmannen velger ut hvem de ønsker å intervju. Brukerne som intervjues behøver ikke være de samme som tilsynslaget velger å lese journalene til.

Invitasjon til brukerne må være skriftlig, og sendes per post. Hvis nødvendig kan den også formidles via NAV-kontoret eller helse- og omsorgstjenesten. Utkast til brev finnes i vedlegg 2. Vi anbefaler at revisjonsleder følger opp ved å kontakte inviterte brukere per telefon og forklarer hva de er invitert til å være med på. Det er viktig å trygge mh. konfidensialitet/taushetsplikt mv. Videre må sted og tidspunkt for samtalen avtales. Det anbefales at bruker får en påminnelse om avtalen per sms dagen før intervjuet.

Brukerne bør intervjues én og én, det frarådes intervju av flere brukere sammen. Bruker kan ha med seg en person som støtte under intervjuet. Intervjuene bør gjennomføres før intervju med ansatte og ledere, slik at informasjon fra brukervintervjuene kan brukes til å forberede øvrige intervjuer og annen informasjonsinnhenting.

Intervjuene bør gjennomføres på et sted som er lett tilgjengelig og som oppleves som en trygg arena for brukerne. Å benytte brukerens bolig anbefales bare der brukeren klart uttrykt ønske om det. Antall som gjennomfører intervjuene bør ikke overstige tre, to vil være mest gunstig.

Det bør settes av 30–45 minutter til hvert intervju. Temaene for tilsynet er rammen for intervjuet, og særlig viktig er det å få frem informasjon om brukerne opplever at de blir involvert ved planlegging, gjennomføring og evaluering/ending av tjenester. Informasjonen som kommer frem bør oppsummeres sammen med brukeren for å sikre en felles forståelse. Informasjonen fra brukerne skal brukes på lik linje med annen informasjon. Ved bevisvurderingen må informasjon fra brukere sees i sammenheng med annen innhentet informasjon ved tilsynet.

Fylkesmannen skal dekke reiseutgifter med offentlig kommunikasjon for brukerne. Hvordan dette skal ordnes rent praktisk må fylkesmannen selv bestemme. Det kan være at tilsynslaget har med en kontantbeholdning, slik at eventuelle reiseutgifter kan refunderes der og da, eller at bruker får bistand til å lage reiseregning som sendes til fylkesmannen.

Fylkesmannen kan gjerne kontakte brukerorganisasjon(er) som kjenner kommunen for å få bistand i planleggingen av intervjuene av brukere. Brukerorganisasjonene kan også bidra med råd knyttet til praktisk gjennomføring, herunder gode intervjusteder.

Fylkesmannen sender kopi av endelig rapport med eget oversendelsesbrev til brukere som er intervjuet.

6.3 Valg av kommuner og tjenestesteder

Fylkesmannen velger ut kommunene det skal gjøres tilsyn med. Valget foretas som ved øvrige tilsyn på bakgrunn av risikovurderinger, lokal kunnskap om tjenestene og hensyn som vedrører fylkesmannens samordning av tilsynsaktiviteter i kommunene. Kommunestørrelse og antall brukere med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse kan også ha betydning for valg av kommune.

6.4 Kontakt med kommunen under planlegging og forberedelser av tilsynet

Siden tilsynet omfatter både NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenestene er det viktig at tilsynslaget setter seg godt inn i hvordan hver enkelt kommune har organisert sine tjenester, og hvordan de har tilrettelagt for nødvendig samarbeid internt i kommunen og med enheter utenfor, f.eks. fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Vi anbefaler at tilsynslaget ber om å få kontaktperson som kan representere både NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten for å lette samordningen av tilsynet. Tilsynslaget vurderer om det er behov for å ha formøte med kommunene.

I god tid før tilsynet må fylkesmannen be om å få oversikt over aktuelle brukere ved NAV-kontoret og ved helse- og omsorgstjenesten. Fylkesmannen vurderer selv om de vil be om utskrift av journal/saksmappe for aktuelle brukere for å lese på forhånd, eller om de vil lese elektronisk på selve tilsynsbesøket. Journalene/mappene fylkesmannen velger å gå gjennom bør være for brukere som har eller forholdsvis nylig (i løpet av siste 12 måneder) har hatt tjenester fra kommunen. Vi anbefaler minimum 15 mapper fordelt på NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten.

6.5 Gjennomføring av tilsynsbesøket

Gjennomføring av tilsynet følger gjeldende prosedyre for systemrevisjon. Det anbefales å ha felles åpnings- og sluttmøte, hvor både ansatte og ledere ved NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten inviteres. Fylkesmannen bør sterkt oppfordre til at så mange som mulig deltar på begge møtene.

6.6 Rapport etter gjennomført tilsyn

Fylkesmannen utarbeider rapport i henhold til gjeldende rapportmal og føringene i gjeldende prosedyre for systemrevisjon. Det skal være en felles rapport til kommunen, som omhandler både NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten.

Det skal fremgå av rapporten hvor mange brukere som er intervjuet, men navn på brukerne skal ikke oppgis.

I beskrivelsen av virksomheten (kapittel 2 i rapporten) er det viktig at det kommer tydelig fram hvordan kommunen har organisert de aktuelle tjenestene dette tilsynet omfatter og tilhørende styringslinjer.

Som tekst i rapportens kapittel 4 om hva tilsynet omfattet kan brukes teksten i kapittel 1.1.

Informasjon innhentet fra intervju med brukere skal brukes på lik linje med annen innhentet informasjon og sammenholdes med denne når det skal vurderes om det foreligger lovbrudd eller ikke. Informasjon fra brukere skal ikke alene utgjøre faktagrunnlaget for konklusjon om lovbrudd.

Det bør framgå av formuleringen av lovbruddet hvorvidt lovbruddet omfatter henholdsvis NAV-kontoret, helse- og omsorgstjenesten eller begge tjenesteområdene.

Dersom et lovbrudd gjelder mangler ved tjenester for oppfølging av rusmiddelproblem etter helse- og omsorgstjenesteloven og den aktuelle tjenesten er plassert i NAV-kontoret, må det framgå tydelig av styringsbevisene hvorvidt tjenesten er styrt av leder ved NAV-kontoret eller av leder i helse- og omsorgstjenesten. Styringskravene (se kap. 2.2) for disse to tjenesteområdene er i hovedsak like. Men hjemmel for lovbruddet må uansett stemme med den faktiske styringsstrukturen. Dette vil også kunne ha betydning for fylkesmannens oppfølging av lovbruddet.

Ved lovbrudd som omfatter begge tjenesteområder – for eksempel gjelder mangler ved samarbeid mellom dem – hjemles lovbruddet i sosialtjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og begge «styrings»-forskriftene. I hvert av bevisene må det framgå tydelig hvilket tjenesteområde dette omhandler, ev. om det gjelder begge. Lovbruddet må ha et tilstrekkelig faktagrunnlag om styringssvikt i begge tjenestene.

Ved konklusjoner om lovbrudd når det gjelder samarbeid om og samordning av tjenestene og ev. andre lovbrudd som gjelder begge tjenesteområder, anbefaler vi at fylkesmannen benytter muligheten rapportmalen gir til å sette inn en kommentar som forklarer kort hvorfor det er konkludert med lovbrudd, ev. også med en kort forklaring av hva lovkravene innebærer. Det

siste kan ev. tas inn som en del av kapittel 6.

Vi anbefaler også å bruke kapittel 6 i rapporten. Styringslinjene for de to tjenesteområdene møtes i en del av kommunene ikke før på rådmannsnivå. Det er viktig å gi en samlet vurdering av styringssvikten og konsekvensene av denne når tilsynet har fokusert på en brukergruppe med sterkt behov for et koordinert og helhetlig tjenestetilbud.

6.7 Oppsummering av tilsynet

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene utarbeide en nasjonal oppsummeringsrapport for dette landsomfattende tilsynet.

7. Vedlegg

7.1 Vedlegg 1 Litteraturliste, noen nettsider og aktuelt regelverk

Litteratur

Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter. IS-8/2015. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>

Prop. 91 L (2010-2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.

Prop. 15 S (2015-2016). Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling. IS -1948. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.

Sammen om mestring. Veileder i psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. IS-2076. Oslo: Helsedirektoratet, 2014

Et fullverdige liv. Rus og psykisk helse – et bedre tilbud til de sykeste. Innspillsrapport 2015. Oslo: Den norske legeforening, 2015.

Rundskriv til sosialtjenesteloven. Hovednr. 35. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2012.

Veileder til bruk ved økonomisk rådgivning. NAV September 2013. Sist endret april 2016.

Veileder til sosialtjenesteloven § 17. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2014.

Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020). Oslo: Departementene, 2014.

Kartlegging av tjenester og ledelse ved NAV-kontorer. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet: 2014.

Et NAV med muligheter. Bedre brukermøter, større handlingsrom og tettere på arbeidsmarkedet. Gjennomgang av NAV. Sluttrapport fra Ekspertgruppen. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet, 2015.

Aakerholdt A et al. Hjelp til å bo. Oppfølging i bolig til personer med rus- og psykisk lidelse. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2016.

Biong B, Ytrehus S (red.). Helsehjelp til personer med rusproblemer. Oslo: Akribe, 2012.

Evjen R, Kielland KB, Øiern T. Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.

Gråwe RW (red.). Kombinert behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse. Kunnskapsbaserte behandlingstiltak innen rus- og avhengighetsmedisin. Bergen: Fagbokforlaget, 2016.

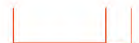
Hummelvold JK. Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.

Lossius K (red.). Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat alvorlig rusmiddelavhengighet. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.

Noen aktuelle nettsider:

Helsedirektoratets nettsider om psykisk helse og rus

Informasjon fra Helsedirektoratet på Helsenorge.no om behandling av samtidige rusproblemer og psykiske lidelser.



Senter for rus- og avhengighetsforskning – SERAF (UiO)

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid - NAPHA

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Kompetansesenter rus i syv regioner

Region øst _____

Region Midt-Norge _____

Region Vest Bergen _____

Region Vest Stavanger - _____

Region Sør _____

Region Oslo _____

Region Nord

Aktuelt regelverk

Lover (korttitler i parentes)

Lov av 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven - hol)

Lov av 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl)

Lov av 18. desember 2009 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven - sotjl)

Lov av 2. juli 1999 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven - hpl)

Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven - fvl)

Forskrifter

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring)

Forskrift om internkontroll for kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen (forskrift om internkontroll i kommunalt NAV)

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (forskrift om habilitering og rehabilitering)

Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen (forskrift om individuell plan i NAV)

Forskrift om pasientjournal (journalforskriften) _____

Forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (forskrift om helsepersonellovens anvendelse)

7.2 Forslag til tekst – Brev til brukere med invitasjon til intervju

Av redigeringshensyn er dette brevutkastet publisert som wordfil.

Veldegg 7.2 Forslag til tekst – Brev til brukere med invitasjon til intervju (Word) NB: wordfila blir ikke automatisk med ved konvertering til pdf.
