

FORVALTNINGSREVISJON

Rus- og psykiatritjenesten

Berlevåg kommune



Rapport 2025

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Berlevåg kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot rus- og psykiatritjenesten. Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner § 23-2 bokstav c. Ifølge kommuneloven § 23-3 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Krav til revisors uavhengighet følger av kommuneloven § 24-4 og av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16, 17, 18 og 19. Før igangsetting av forvaltningsrevisjonen har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor Berlevåg kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Berlevåg kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Tromsø, 20.10.2025

Margrete Mjølhus Kleiven
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Mathias Brattli Agaze
Prosjektleder, forvaltningsrevisor

SAMMENDRAG

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført med bakgrunn i følgende problemstillinger:

1. Har Berlevåg kommune dokumenterte systemer og rutiner som er egnet til å sikre et tjenestetilbud i tråd med regelverket til brukere som har psykiske lidelser og/eller et rusmiddelproblem?
2. Tilbyr Berlevåg kommune tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske lidelser individuell plan og koordinator når de har behov for langvarige og koordinerte tjenester?
3. Sikrer Berlevåg kommune at innbyggere i målgruppen for tjenesten får tilstrekkelig informasjon om tjenestene kommunen tilbyr?

Funn, vurderinger og konklusjoner

Systemer og rutiner

Under problemstilling nr. 1 har vi konkludert med at Berlevåg kommune i liten grad har dokumenterte systemer og rutiner som er egnet til å sikre et tjenestetilbud i tråd med regelverk til brukere med psykiske lidelser og/eller et rusmiddelproblem.

Rus- og psykiaritjenesten i Berlevåg kommune er en lavterskel tjeneste for dem som sliter med rus og psykiske plager og lidelser. Det er i 2025 anslått at tjenesten har 20-25 brukere, hvor 10-12 av disse ifølge tjenesten har hyppigst kontakt med dem. Tjenestetilbudet varierer fra støttesamtaler og hjelp til mestring av dagliglivets gjøremål, til koordinering av hjelpetiltak og individuell plan.

Revisors undersøkelse har vist at kommunen har etablert sektorplan for Helse- og omsorg for perioden 2020-2024 og en rus- og psykiatriplan for perioden 2021-2025. Det vurderes som positivt at planen definerer mål for tjenesten og utgjør en form for dokumentering av hvordan kommunen ønsker å organisere tjenesten. Det er også vurdert som positivt at kommunen dokumenterer saksbehandlingen i forbindelse med enkeltvedtak, og at dette gjenspeiler seg i vedtak som gjør bruker i stand til å ivareta sine rettigheter.

Når det gjelder rutiner mv., viser undersøkelsen at kommunen i liten grad har etablerte rutiner som beskriver hvordan tjenesten skal håndtere blant annet journalføring, avvikshåndtering og håndtering av kjente risikoer i arbeidet. Videre er det ikke etablert stillingsinstruksjoner for de ansatte i rus- og psykiaritjenesten og det er ikke administrativ delegering til enhet for helse- og omsorg. Kommunen har i liten grad gjennomført en overordnet og systematisk vurdering av hvor omfattende styringssystem rus- og psykiaritjenesten skal ha, og i hvilken grad dette skal dokumenteres. Dette utgjør etter revisors vurdering mangler ved kommunens styringssystem som trekker ned i vurderingen. I revisors vurdering har det også trukket ned at kommunen ikke har planlagt eller gjennomført systematisk innhenting av brukererfaringer.

Individuell plan

På problemstilling nr. 2 har vi konkludert med at Berlevåg kommune i stor grad tilbyr tjenestemottakere med rusproblemer og/eller psykiske lidelser individuell plan når de har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

I vurderingen har det trukket opp at tjenesten til revisor har beskrevet hvordan de tar med seg individuell plan i vurderingen når de møter brukeren, og at de dokumenterer de tilfellene hvor bruker selv takker nei til individuell plan. Samtidig har det trukket noe ned i vurderingen at deres beskrivelse av hvordan de jobber med individuell plan i liten grad er dokumentert, og at

føringer i IPLOS viser noe sprikende praksis hva gjelder bruk av individuell plan og koordinator.

Informasjon til brukergruppen

På problemstilling nr. 3 har vi konkludert med at Berlevåg til dels sikrer at innbyggere i målgruppen for tjenesten får tilstrekkelig informasjon om tjenestene kommunen tilbyr.

Vår undersøkelse har vist at rus- og psykiatritjenesten har et godt samarbeid med legetjenesten og andre kommunale tjenester. Videre har kommunen tilgjengelig informasjon om tjenestens tilbud på egne nettsider, og har brukt kommunens side på Facebook til å annonsere at de starter opp tilbud om åpen møteplass for voksne. Dette er funn som vi har vektlagt positivt i vår vurdering under problemstilling nr. 3.

På den andre siden viser vår undersøkelse at kommunen i varierende grad tar i bruk ulike informasjonskanaler, og at rus- og psykiatritjenestens tilbud i liten grad består av tjenester som bruker selv kan oppsøke uten påmelding og uten at det fattes vedtak på tjenesten. Dette er funn som har trukket noe ned under vurderingen av om kommunen gir målgruppen tilstrekkelig informasjon om tjenestene kommunen tilbyr.

Anbefalinger

På bakgrunn av våre funn, vurderinger og konklusjoner har vi gitt følgende anbefalinger til kommunen:

Berlevåg kommune må påse at det etableres og gjennomføres systematisk styring av tjenestene innen rus og psykisk helse i henhold til kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Som en del av kommunens forbedringsarbeid i den anledning anbefaler vi Berlevåg kommune å:

- Utarbeide og vedta administrativ delegering til enhet for helse og omsorg
- Utarbeide stillingsinstruksjoner for rus og psykiatritjenesten
- Vurdere i hvilket omfang rutiner og retningslinjer for rus- og psykiatritjenesten skal skriftliggjøres, og sikre at skriftliggjorte rutiner blir registrert i Compilo
- Utarbeide rutine for melding og oppfølging av avvik
- Sikre at all dokumentasjon relatert til brukere lagres i fagsystemet Profil
- Jevnlig gjennomføre og dokumentere evaluering og eventuell korrigerende av rus- og psykiatritjenestens aktiviteter og tjenestetilbud

Innhold

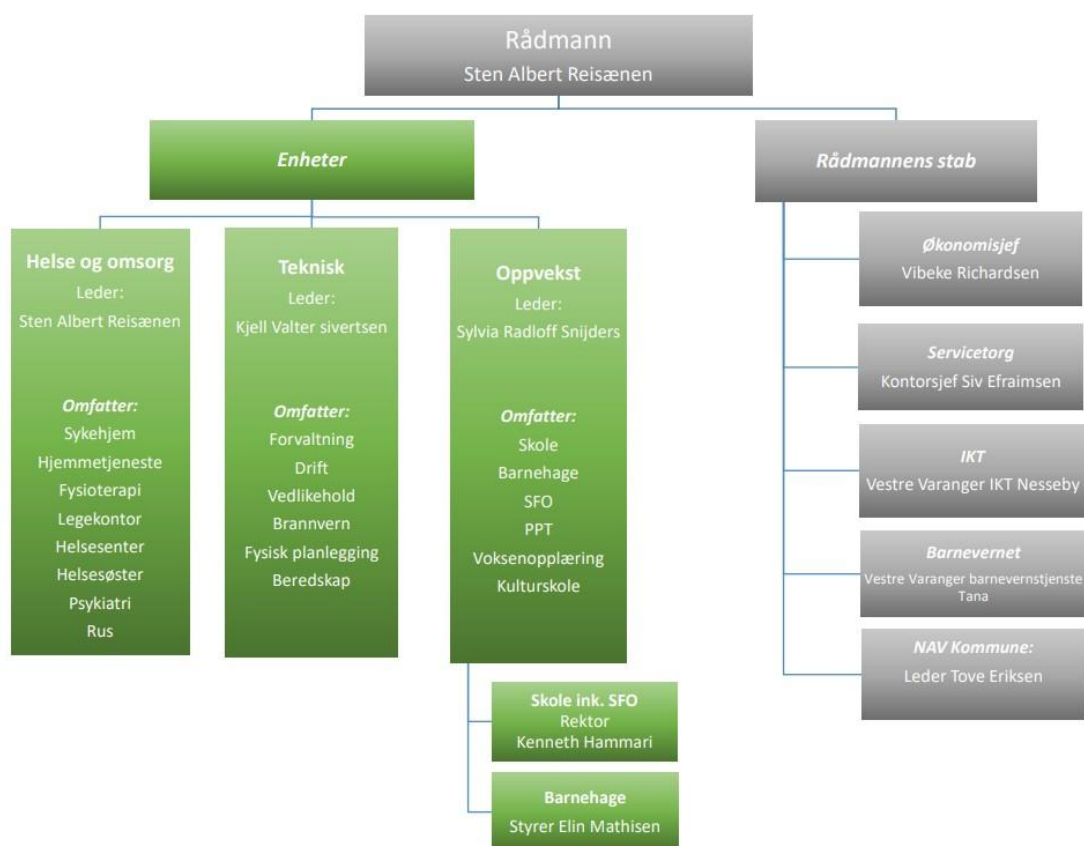
SAMMENDRAG	2
1 INNLEDNING	5
2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	6
2.1 Problemstillinger	6
2.2 Revisjonskriterier	6
2.2.1 Kilder for utledning av revisjonskriterier.....	6
2.2.2 Utledning av revisjonskriterier for dokumenterte systemer og rutiner	6
2.2.3 Utledning av revisjonskriterier for individuell plan og koordinator	9
2.2.4 Utledning av revisjonskriterier for informasjon om tjenestetilbudet til målgruppen	10
3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING	12
3.1 Metode og datamateriale	12
3.2 Gyldighet og pålitelighet	12
3.3 Avgrensninger	13
4 STYRINGSSYSTEMET	14
4.1 Tjenestens organisering, ansvarsområder m.m.	14
4.1.1 Organisering	14
4.1.2 Tjenestetilbudet	14
4.1.3 Delegasjonsreglement og stillingsinstrukser	15
4.1.3 Sektorplan Helse- og omsorg 2020-2024	15
4.1.4 Rus og psykiatriplan	15
4.2 Skriftlige rutiner og dokumentering av tjenestens arbeid	16
4.3 Vedtaksbestemte tjenester	17
4.4 Internkontroll, avvik og klager	17
4.5 Styringssystemets gjennomføring – revisors gjennomgang av enkeltsaker	17
4.5.1 Saksutredning, begrunnelse og lovhjemmel	17
4.5.2 Registreringer av opplysninger og dokumentasjon i Profil.....	18
4.6 Brukermedvirkning og innhenting av brukererfaring	18
4.7 Korrigerende tiltak i tjenesten	18
4.8 Tverrfaglig samarbeid og forebyggende arbeid	19
4.9 Fremtidig arbeid, utvikling av tjenesten og kompetanseheving	19
4.10 Revisors vurderinger	20
4.11 Konklusjon	21
6 INDIVIDUELL PLAN	22
6.1 Tilbud om individuell plan	22
6.2 Skjema for individuell plan og informasjon på egne nettsider	22
6.3 Bruk av individuell plan som verktøy	23
6.4 Bruk av koordinator	23
6.5 Revisors vurdering	23
6.6 Konklusjon	24
7 INFORMASJON TIL BRUKERGRUPPEN OM KOMMUNENS TJENESTETILBUD	25
5.1 Informasjon på egen nettside og i kommunens rus- og psykiatriplan	25
5.2 Bruk av andre informasjonskanaler og arenaer	25
5.3 Samarbeid med andre tjenester	25
5.4 Revisors vurderinger	26
5.5 Konklusjon	26
7 ANBEFALINGER	27
8 UTTAELSE	28
9 REFERANSER	30

1 INNLEDNING

Forvaltningsrevisjon av psykisk helsetjeneste har øverste prioritet i Berlevåg kommunes plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2024-2027, vedtatt av kommunestyret i møte 13.06.2024. Kontrollutvalget bestilte i møte 01.10.2024 forvaltningsrevisjon rettet mot kommunens psykiske helsetjeneste, og i møte 14.01.2025 vedtok kontrollutvalget gjennomføring av forvaltningsrevisjonen i tråd med KomRev NORDs overordnede prosjektskisse.

Formålet med forvaltningsrevisjonen er i saksdokumentene til kontrollutvalgets bestilling i møte 01.10.2024 beskrevet å være å vurdere om kommunen har et tilfredsstillende tilbud om psykisk helsetjeneste til kommunens innbyggere. Herunder også det forebyggende arbeidet.

Som det fremgår av organisasjonskartet under, er rus- og psykiatritjenesten plassert under enhet for Helse- og omsorg. Tjenesten består av to ansatte, hvor en er psykiatrisk sykepleier og den andre miljøterapeut/spesialterapeut.



2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstillinger:

1. Har Berlevåg kommune dokumenterte systemer og rutiner som er egnet til å sikre et tjenestetilbud i tråd med regelverket til brukere som har psykiske lidelser og/eller et rusmiddelproblem?
2. Tilbyr Berlevåg kommune tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske lidelser individuell plan og koordinator når de har behov for langvarige og koordinerte tjenester?
3. Sikrer Berlevåg kommune at innbyggere i målgruppen for tjenesten får tilstrekkelig informasjon om tjenestene kommunen tilbyr?

2.2 Revisjonskriterier

2.2.1 Kilder for utledning av revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes opp mot. Revisjonskriterier utledes fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det aktuelle området. De relevante kildene for utledning av revisjonskriterier i denne forvaltningsrevisjonen er:

- *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- *Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester*
- *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- *Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – «Sammen om mestring»*
- *Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*
- *Berlevåg kommunes Rus og psykiatriplan 2021-2024*

2.2.2 Utledning av revisjonskriterier for dokumenterte systemer og rutiner

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, inkludert de med psykisk sykdom eller rusmiddelproblem.

Kommunens plikt etter § 3-1 innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i tråd med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Gjennom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er de nærmere kravene i helse- og omsorgsloven § 3-1 regulert. I forskriftens § 2 fremgår det at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Videre fremgår det av forskriftens § 5 at styringssystemet jf. pliktene i forskriftens § 6-9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og at ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form

og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter reguleres av forskriftens § 6 om omfatter følgende oppgaver:

- a. *ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten*
- b. *innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
- c. *ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten*
- d. *ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*
- e. *planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*
- f. *ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring*
- g. *ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter reguleres av forskriftens § 7 om omfatter følgende oppgaver:

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

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter reguleres av forskriftens § 8 og omfatter følgende:

- a. *kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres*
- b. *vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
- c. *evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen*

- d. *vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer*
- e. *gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges*
- f. *minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten*

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter reguleres av forskriftens § 9 og omfatter følgende:

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

Kravet til omfang og innhold i selve styringssystemet, og kravet til dokumentasjon er beskrevet nærmere i Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Under punkt 3 i veilederen fremgår det at:

«Kravet både til omfang og innhold i selve styringssystemet, og kravet til dokumentasjon er forholdsmessig. Kravene i §§ 6-9 er minimumskrav som er felles for alle styringssystem. Ut over disse kravene er det opp til øverste leder å avgjøre hvordan styringssystemet skal etableres, hvordan tjenesten skal leveres og dokumenteres innenfor virksomheten.»

(...)

Oppgaver i virksomheten som er særlig risikofylte krever mer styring i form av skrevne prosedyrer og rutiner enn andre mindre risikofylte oppgaver. Legemiddelhåndtering er ett eksempel på et område der svikt kan resultere i alvorlige hendelser. I skriftliggjøring av faglige prosedyrer, bør det tas hensyn til medarbeidernes behov. Spesielt nyansatte og vikarer må sikres tilstrekkelig informasjon. Dersom alle rutiner og gjøremål blir nedtegnet skriftlig, blir systemet unødvendig omfattende, uoversiktlig, og det vil kunne inneholde dokumentasjon om selyfølgeligheter som alle kan og vet.

På bakgrunn av dette har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Berlevåg kommune skal:

- Ha et dokumentert styringssystem for rus- og psykiatritjenestetilbudet
- Vurdere styringssystemets omfang og i hvilken grad det skal dokumenteres
- I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten sørge for at rus og psykiatritjenestetilbudets aktiviteter:
 - Planlegges i tråd med § 6
 - Gjennomføres i tråd med § 7
 - Evalueres i tråd med § 8
 - Korrigeres i tråd med § 9

2.2.3 Utleddning av revisjonskriterier for individuell plan og koordinator

Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 at kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven. Videre at kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Videre fremgår det av helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 at for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

De nærmere reglene om individuell plan og koordinator er regulert i forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester. I forskriftens § 4 fremgår det at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester og deltakere i kvalifiseringsprogram, har rett til å få utarbeidet individuell plan etter bestemmelser som nevnt i § 1. Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og ansvarlig tjenesteyter skal legge til rette for dette.

Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke fra tjenestemottakeren eller den som har rett til å samtykke på vegne av tjenestemottakeren, jf. forskriftens § 5. Videre er det presisert i Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, punkt 13, at forut for samtykke må pasienten og bruker få tilstrekkelig informasjon om hva individuell plan innebærer. Samtykke må både gjelde oppstart av planarbeidet og nødvendig informasjonsutveksling mellom aktører i planprosessen.

Helse- og omsorgstjenesten har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med individuell plan igangsettes, uavhengig av om tjenestemottakeren mottar eller har mottatt bistand fra andre tjenesteytere, jf. forskriftens § 6.

Videre fremgår det av forskriftens § 7 at den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Det skal under utarbeidelsen tas hensyn til tjenestemottakerens kulturelle og språklige bakgrunn.

Det skal kun utarbeides en individuell plan for hver enkelt tjenestemottaker. Planen skal holdes oppdatert. Planen skal blant annet inneholde følgende:

- a) en oversikt over tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester eller tiltak*
- b) en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen.*
- c) En angivelse av hvem som har ansvar for å utarbeide planen, og hvem som har ansvar for koordinering og fremdrift i arbeidet med planen*
- d) en oversikt over hva tjenestemottakeren, tjenesteyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet*
- e) en oversikt over aktuelle tjenester og tiltak, omfanget av dem og hvem som har ansvaret for dem.*
- f) En beskrivelse av hvordan tjenestene eller tiltakene skal gjennomføres*
- g) en angivelse av om tjenestemottakeren har fått tilbud om eller fått oppnevnt koordinator*

etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2, eller spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a, barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2a eller kontaktlege etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5c.

h) en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen

i) tjenestemottakerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger.

j) en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere.

På bakgrunn av dette har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Berlevåg kommune skal:

- Tilby individuell plan til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Sikre at det gis tilstrekkelig informasjon om hva individuell plan og koordinator innebærer før det innhentes samtykke fra pasient og bruker
- Innhente samtykke fra pasient og bruker før utarbeidelse av individuell plan

2.2.4 Utledning av revisjonskriterier for informasjon om tjenestetilbudet til målgruppen

Helsedirektoratets veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne «Sammen for mestring» er et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Veilederen ble utgitt i 2014, og revidert utgave ble fremlagt i februar 2025. Da forvaltningsrevisjonen i all hovedsak knytter seg til kommunens arbeid i perioden før revidert utgave ble gjeldende tar vi utgangspunkt i versjonen fra 2014.

I kapittel 5 redegjøres det nærmere for anbefalinger og kunnskap om forebygging og informasjon til brukergruppen. Under punkt 5.4 i veilederen fremgår følgende:

God tilgjengelighet er avgjørende for rask oppfølging og behandling. Tjenester som ikke inneholder tilfredsstillende kvalitet, ikke ytes i tide eller i tilstrekkelig omfang, bryter med kravet til faglig forsvarlighet.

(...)

Offensive informasjonsstrategier, tilgang til tjenester via internett, oppsøkende og ambulante tjenester eller lavterskeltilbud gjør det enklere å finne fram til og benytte seg av tilbudene (120). Opprettelse av første kontakt via pårørende, fastlege, helsestasjon eller andre som personen er i kontakt med kan redusere terskelen for å søke hjelp.

Videre står følgende under punkt 5.7 i veilederen:

Ved å organisere og tilby tjenester som lavterskeltilbud er det lettere å nå personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer. Tilbudene kan omfatte både forebygging, tidlig intervensjon, behandling og skadereduksjon.

(...)

Lavterskeltilbud kan innrettes for ulike brukergrupper og inneholde et spekter av tjenester fra råd og veiledning, helsetilbud, arbeids- og aktivitetstilbud, møteplass for sosialt fellesskap og psykologhjelp.

På bakgrunn av gjennomgangen i kapittel 5 gis det under punkt 5.8 blant annet følgende anbefalinger:

- *Tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning må stå sentralt*
- *For å bedre tilgjengelighet og kontinuitet bør selvhjelpstilbud, telefon, SMS og andre informasjonsteknologiske kanaler tas i bruk. God tilgjengelighet er viktig for alle og særlig første gangs henvendelse til tjenesteapparatet.*
- *Et variert utvalg av lavterskeltilbud bør utgjøre en del av kommunens helhetlige tjenestetilbud, for lettere å nå personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer.*

Med bakgrunn i nevnte punkter i veilederen har vi utledet følgende revisjonskriterier under problemstilling 3:

Berlevåg kommune bør sikre at:

- kommunens øvrige tjenester har informasjon om rus- og psykiatritjenestens tjenestetilbud, kontaktpunkter og åpningstider
- ulike informasjonskanaler tas i bruk for å bedre tilgjengeligheten til tjenesten.
- kommunens tjenestetilbud består av et variert utvalg av lavterskeltilbud.

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

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon¹. Vi sendte brev om oppstart av forvaltningsrevisjon til Berlevåg kommune v/ kommunedirektør 21.01.2025. Vår kontaktperson har vært psykiatrisk sykepleier Merete Ann Jensen. Oppstartsmøte ble avholdt 05.02.2025 hvor kontaktperson, kommunedirektør og avdelingsleder Johanna Nikkinen deltok.

For å fremskaffe opplysninger om Berlevåg kommunes systemer og rutiner gjeldende for rus- og psykiatritjenesten har vi innhentet skriftlig dokumentasjon i form av kommunens rus- og psykiatriplan, sektorplan helse og omsorg 2024, delegeringsreglement, årsmeldinger, og generelle rutiner for daglig drift. Rus- og psykiatritjenesten har 20-25 brukere av tjenesten, hvor 10-12 av disse ifølge tjenesten har hyppigst kontakt med dem. Vi har gjennomgått dokumentasjon i fagsystemet Profil for ti av disse. Revisor fikk opprettet en egen tilgang til systemet hvor dokumentasjon var lagret, og vi kunne gjennom denne tilgangen fremskaffe de opplysninger vi vurderte som relevante for vår kontroll. Vi hadde i forkant utarbeidet en sjekkliste som lå til grunn for undersøkelsen. Sjekklisten var utarbeidet med grunnlag i gjeldende regelverk og utledede revisjonskriterier. Vi noterte relevant informasjon i sjekklisten, herunder har vi ikke notert informasjon om hvem sakene gjelder eller sensitive personopplysninger om den enkelte.

Revisor har også gjennomført samtaler med psykiatrisk sykepleier Merete Ann Jensen, miljøterapeut Bengt Johnsen og kommunedirektør som i en periode var fungerende helse- og omsorgssjef.

3.2 Gyldighet og pålitelighet

Med gyldige data menes at dataene som samles inn i undersøkelsen, skal utgjøre et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og konkludere på problemstillingene. Revisor vurderer at det datamaterialet som er presentert som «revisors funn» i rapporten, oppfyller dette gyldighetskravet.

Datamaterialet i rapporten baserer seg på en kombinasjon av skriftlige dokumenter og muntlige redegjørelser fra ansatte med ansvar og kjennskap til tjenestetilbudet. Den skriftlige dokumentasjonen vi har mottatt har i stor grad vært offentlig tilgjengelig informasjon som enten er vedtatt av kommunestyret eller har vært tilgjengelig på kommunens nettside. Videre har den muntlige informasjonen vi har mottatt vært i tråd med den skriftlige dokumentasjonen.

Revisor har i sin vurdering av datamaterialets gyldighet og pålitelighet måtte ta i betraktning at det i liten grad foreligger skriftlige rutiner og dokumentasjon fra tjenesten. Vi har derfor sett et behov for å supplere disse med en stor andel muntlig informasjon. De ansatte vi har gjennomført samtaler med har i stor grad gitt sammenfallende informasjon som også styrker opplysningenes pålitelighet.

Med pålitelige data menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige. Revisor har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet. Vi har sammenlignet de ulike typene data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem.

¹ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020

I tillegg har vi fremlagt datamaterialet for kommunen. Revisor har innarbeidet korrigeringer og supplerende opplysninger fra kommunen i rapporten.

Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er også på et overordnet nivå sikret gjennom KomRev NORDs interne kvalitetssikringssystem.

3.3 Avgrensninger

Rus- og psykiatritjenesten i Berlevåg samarbeider med hjemmesykepleien som utleverer medisiner til tjenestens brukere. Videre er ansvar for å gjøre vedtak på tjenester som tjenesten gir gitt til forvaltningskontoret i 4K-samarbeidet for Vestre Varanger. Da dette utgjør en liten del av tjenesten, og videre faller utenfor det forvaltningsrevisjonens problemstillinger retter seg mot, har vi valgt å ikke inkludere disse som en del av vår undersøkelse.

Undersøkelsen under problemstilling 1 retter seg mot tjenestens dokumenterte styringssystem, og vi har ikke undersøkt hvorvidt den enkelte bruker får forsvarlige tjenester i henhold til regelverk og vedtak.

4 STYRINGSSYSTEMET

Har Berlevåg kommune dokumenterte systemer og rutiner som er egnet til å sikre et tjenestetilbud i tråd med regelverket til brukere som har psykiske lidelser og/eller et rusmiddelproblem?

Revisjonskriterier

Berlevåg kommune skal:

- Ha et dokumentert styringssystem for rus- og psykiatritjenestetilbudet
- Vurdere styringssystemets omfang og i hvilken grad det skal dokumenteres
- I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten sørge for at rus og psykiatritjenestetilbudets aktiviteter:
 - Planlegges i tråd med § 6
 - Gjennomføres i tråd med § 7
 - Evalueres i tråd med § 8
 - Korrigeres i tråd med § 9

4.1 Tjenestens organisering, ansvarsområder m.m.

4.1.1 Organisering

Rus- og psykiatritjenesten er underlagt enhet for Helse og omsorg. Enhet for helse var fra 2023 til våren 2025 uten fast tilsatt leder, og kommunedirektør har derfor fungert i stillingen som enhetsleder i denne perioden. Rus- og psykiatritjenesten er ikke organisert med egen virksomhetsleder eller fagleider. Nærmeste leder er derfor leder for enhet for Helse og omsorg. Rus- og psykiatritjenesten består av to ansatte pr. april 2025. En av de ansatte er utdannet sykepleier med videreutdanning innen psykiatri, og den andre er utdannet sosionom.

Begge de ansatte i tjenesten har siden 2021 vært frikjøpt med 25 % hver for å jobbe med D-FACT, et interkommunalt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Kommunene som deltar i samarbeidet sammen med Finnmarkssykehuset Kirkenes, er Unjárgga gieldda/Nesseby, Berlevåg, Båtsfjord, Tana, Vadsø, Vardø og Sør-Varanger. Ifølge Finnmarkssykehuset er D-FACT et fleksibelt og aktivt oppsøkende behandlingsteam som skal gi langvarig oppfølging og behandling til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og/ eller alvorlig ruslidelse som ikke klarer å nyttiggjøre seg av eksisterende tjenester. Kommunene og spesialisthelsetjenesten samler sine tjenester og kompetanse i dette tverrfaglige teamet, som består av psykiater, psykolog, sykepleier, vernepleier, barnevernspedagog, rus-spesialist, erfaringskonsulent og sosionom. Oppfølging og behandling foregår i hovedsak i brukerens hjem og nærmiljø.

4.1.2 Tjenestetilbudet

På kommunens nettside er det inntatt opplysninger om tjenestens besøksadresse, kontaktinfo og i hvilket tidsrom de kan treffes. Det fremgår at tjenesten er lavterskel for dem som sliter med rus og psykiske plager og lidelser. Videre fremgår det også at hjelpen de kan bistå med er blant annet:

- Støttesamtaler
- Hjelp til mestring av dagliglivets gjøremål ved opplæring, støtte veiledning til personlig hygiene, husarbeid, matlaging etc.
- Samarbeide med andre hjelpeinstanser og pårørende
- Koordinering av hjelpetiltak og Individuell plan

- Motiveringssamtaler til bruker og pårørende
- Henvise til rusbehandling
- Råd og veiledning i henhold til rusproblematikk, samt russamtaler
- Opprette og koordinere ansvarsgruppen slik at det arbeides etter brukerens mål

Tjenesten har til revisor opplyst at de skal være lett tilgjengelig og man kan kontakte tjenesten selv. Hvis behovet for støttesamtaler ikke overgår 5-7 timer skrives det ikke søknad på tjeneste.

4.1.3 Delegasjonsreglement og stillingsinstruksjer

Det følger av Berlevåg kommunes delegasjonsreglement punkt 8.2 at i medhold av kommuneloven § 13-1, 6. ledd delegeres det til rådmannen å treffe vedtak i enkeltsaker eller typesaker av saker som ikke er av prinsipiell betydning.

Rådmannen treffer selv avgjørelse av videredelegering av delegert myndighet til administrasjonen.

Videre følger det av punkt 8.3 at tilsvarende delegering som i punkt 8.2 er gitt til rådmannen for myndighet etter Helse- og omsorgstjenesteloven.

Revisor har ikke mottatt opplysninger om at kommunedirektør har truffet avgjørelse om videredelegering av myndighet i organisasjonen.

Når det gjelder stillingsinstruksjer, foreligger ikke dette for de ansatte i rus- og psykiatritjenesten.

4.1.3 Sektorplan Helse- og omsorg 2020-2024

Berlevåg kommunes sektorplan for Helse- og omsorg for perioden 2020-2024 er utarbeidet av en plangruppe bestående av ulike ansatte innenfor helse- og omsorg. Planen er forankret i kommunedirektørs ledergruppe og vedtatt i kommunestyrets møte 26.03.2020.

En av hovedmålsetningene i planen er at helse- og omsorgstjenesten i Berlevåg kommune skal sikre reell brukermedvirkning, ha fokus på egenmestring, helhetlige tjeneste/pasientforløp, god kvalitet, være effektive, nyskapende og utviklingsorientert. Videre inneholder planen blant annet mål om at tjenestene skal være i tråd med nasjonale og kommunale føringer, ha god rettsikkerhet for brukerne og være faglig forsvarlige. I planen er det også uttalt et mål om at kommunen skal få på plass en kompetanseplan og psykolog i 2020.

Planen inneholder også en beskrivelse av «nå-situasjonen», hvor det trekkes frem at når det gjelder forebygging er det lite fokus og samarbeid, og at det foregår daglig forebygging uten at det er satt i system. De ønsker derfor å etablere arenaer og møteplasser, samt samarbeid på tvers av fag, avdelinger og enhet. Det er også uttalt et mål i planen om å opprette koordinerende enhet og et tverrfaglig team/rehabiliteringsteam.

Planen utløp i 2024 og det er i kommunens planstrategi for 2024-2027 uttalt at det er behov for å revidere planen, uten at det er angitt tidsramme for revideringen.

4.1.4 Rus og psykiatriplan

Berlevåg kommune har en egen rus- og psykiatriplan for perioden 2021-2025, behandlet av kommunestyret i møte 11.03.2021. Det er de ansatte i rus- og psykiatritjenesten som har hatt

ansvaret for å utforme planens innhold og forberede den for politisk behandling. I samtaler med de ansatte i rus- og psykiatritjenesten har de oppgitt at dokumentet er deres arbeidsdokument og tjener som utgangspunkt for tjenesten de tilbyr.

I planens punkt 1.2 vises det til at forebygging er det viktigste virkemidlet kommunen har før sykdom/tilstanden er brutt ut. Forebygging deles inn i tre kategorier:

- *Primærforebygging* settes inn før sykdommen eller problemet oppstår. Primærforebygging foregår ofte i stor skala, er ofte nasjonalt rettet, et eksempel er rusforebygging. Spesielle grupper som ungdom kan være målgruppen.
- *Sekundærforebygging*, gjøres når sykdommen eller problemet har oppstått og er «aktivt».
- *Tertiærforebygging*, etter at sykdommen eller problemet er behandlet

Sekundær og tertiærforebygging er i planen beskrevet å være hovedoppgaven for rus- og psykiatritjenesten. Videre vil en hovedoppgave være å redusere forekomsten av angst, depresjon og rusmiddelproblemer for å sikre enkeltmennesker bedre livskvalitet og redusere totalbelastningen for samfunnet. I planen fremgår det også hvilke utfordringer som tjenesten opplever som følge av samfunnsutviklingen og ressursituasjon, at pårørende skal sikres støtte og avlastning, og hvordan ansvarsfordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er.

Under planens kapittel 3.2 fremgår det at målsetningen for rus- og psykiskhelsearbeid i kommunen er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med rusproblemer og/eller psykiske lidelser. Tiltak av primær forebyggende art generelt, og spesielt i forhold til barn og unge skal fortsatt prioriteres. Følgende perspektiver skal ivaretas ved utøvelse av rus- og psykiskhelsearbeid i kommunen:

- Mestringsperspektivet
- Brukerperspektivet
- Helseperspektivet

Videre lister planen under kapittel 3.2 en rekke mål for perioden 2020-2024, med tilhørende delmål og tiltak. Revisor gjengir ikke denne i sin helhet, men velger å trekke frem mål om at tjenesten skal ha fokus på brukernes ressurser og behov fremfor diagnose, at tjenesten er et lavterskeltilbud og skal være lett tilgjengelig, at personer med sammensatte behov får strukturert og individuelt tilpasset oppfølging, kompetanseheving og brukervedvirkning. Videre delmål om at det skal sikres kontinuitet for brukeren gjennom stabile relasjoner, tidlig kartlegging som viktig del av rusforebyggende arbeid, at tjenesten skal være fleksibel og lett tilgjengelig og at rusmisbrukere opplever forståelse og faglig kvalitet i hjelpeapparatet. Av tiltak i planen trekker revisor frem at de vil arbeide systematisk for at brukeren skal oppleve mestring og deltaking, ha et tverrfaglig fokus, organisere det tverrfaglige tilbudet til brukere med sammensatte behov i oppfølgingsteam og tilby individuell plan og koordinator.

4.2 Skriftlige rutiner og dokumentering av tjenestens arbeid

Revisor har videre undersøkt i hvor stor grad skriftlige rutiner og dokumentering av tjenestens arbeid utgjør en del av kommunens dokumenterte styringssystem. I samtale med de ansatte i tjenesten har de uttalt at de er bevisst på dokumentasjonsplikten i tjenesten, noe de også prøver å overholde. Videre har kontaktperson oversendt et skriftlig dokument til revisor omtalt som «Generelle rutiner for daglig drift i Rus og psykiatritjenesten», datert 28.06.2024. I dokumentet beskrives lederansvar, tjenestetilbud, info om søknad om tjenester og samarbeidsarenaer m.m.

I samtale med en ansatt fikk revisor opplysninger om at ved oppstart på nye brukere legger vedkommende inn tiltaksplaner i Profil, med fast evaluering hver 12. uke, og for enkelte etter seks måneder. En annen ansatt fortalte at arbeidet i stor grad gikk av seg selv, og at tjenestens arbeid påvirkes av at de er to ansatte i tjenesten har jobbet sammen i mange år.

Utover dette har revisor i liten grad fått informasjon om formaliserte eller skriftlige rutiner som tjenesten har. Det er blant annet ikke knyttet rutiner eller prosedyrer til hvordan tjenesten skal oppnå sine mål slik de fremgår av kommunens rus- og psykiatriplan som redegjort for under punkt 4.1.4. Det vises for øvrig til redegjørelsen om kvalitetssystemet Compilo under punkt 4.4, herunder hvordan intensjonen med systemet ikke har blitt fulgt opp.

4.3 Vedtaksbestemte tjenester

Berlevåg kommune har sammen med Båtsfjord kommune, Tana kommune og Unjárgga gielda/ Nesseby kommune inngått et samarbeid om flere kommunale tjenester. En av disse er opprettelsen av et felles forvaltningskontor med Båtsfjord kommune som vertskommune.

Når bruker skal søke på tjenester utformer bruker en søknad i fellesskap med en ansatt i rus- og psykiatritjenesten. Denne søknaden sendes til forvaltningskontoret som vurderer søknaden før det fattes vedtak. Revisor har stilt spørsmål ved om hvordan tjenesten opplever opprettelsen av et felles forvaltningskontor, og herunder at det gjennom plasseringen oppstår en geografisk distanse mellom søker og beslutningsmyndighet. En ansatt i tjenesten har opplyst at vedkommende synes det fungerer greit, og at brukeren stort sett får vedtak på den tjenesten det søkes om. I de tilfellene hvor det skulle bli gitt et avslag er det også bedre at avgjørelsen tas lengre unna.

4.4 Internkontroll, avvik og klager

For registrering og oppfølging av avvik bruker kommunen kvalitetssystemet Compilo. Intensjonen da systemet ble tatt i bruk var at planer, rutiner og oversikter m.m. for hver sektor skulle legges inn i systemet. Ansatte i rus- og psykiatritjenesten har opplyst revisor om at dette ikke har skjedd, og at Compilo derfor utelukkende fungerer som et system for å melde avvik.

Tjenesten vurderer selv at det er noe høyere risiko for avvik ved medisintil levering, og at de derfor må være konsekvent, noe de også har prøvd å overholde så langt som mulig. Videre har de også hatt fokus på å dokumentere situasjoner som det bør foreligge dokumentasjon på.

I dialogen med de ansatte i tjenesten har revisor ikke fått opplysninger om at det har blitt levert klage på tjenesten. Samtidig har de fremhevet at de kan håndtere klage på behandlerrelasjon gjennom bytte av behandler.

4.5 Styringssystemets gjennomføring – revisors gjennomgang av enkeltsaker

4.5.1 Saksutredning, begrunnelse og lovhjemmel

Revisors gjennomgang av de ti enkeltsakene viste at det var opprettet saksutredning i alle sakene, og åtte av disse hadde et innhold som beskrev hvilke faktiske opplysninger som forelå i saken, hvilken tjeneste som ble vurdert og med hvilket lovgrunnlag. De resterende to saksutredningene var uten innhold, herunder et dokument som kun viste overskrift og ikke inneholdt opplysninger om vurderingene som var gjort i saken. Videre viste gjennomgangen at vedtakene i alle sakene var begrunnet og at de inneholdt en tydelig beskrivelse av faktumet som vurderingene bygde på. Alle vedtakene hadde også tydelig henvisning til hvilken lovhjemmel som medførte at bruker hadde rett på tjeneste fra kommunen.

4.5.2 Registreringer av opplysninger og dokumentasjon i Profil

I forbindelse med gjennomgangen merket revisor seg at det var noe avvikende registreringer av relevante opplysninger for bruker. Dette knytter seg blant annet til IPLOS-registrering².

I en sak påviste revisor at det i IPLOS-registreringen var oppført at bruker ikke oppfyller kravet for å få individuell plan, og at det ikke var oppnevnt koordinator. Samtidig var det under brukerinformasjon oppført at bruker hadde koordinator og navnet på koordinatoren.

I en annen sak var det i IPLOS-registreringen oppført at individuell plan ikke var utarbeidet og at koordinator ikke var utnevnt. Samtidig stod det under brukerinformasjon oppført at det var oppnevnt koordinator med navnet til koordinator.

Revisor påviste også en sak hvor det i IPLOS-registreringen var oppført at bruker ikke oppfylte retten til individuell plan, men hvor informasjon om koordinator var blank.

For øvrig viser revisor til opplysningene som gjengis i kapittel 6.2 om skjema om individuell plan for de tilfellene hvor bruker takker nei. Det ble i gjennomgangen ikke påvist at disse skjemaene er lagret eller arkivert i Profil i noen av sakene.

Til revisor har de ansatte i rus- og psykiatritjenesten uttalt at det er IKT-avdelingen som har ansvar for å få diverse maler inn i fagsystemet Profil, og at de selv ikke har administrative rettigheter til å legge inn maler m.m. i Profil. De har også vist til at dette er et fragmentert område når det gjelder hvem som har ansvar for hva.

4.6 Brukermedvirkning og innhenting av brukererfaring

Som nevnt under punkt 4.1.4 inneholder kommunes sektorplan for helse- og omsorg en hovedmålsetning om å sikre reell brukermedvirkning. Vi har ikke mottatt rutiner eller retningslinjer som beskriver hvordan brukermedvirkning skal sikres og dokumenteres av kommunen.

Revisor har videre undersøkt hvordan brukermedvirkning og brukererfaring brukes av tjenesten for å evaluere tjenestetilbudet og aktivitetene sine, og hvordan det påvirker eventuelle gjennomførte og/eller planlagte endringer av tjenestetilbudet.

Tjenesten har vurdert det som utfordrende å skulle gjennomføre en objektiv og systematisk innhenting av brukererfaring. De har vist til svært små forhold i kommunen, og at det å få en tilfredsstillende svarprosent ved bruk av spørreundersøkelse er vanskelig. Dette gjelder ikke bare rus- og psykiatritjenesten, men hele helse- og omsorg. Noen år tilbake i tid gjennomførte tjenesten en gjennomgang blant brukerne. I den forbindelse ble det uttrykt behov for flere støttekontakter, begrunnet i mye ensomhetsfølelse.

4.7 Korrigerende tiltak i tjenesten

På bakgrunn av det uttrykte behovet fra brukerne i tjenesten om flere støttekontakter, valgte kommunen å gjøre forsøk på å rekruttere flere. Dette gjorde de gjennom annonsering i egne kanaler, herunder også deres nettside. Utfordringen har vært at utlysningene har gitt veldig lite respons, og at det derfor fortsatt er et behov for flere støttekontakter. Det er også uttrykt at enkelte av de som har meldt sin interesse allerede jobber i helse- og omsorgstjenesten i kommunen, noe de vurderer som ikke ideelt. En annen utfordring med støttekontakttjenesten

² Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. <https://www.fhi.no/he/iplos-registeret/>

har vært de økonomiske rammene og mulighetene for den enkelte støttekontakt. Enkelte brukere uttrykker for eksempel et ønske om å gå på kafé, dra ut av kommunen for å gå en tur eller lignende som igjen medfører en utgift for støttekontakten. Spørsmålet har vært om man da skal be den enkelte bruker dekke utgiftene til støttekontakten, eller om støttekontakten selv må dekke disse. For den enkelte bruker vil disse utgiftene være vanskelig å dekke av egen lomme, og en ansatt i tjenesten som revisor har snakket med har uttrykt at dette kunne vært løst gjennom at støttekontakter mottar et månedlig tillegg for dekning av sine egne utgifter til slike aktiviteter. Dette har også vært spilt inn til den kommunale ledelsen, men uten at det har medført noen endring.

4.8 Tverrfaglig samarbeid og forebyggende arbeid

Tjenesten har gjennom kommunens Rus- og psykiatriplan et uttalt mål om å prioritere primær forebyggende art. Videre har de også et uttalt mål om å benytte seg av tverrfaglig samarbeid og sikre brukerne et tverrfaglig tjenestetilbud.

Tjenesten samarbeider tett med hjemmetjenesten, hvor den ene ansatte er aktiv inne og bistår. Sammen med dem har de kontroll over medisiner som utleveres til brukerne. Videre har også tjenesten et samarbeid med legetjenesten i kommunen hvor de har faste møter hver tirsdag. Ved behov hos enkeltbrukere har de også et samarbeid med NAV. De har også et samarbeid med Distriktpsikiatrisk senter og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling når brukere overføres fra dem til kommunen.

Revisor har stilt spørsmål ved hvor mye av tjenestens arbeid som retter seg mot forebygging. Tjenesten har vist til at de ikke har hatt så mye fokus på forebygging mot unge, da de primært jobber mot den voksne befolkningen i kommunen. Den ene av de ansatte har vært noe inne i skolen, men de ser selv at de burde rettet mer av det forebyggende arbeidet mot for eksempel ungdomsklubben og ungdom generelt. De har også forsøkt å organisere turer, sosiale møteplasser, trimgrupper m.m., men det har vært dårlig oppmøte på dette. Utfordringene er også taushetsplikten overfor enkeltbrukere ved organisering av felles aktiviteter.

Når det gjelder sekundærforebygging, herunder begrenning av eksisterende sykdom eller plager, har dette hatt sterkt fokus hos dem. Selv om det er vanskelig å dokumentere, er det de ansattes oppfatning at dette arbeidet har gitt resultater, noe også brukerne har gitt dem tilbakemelding om.

4.9 Fremtidig arbeid, utvikling av tjenesten og kompetanseheving

En ansatt i tjenesten har til revisor uttalt at tjenesten fremover ønsker å jobbe med behandlingsplanene og tiltaksplanene til brukerne. De ønsker å få på plass en mer systematisk revidering av disse slik at de får klare svar på hvilken behandling og aktiviteter de bør gå videre med, og hvilke som bør avsluttes.

De har også fått tilbakemelding fra brukere på at de tidligere dro på turer blant annet, men at dette er noe de ikke har økonomi til.

Fra de ansattes perspektiv er det uttrykt et ønske om muligheter for mer kursing og kompetanseutvikling. De har vist til at det er lite kontakt mellom dem og leder, og at de kunne ønsket større grad av involvering for å sikre blant annet midler til gjennomføring av kurs.

4.10 Revisors vurderinger

Ved vurderingen av om Berlevåg kommune har et dokumentert styringssystem, har vi vektlagt som positivt at kommunen har utarbeidet en egen rus- og psykiatriplan, og at denne ble rullert i 2020 for en ny fireårsperiode. Planen definerer noen mål for tjenesten og utgjør en form for dokumentering av hvordan kommunen ønsker å organisere tjenesten og hvilke satsingsområder og mål som skal jobbes med. Det er også positivt at planen beskriver noen av kommunens utfordringer og hvordan kommunen skal jobbe for å bedre disse, da vi anser det som relevant i lys av forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring § 6. Videre bidrar Sektorplan Helse- og omsorg 2020-2024 til å sette noen klare kvalitetsmål for helsetjenesten i kommunen. Samtidig vil revisor trekke frem at planen utløp i 2024 og at den ikke er utarbeidet som en kommunedelplan med tilknytning til kommunens økonomiplan. Det er derfor usikkert om sektorplanen samsvarer med de økonomiske forutsetningene og rammene til kommunen i planperioden.

Tjenesten har ingen utarbeidede stillingsinstrukser, og mye av driften er i dag basert på praksis etablert over flere år. Videre er det utover rus- og psykiatriplan 2020-2025 og sektorplan helse- og omsorg i liten grad dokumentert hvordan tjenesten ønsker å jobbe og hvilke rutiner som gjelder.

Tjenesten har videre oversendt en generell rutine til revisor. Vi kan imidlertid ikke se at dette er en rutine med relevans for kravene etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, men i større grad er en beskrivelse av tjenestens arbeid, tilbud og organisering. Det vises til at den ikke beskriver noe om for eksempel registrering av saker i Profil og journalføring, avvikshåndtering og håndtering av kjente risikoer i arbeidet. Den avklarer videre ikke ansvarsfordelingen mellom leder og tjenestens ansatte.

Revisors gjennomgang av enkeltsaker i Berlevåg kommune viser at kommunen gjennomgående dokumenterer saksbehandlingen godt, og at dette gjenspeiler seg i vedtak som gjør brukere i stand til å ivareta sine rettigheter. Samtidig trekker det ned at registrering i IPLOS virker å være varierende fra sak til sak, og at gjennomgangen vår påviste avvikende registreringer av individuell plan og koordinator i enkelte saker.

Revisor har vurdert at Berlevåg kommune **i liten grad har oppfylt** revisjonskriteriet om *å ha et dokumentert styringssystem for rus- og psykiatritjenestetilbudet*.

Revisors gjennomgang har i liten grad vist at det er foretatt en overordnet eller systematisk vurdering av hvor omfattende styringssystem tjenesten skal ha, og i hvilken grad det skal dokumenteres. Utover at tjenestens ansatte har vist til at de er bevisst på dokumentasjonsplikten, at det registreres opplysninger om brukere og pasienter i Profil og at de ser et behov for å jobbe mer med behandlingsplanene og tiltaksplanene, er det i liten grad på et overordnet nivå vurdert om det bør være en høyere grad av skriftlighet hva gjelder rutiner, retningslinjer m.v. Revisor vurderer derfor at Berlevåg kommune **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet *om å vurdere styringssystemets omfang og i hvilken grad det skal dokumenteres*.

Flere av funnene våre og de vurderinger som er gjort for revisjonskriteriene over, har også relevans for revisjonskriteriene knyttet til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9. Å ha oversikt over mål, oppgaver og organisering er en del av forpliktelsen kommunen har etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 til å planlegge virksomhetens oppgaver. Dette vil videre være avgjørende for hvordan virksomheten gjennomfører, evaluerer og korrigerer sin drift.

Etter forskriftens § 6 skal kommunen ha en oversikt over og beskrive tjenestens mål og oppgaver. Det er videre et krav i § 7 at medarbeidere i virksomheten skal ha nødvendig kunnskap om regelverk. Her vil revisor trekke frem som en styrke at kommunen har utarbeidet en rus- og psykiatriplan som viser hvilke mål kommunen har for tjenestetilbudet sitt, og hvilke tiltak de ser for seg at må til for å nå målene. Videre er det en styrke at vedtak på tjenester er tydelige på både hvilket lovgrunnlag som gir bruker rett på tjeneste, hvilke faktiske opplysninger som vurderingen bygger på og at vedtaket inneholder en konkret begrunnelse.

Kommunen har også en plikt etter forskriftens § 8 til å gjennomgå og vurdere om tjenestens organisering og tilbud bidrar til kontinuerlig forbedring, og etter § 9 sørge for korrigerende tiltak. Her vil revisor trekke frem som særlig positivt at kommunen har identifisert mangel på støttekontakter som en svakhet ved tjenesten, og at det er gjort forsøk på å bedre denne situasjonen, som er relevant ved vurderingen av kommunens plikt til å evaluere tjenestens tilbud. Som en del av vurderingen under §§ 8 og 9 vil revisor trekke frem at deltakelse i D-FACT-samarbeidet ifølge opplysninger fra tjenesten har bidratt til økt kompetansetilgang og utvikling av tjenestens bevissthet på områder hvor de kan bli bedre.

På den andre siden har revisor ikke fått fremlagt noen rutiner for registrering og oppfølging av brukere i Profil. Videre er vi ikke forelagt en rutine for håndtering av avvik i tjenesten, og det er ikke gjennomført eller planlagt gjennomført noen form for systematisk innhenting av brukererfaring. Revisor vurderer dette som relevant ved vurderingen av om tjenesten har planlagt og gjennomført og evaluert tjenestens aktiviteter i tråd med forskriftens §§ 6, 7 og 8. Tjenesten har identifisert risikoen for lav svarprosent i en brukerundersøkelse som en utfordring, men de har ikke vurdert om systematisk innhenting av brukererfaringer kan gjennomføres på andre måter. Samlet vurderer revisor at både planleggingen og gjennomføring av tjenestens aktiviteter i liten grad er organisert slik at det jevnlig og på en systematisk måte kan jobbes med evaluering av tjenesten og gjennomføre eventuelle korrigerende tiltak for å bedre kvaliteten på tjenestene som tilbys. Revisor vurderer derfor at kommunen **i liten grad har oppfylt revisjonskriteriet om i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten sørge for at rus og psykiatritjenestetilbudets aktiviteter planlegges i tråd med § 7, gjennomføres i tråd med § 7, evalueres i tråd med § 8 og korrigeres i tråd med § 9.**

4.11 Konklusjon

Revisors konklusjon under problemstilling nr. 1 er at Berlevåg kommune i liten grad har dokumenterte systemer og rutiner som er egnet til å sikre et tjenestetilbud i tråd med regelverket til brukere som har psykiske lidelser og/eller et rusmiddelproblem.

I konklusjonen har vi vektlagt at kommunen kun på enkelte områder av rus- og psykiatritjenesten har etablert overordnede styringsdokumenter, rutiner m.m. Vi viser særlig til at det mangler skriftlige rutiner for registrering og oppfølging av brukere, manglende rutine for håndtering av avvik, at det mangler administrativ delegering av ansvar til enhet for helse og omsorg og at det ikke foreligger stillingsinstrukser for de ansatte. Videre har vi også vektlagt at det ikke er foretatt en overordnet vurdering av i hvilken grad etablerte rutiner, arbeidsprosesser og oppgaver bør skriftliggjøres.

6 INDIVIDUELL PLAN

Tilbyr Berlevåg kommune tjenestemottakere med rusproblemer og/eller psykiske lidelser individuell plan når de har behov for langvarige og koordinerte tjenester?

Revisjonskriterier

Berlevåg kommune skal:

- Tilby individuell plan til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Sikre at det gis tilstrekkelig informasjon om hva individuell plan og koordinator innebærer før det innhentes samtykke fra pasient og bruker
- Innhente samtykke fra pasient og bruker før utarbeidelse av individuell plan

6.1 Tilbud om individuell plan

I kontakten med tjenesten har revisor stilt spørsmål ved hvordan tjenesten vurderer hvem og hvordan de skal tilby brukerne individuell plan. Tjenesten har opplyst revisor om at de som utgangspunkt alltid har individuell plan med i vurderingen når de møter pasienter og brukere. Samtidig kan det være tilfeller hvor dette blir avglemt. Utfordringen de møter når de tilbyr individuell plan er at bruker selv ikke forstår hvorfor vedkommende kan nyttiggjøre seg av en individuell plan, selv om de gir informasjon om både innhold og hva planen innebærer.

Videre har en ansatt til revisor opplyst at det tidligere ble jobbet godt med individuell plan. Da arbeidet begynte å falle på plass har det imidlertid blitt det de omtaler som en «skuffeplan», og etter ett til to år har den blitt oppsagt. Etter dette har individuell plan ikke vært et tema for den aktuelle bruker.

Revisor har også gjort en gjennomgang av enkeltsaker for å se hvordan tjenesten dokumenterer arbeidet sitt med individuell plan. Gjennomgangen viste at under IPLOS-registreringen i en sak var det oppført at bruker ikke oppfylder kravet for å få individuell plan, og at det ikke var oppnevnt koordinator. Samtidig var det under brukerinformasjon oppført at bruker hadde koordinator og navnet på koordinatoren. I en annen sak var det i IPLOS-registreringen oppført at individuell plan ikke var utarbeidet og at koordinator ikke var utnevnt. Samtidig stod det under brukerinformasjon oppført at det var oppnevnt koordinator med navnet til koordinator. Revisor påviste også en sak hvor det i IPLOS-registreringen var oppført at bruker ikke oppfylte retten til individuell plan, men hvor informasjon om koordinator var blank.

6.2 Skjema for individuell plan og informasjon på egne nettsider

Tjenesten har til revisor opplyst om at de har utformet et skriv/skjema som de bruker i de tilfellene hvor bruker takker nei til individuell plan. Dette skjemaet fylles ut og signeres av bruker. I skjemaet fremgår det at bruker har fått informasjon og tilbud om individuell plan, og at hen ikke ønsker det nå. Videre fremgår det at hvis bruker ønsker tilbud om individuell plan på et senere tidspunkt må det søkes på nytt. Ifølge opplysninger fra ansatte i tjenesten arkiveres dette skjemaet i tjenestens eget papirarkiv, men ikke på aktuelle bruker i fagsystemet Profil. Dette bekreftet også revisors gjennomgang av enkeltsaker.

På kommunens egen nettside fremgår det en beskrivelse av kommunens tilbud om individuell – et individuelt tilpasset tjenestetilbud. Utover en beskrivelse av hva individuell plan innebærer gis det opplysninger om hvem som er målgruppen, hvem som har ansvar for å utarbeide planen og spesialisthelsetjenestens plikt til å samarbeid om utarbeidelse av planen.

6.3 Bruk av individuell plan som verktøy

Tjenesten har i utgangspunktet få brukere, og det er få av disse som igjen har eller har hatt individuell plan. De mottok en ny søknad om individuell plan i 2025, som var den første de hadde mottatt på lang tid. I den forbindelse har tjenesten valgt å bruke Visma Flyt Samspill som et nytt verktøy i utarbeidelse og oppfølging av den individuelle planen. Gjennom bruken av Visma Flyt Samspill er ønsket og planen at bruker lettere kan ta med seg planen og følge opp møtetidspunkt, start- og sluttid og planens innhold i det daglige.

6.4 Bruk av koordinator

Som nevnt under kapittel 4.1.4 har Berlevåg kommune et uttalt mål om å etablere koordinerende enhet i sektorplan for Helse- og omsorg i perioden 2020-2024. Dette har imidlertid etter revisors undersøkelse ikke materialisert seg høsten 2025.

I samtale med de ansatte i rus- og psykiatritjenesten har revisor blitt fortalt at antall ressurskrevende brukere med omfattende behov for langvarige og koordinerte tjenester er noe redusert de siste årene. Dette har hatt en påvirkning på hvor mange som har vært aktuelle for individuell plan og koordinator. Videre har de en praksis om at den som starter prosessen med individuell plan er den som også fungerer som koordinator. De har også presisert til revisor at det ofte blir en som jobber i helse som er koordinator, og at brukerens ønske skal vektlegges. Det har i revisors undersøkelse ikke fremkommet opplysninger om at kommunen systematisk har arbeidet med bruk av koordinator for brukere med et behov for langvarige og koordinerte tjenester, men som ikke ønsker individuell plan.

6.5 Revisors vurderinger

Den muntlige informasjonen revisor har mottatt viser at tjenesten har fokus på individuell plan, og at de forsøker å ta dette med seg inn i samtaler med pasienter og brukere. Samtidig vil det være tilfeller hvor de har glemt det.

Revisors gjennomgang av enkeltsaker viser at de i varierende grad har dokumentert deres arbeid med individuell plan, og at det er ulikt dokumentert fra bruker til bruker. Det er videre en svakhet ved tjenestens arbeid at skjema for individuell plan som bruker signerer på hvis vedkommende takker nei ikke arkiveres i Profil, men i et eget papirarkiv som tjenesten har. Gjennom at viktige opplysninger om bruker er arkivert på ulike steder fremstår viktig informasjon om brukers samtykker mer fragmentert. Selv om dokumentering av arbeidet med individuell plan på noen områder fremstår mangelfull og trekker ned i vurderingen, er det revisors vurdering at Berlevåg kommune **i all hovedsak** har oppfylt revisjonskriteriet om *å tilby individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester*. Ved vurderingen har vi vektlagt at tjenesten i dialogen med revisor har godtgjort at dette tilbys for de som etter regelverket har krav på tilbud om individuell plan.

Når det gjelder koordinator, tilbyr Berlevåg kommune dette sammen med individuell plan. Det har i samtaler med ansatte i tjenesten ikke vært vist til at koordinator tilbys og brukes aktivt også i de tilfellene hvor bruker takker nei til individuell plan. Dette står i motstrid til opplysninger revisor har sett i fagsystemet Profil hvor det har vært registrert koordinator til bruker uten at det har vært opprettet en individuell plan. Revisor har også påvist registreringer

hvor det er ført opp at bruker ikke har rett på individuell plan samtidig som det er oppført koordinator. Disse opplysningene har det vært noe vanskelig å ta stilling til da kravet om at pasient eller bruker må ha behov for langvarige og koordinerte tjenester er likt for både individuell plan og koordinator. Samlet sett viser disse opplysningene etter revisors oppfatning at tjenestens praksis er noe sprikende. Revisor vurderer derfor at Berlevåg **i noen grad har oppfylt** revisjonskriteriet om *å tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.*

Revisors gjennomgang av enkeltsaker har vist at i det ene tilfellet hvor det forelå individuell plan, ble dette løst gjennom at bruker søkte om å få individuell plan, og at kommunen deretter fattet vedtak om at bruker hadde rett på individuell plan. Videre har tjenesten også utformet et eget skriv for de som ikke ønsker individuell plan, som signeres og arkiveres i deres eget arkiv. Muntlig informasjon fra de ansatte i tjenesten underbygger også at tjenesten innhenter samtykke før det søkes på individuell plan. Revisor vurderer derfor at Berlevåg kommune gjennom de nevnte tiltak **har oppfylt revisjonskriteriet** om *å innhente samtykke fra pasient og bruker før utarbeidelse av individuell plan.*

På kommunens egen nettside fremgår det opplysninger om individuell plan. Samtidig stiller revisor spørsmål ved både hvor mange brukere av tjenesten som er i målgruppen for individuell plan gjennom at de har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og videre hvor aktivt tjenesten har jobbet med å informere hver enkelt bruker om muligheten for individuell plan og hva dette innebærer. Det vises til at dette ifølge en ansatt kunne gå i glemmeboken, at vi har mottatt lite skriftlig dokumentasjon på deres arbeid og hvilken informasjon som gis bruker og at gjennomgangen av enkeltsaker i Profil viste lite dokumentasjon på at det var gitt informasjon om individuell plan. På bakgrunn av dette vurderer revisor at Berlevåg kommune **i noen grad har oppfylt revisjonskriteriet** om *å sikre at det gis tilstrekkelig informasjon om hva individuell plan innebærer før det innhentes samtykke fra pasient og bruker.* I denne vurderingen er det hensyntatt at tjenesten også har informert revisor om at andelen brukere av tjenesten med behov for langvarige og koordinerte tjenester over tiden har blitt noe redusert de siste årene.

6.6 Konklusjon

Revisors konklusjon under problemstilling nr. 2 er at Berlevåg kommune i stor grad tilbyr tjenestemottakere med rusproblemer og/eller psykiske lidelser individuell plan når de har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

I konklusjonen har vi vektlagt den muntlige informasjonen vi har mottatt fra de ansatte i tjenesten om hvordan de jobber med individuell plan, og hvordan de dokumenterer de tilfellene hvor bruker selv takker nei til tilbud om individuell plan. Samtidig har det trukket noe ned i vurderingen at deler av kommunen og tjenestens arbeid med individuell plan er lite dokumentert, og at føringer i IPLOS viser noe sprikende praksis hva gjelder bruk av individuell plan og/eller koordinator.

7 INFORMASJON TIL BRUKERGRUPPEN OM KOMMUNENS TJENESTETILBUD

Sikrer Berlevåg kommune at innbyggere i målgruppen for tjenesten får tilstrekkelig informasjon om tjenestene kommunen tilbyr?

Revisjonskriterier

Berlevåg kommune bør sikre at:

- kommunens øvrige tjenester har informasjon om rus- og psykiatritjenestens tjenestetilbud, kontaktpunkter og åpningstider
- ulike informasjonskanaler tas i bruk for å bedre tilgjengeligheten til tjenesten.
- kommunens tjenestetilbud består av et variert utvalg av lavterskeltilbud.

7.1 Informasjon på egen nettside og i kommunens rus- og psykiatriplan

Revisor viser til redegjørelsen om tjenestetilbudet til rus- og psykiatritjenesten under punkt 4.1.2. Utover de opplysningene som det er redegjort for under punkt 4.1.2 inneholder ikke nettsiden til kommunen opplysninger om tjenestens dagsaktuelle tjenester.

I kommunens rus- og psykiatriplan for perioden 2020-2025 fremgår det at et av målene for planens periode er at tjenesten skal være et lavterskeltilbud, og være lett tilgjengelig og fleksibelt.

7.2 Bruk av andre informasjonskanaler og arenaer

Berlevåg har også opprettet en egen facebook-side hvor det annonseres ulike aktiviteter fra kommunens side. Revisors gjennomgang av denne viser at kommunen våren 2025 startet opp en åpen møteplass for voksne, som et tiltak for å motvirke ensomhet og skape deltakelse i ett felleskap i hverdagen. Dette ble annonsert både på kommunens egne nettsider og på facebook-siden.

Utover dette har revisors gjennomgang vist at det i liten grad er annonsert i både egne og andres informasjonskanaler om tjenestens tilbud. Det vises for øvrig til at ved gjennomgang av enkeltsaker viste denne at en stor andel brukere ble henvist fra fastlege og spesialisthelsetjenesten, men at noen brukere eller deres pårørende tok direkte kontakt med tjenesten.

7.3 Samarbeid med andre tjenester

De ansatte i tjenesten har i samtaler med revisor trukket frem et godt samarbeid med legetjenesten hvor de gjennomfører faste møter med dem hver tirsdag. Videre har de også et samarbeid med Nav hvor de har kontakt mellom seg ved behov. Av instanser utenfor kommunen har de trukket frem Distriktpsikiatrisk senter i Tana og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Karasjok.

Videre har kommunen trukket frem i Rus- og psykiatriplanen for 2021-2025 at tjenesten har etablert samarbeid med flere interne og eksterne etater.

7.4 Revisors vurderinger

I dialogen med tjenesten har revisor fått opplysninger om at tjenesten samarbeider tett med andre relevante kommunale tjenester som fastlegene, hjemmetjeneste og NAV. Samlet vurderer vi at tjenesten gjennom dette har jobbet med å sikre at andre kommunale tjenester kjenner til tilbudet tjenesten har. Vår vurdering er derfor den at kommunen **har oppfylt** revisjonskriteriet om *at de bør sikre at kommunens øvrige tjenester har informasjon om rus- og psykiatritjenestens tjenestetilbud, kontaktpunkter og åpningstider.*

Utover nevnte annonsering av nytt tilbud gjennom møteplassen og opplysninger om tjenesten på kommunens nettside, har revisor ikke påvist andre tilfeller hvor ulike informasjonskanaler aktivt er brukt av ulike informasjonskanaler til å redegjøre for kommunens tjenestetilbud. Videre viser vi til vår redegjørelse for innholdet i kommunens rus- og psykiatriplan under punkt 4.1.3 og 5.1. Det fremgår ikke av planen om det er en plan for informasjonsarbeid om tjenestens tilbud. Vår vurdering er derfor at kommunen **i noen grad har oppfylt** revisjonskriteriet om at *de bør sikre at ulike informasjonskanaler tas i bruk for å bedre tilgjengeligheten til tjenesten.*

Revisors gjennomgang har vist at rus- og psykiatritjenesten i stor grad tilbyr ulike tjenester fra samtalerapi til veiledning i forbindelse med rusproblematikk. Videre tilbyr kommunen en møteplass som et ensomhetstiltak våren 2025, som i vår vurdering har trukket opp. Samtidig viser gjennomgangen at mange av tjenestene er vedtaksbasert ved varighet over en viss tid, og at de utover møteplassen i varierende grad tilbyr lavterskeltjenester uten påmelding innenfor angitte åpningstider. Helhetlig vurderer vi derfor at Berlevåg kommune **i all hovedsak har oppfylt** revisjonskriteriet om at *de bør sikre at kommunens tjenestetilbud består av et variert utvalg av lavterskeltilbud.*

7.5 Konklusjon

Revisors konklusjon på problemstilling nr. 3 er at Berlevåg kommune til dels sikrer at innbyggere i målgruppen for tjenesten får tilstrekkelig informasjon om tjenestene kommunen tilbyr.

I konklusjonen har vi vektlagt at kommunen har lett tilgjengelig informasjon om tilbudet sitt på nettsiden, og at de har et godt samarbeid med andre tjenester. Samtidig har det trukket noe ned at kommunen i varierende grad har tatt i bruk ulike informasjonskanaler, og at rus- og psykiatritjenestens tilbud i liten grad består av tjenester som bruker selv kan oppsøke uten påmelding og uten at det fattes vedtak.

8 ANBEFALINGER

På bakgrunn av revisors funn, vurderinger og konklusjoner gir vi følgende anbefalinger:
Berlevåg kommune bør:

Berlevåg kommune må påse at det etableres og gjennomføres systematisk styring av tjenestene innen rus og psykisk helse i henhold til kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Som en del av kommunens forbedringsarbeid i den anledning anbefaler vi Berlevåg kommune å:

- Utarbeide og vedta administrativ delegering til enhet for helse og omsorg
- Utarbeide stillingsinstrukser for rus og psykiatritjenesten
- Vurdere i hvilket omfang rutiner og retningslinjer for rus- og psykiatritjenesten skal skriftliggjøres, og sikre at skriftliggjorte rutiner blir registrert i Compilo
- Utarbeide rutine for melding og oppfølging av avvik
- Sikre at all dokumentasjon relatert til brukere lagres i fagsystemet Profil
- Jevnlig gjennomføre og dokumentere evaluering og eventuell korrigerende av rus- og psykiatritjenestens aktiviteter og tjenestetilbud
- Planlegge og gjennomføre innhenting av bruker- og pårørendeerfaring

9 UTTALELSE

Revisor sendte rapportutkast til kommunedirektøren for uttalelse 14.10.2025. Vi mottok uttalelse 16.10.2025, signert Helse- og omsorgssjef, og denne gjengis i sin helhet i det følgende.

Uttalelse til forvaltningsrevisjonsrapporten av 14. oktober 2025

Oppfølging fra ledelsen – Rus- og psykiatritjenesten

1. Utarbeide og vedta administrativ delegering til enhet for helse og omsorg

Tas til etterretning. Det utarbeides og vedtas en tydelig administrativ delegering for enheten helse og omsorg, slik at ansvar, myndighet og beslutningslinjer blir klart definert. Arbeidet prioriteres og gjennomføres innen seks måneder.

2. Utarbeide stillingsinstrukser for rus- og psykiatritjenesten

Tas til etterretning. Det utarbeides stillingsinstrukser for tjenesten for å sikre tydelige roller og ansvarsområder. Ferdigstilles innen seks måneder.

3. Vurdere i hvilket omfang rutiner og retningslinjer for rus- og psykiatritjenesten skal skriftliggjøres, og sikre at skriftliggjorte rutiner blir registrert i Compilo

Tas til etterretning. Det foretas en vurdering av hvilke rutiner og retningslinjer som skal skriftliggjøres. Samtlige relevante rutiner skal registreres i Compilo. Arbeidet ferdigstilles innen seks måneder.

4. Utarbeide rutine for melding og oppfølging av avvik

Tas til etterretning. Det utarbeides rutine for melding og oppfølging av avvik for å sikre systematisk håndtering og læring i tjenesten. Ferdigstilles innen seks måneder.

5. Sikre at all dokumentasjon relatert til brukere lagres i fagsystemet Profil

Tas til etterretning. Det iverksettes tiltak for å sikre at all brukerdokumentasjon føres og lagres i fagsystemet Profil, i tråd med gjeldende krav og retningslinjer. Ferdigstilles innen seks måneder.

6. Jevnlig gjennomføre og dokumentere evaluering og eventuell korrigerende av rus- og psykiatritjenestens aktiviteter og tjenestetilbud

Tas til etterretning. Det etableres rutine for regelmessig evaluering og dokumentasjon av tjenestens aktiviteter og tilbud. Evalueringer skal bidra til kontinuerlig forbedring. Ferdigstilles innen seks måneder.

7. Planlegge og gjennomføre innhenting av bruker- og pårørendeerfaring

Tas til etterretning. Det skal planlegges hvordan bruker- og pårørendeerfaringer best kan innhentes og benyttes i utviklingen av tjenesten. Dette er utfordrende å gjennomføre i praksis da kommunen er liten, men saken tas opp administrativt for å vurdere hensiktsmessige løsninger.

Kommentar fra ledelsen – punkt 4.5.1 Saksutredning, begrunnelse og lovhjemmel

Ledelsen tar revisors vurdering til etterretning, men ønsker en nærmere utdyping av funnene. I rapporten fremgår det at det er opprettet saksutredning i alle de ti gjennomgåtte sakene, men at åtte av disse er «uten innhold». Vi ber om en presisering av hva som menes med dette.

- *Hvilket innhold er det revisjonen vurderer som manglende?*
- *Gjelder dette innhold knyttet til selve tjenesteytingen (for eksempel beskrivelse av behov, tiltak eller vurderinger av omfang), eller gjelder det forvaltningsmessige elementer (for eksempel saksfremstilling, vurdering av lovgrunnlag, eller dokumentasjon av prosess)? En slik presisering er nødvendig for at vi som ledelse skal kunne iverksette målrettede tiltak og sikre at saksutredninger fremover oppfyller de krav som forventes.*

Mvh Trine

I rapportutkastet som ble sendt på uttalelse til kommunedirektør stod det feilaktig under punkt 4.5.1 at saksutredningen var tom i åtte av sakene. Det riktige antallet er at den var tom i to av sakene. Dette er korrigert i etterkant av uttalelsen. Korrigeringen har ikke påvirket vurderingene av de enkelte revisjonskriterier og vår konklusjon på problemstilling nr. 1. Vi har videre presisert i epost til Helse- og omsorgssjef at vi med saksutredninger uten innhold mener at vi under saksutredning kun fant et tomt dokument, tilsvarende en mal som ikke var utfyllt. Det var ingen opplysninger i dokumentet som ga revisor grunnlag for å vurdere deres vurdering av tjenesteytingen, lovgrunnlag, dokumentasjon m.m. Dette er også presisert i teksten under punkt 4.5.1

10 REFERANSER

- LOV-20011-06-24-30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- FOR-2016-10-28-1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesteloven
-
- Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring». Veileder i lokalt psykisk helsearbeid»
- Berlevåg kommunes delegeringsreglement
- Berlevåg kommunes sektorplan Helse- og omsorg 2020-2024
- Kommunedelplanens samfunnsdel 2020-2030
- Berlevåg kommunes Rus og psykiatriplan 2021-2025
- Generelle rutiner for daglig drift i Rus

Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner og fylkeskommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregnskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Finnmark fylkeskommune, Troms fylkeskommune og Nordland fylkeskommune, samt 51 kommuner fordelt på de tre nordligste fylkene.

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

Vi har 55 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

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

Vårt forvaltningsrevisjonsteam består av 16 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner i Berlevåg kommune:

Samhandling om utskrivningsklare pasienter (2018)

Grunnskole- ressursbruk, skolehelsetjeneste og rutiner for samarbeid med barnevernet (2020)

Økonomistyring i helse og omsorg (2021)

Investeringsprosjektet «Fiskerikaia Vestre side» v/ Berlevåg Havn KF (2021)

