



Forvaltningsrevisjon | Stord kommune

Psykisk helse- og rustenester

Mai 2025

«Forvaltningsrevisjon av psykisk  
helse- og rustenester»

Mai 2025

Rapporten er utarbeidd for Stord  
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS  
Postboks 6013 Postterminalen,  
5892 Bergen  
tlf: 55 21 81 00  
[www.deloitte.no](http://www.deloitte.no)  
[forvaltningsrevisjon@deloitte.no](mailto:forvaltningsrevisjon@deloitte.no)

# Samandrag

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av psykisk helse- og rustenester i Stord kommune, i samsvar med bestillinga frå kontrollutvalet i sak PS 28/24 den 24.09.2024. Føremålet med forvaltningsrevisjonen har vore å undersøke om Stord kommune har ei føremålstenleg organisering av psykisk helse- og rustenester for å sikre eit heilskapleg og koordinert tenestetilbod for menneske med samansette rus- og/eller psykiske helseutfordringar. I undersøkinga er det gjennomført dokumentanalyse, stikkprøvekontroll og intervju.

Under oppsummerer vi Deloitte sine funn og vurderingar frå forvaltningsrevisjonen.

## **Stord kommune har i liten grad etablert ei systematisk styring av psykisk helse- og rustenestene.**

- Stord kommune har, mellom anna gjennom plan for rehabilitering, helse og omsorg (RHO), etablert overordna mål for arbeidet retta mot personar med utfordringar knytt til psykisk helse og rus i kommunen, men Eining for psykisk helse og rus har ikkje etablert system som sikrar at tilsette og leiarar kjenner til og følger opp desse overordna målsettingane for området.
- Ansvar og oppgåver innan psykiske helse- og rustenester er ikkje tilstrekkeleg tydeleg fordelt. Kommunen er i prosess med å etablere oversikt over kva ansvar og mynde som ligg til dei ulike rollane i eininga, samt å etablere stillingsskildringar for leiarroller. Kommunen skal, i samsvar med krav i regelverket, sikre at det er etablert ei skildring av verksemda sine hovudoppgåver og at det tydeleg går fram korleis ansvar, oppgåver og myndigheit er fordelt.
- Stord kommune har ikkje sikra tilstrekkeleg oversikt over ansvar og oppgåver i tenestene i RHO. Undersøkinga indikerer at det ikkje er tilstrekkeleg tydeleg for alle relevante aktørar kva oppgåver og ansvar som ligg til alle tenestene i eininga for psykisk helse og rus, og at det er ueinigheit om grensesnittet mellom tenester. Kommunen skal sikre at det føreligg tilstrekkeleg informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre helse- og omsorgsoppgåver i kommunen, og at det går klart korleis oppgåver og ansvar er fordelt mellom tenestene. Deloitte merkar seg at RHO er i prosess med å revidere tenestestandard for avdelingane og meiner at dette verkar føremålstenleg.
- Kommunen har ikkje i tilstrekkeleg grad tydeleggjort kva eining eller rolle i kommunen som har ansvar for koordinering av pasientforløp for brukarar med utfordringar knytt til psykisk helse og/eller rus. Det er eit leiaransvar å sørge for at det koordinerande arbeidet i nasjonale pasientforløp blir ivaretatt, og vidare at det er tydeleggjort, både internt i kommunen og ut mot innbyggjarane, kven som har ansvaret for koordinering av dei ulike pasientforløpa i kommunen.
- Stord kommune har i all hovudsak oversikt over eigen kompetanse og framtidig kompetansebehov i Eining for psykisk helse og rus. RHO har etablert ein strategisk kompetanseplan som blir revidert årleg og der det blir spelt inn kva kompetanse det er behov for i einingane framover, men Eining for psykisk helse og rus ser ikkje ut til å ha tatt del i dette arbeidet og at det heller ikkje er lagt inn opplæringstiltak for tilsette i eining for psykisk helse og rus for 2024. Deloitte meiner at Eining for psykisk helse og rus med fordel kan arbeide meir systematisk med kompetansebehov og evaluering av kompetansetiltak,

til dømes gjennom å sikre at dei er del av det overordna strategiske kompetansearbeidet på området i RHO.

**Organiseringa av dei psykisk helse- og rustenester i Stord kommune legg i all hovudsak til rette for heilskaplege og koordinerte psykisk helse- og rustenester til personar med samansette rus- og/eller psykisk helseutfordringar, men det er nokre utfordringar i samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetenestene når det gjeld denne brukargruppa.**

- Det er i all hovudsak etablert god samhandling mellom dei kommunale tenestene som gir tilbod til brukarar med samansette rus- og/eller psykiske helseutfordringar. Det blir vist til at det er lav terskel for å samarbeide på tvers av kommunale tenester for å sikre heilskaplege tenester for brukarane. Undersøkinga viser samtidig at samarbeidet mellom dei kommunale tenestene i liten grad er formalisert, og Deloitte vil påpeike at samarbeid mellom aktørar på ulike nivå i kommunen bør skje gjennom samarbeidsavtalar.
- Det er etablert fleire system og rutinar som skal sikre samarbeid på systemnivå mellom kommunen og spesialisthelsetenestene, og det går fram at det er etablert fleire fora for samhandling mellom aktørane. Undersøkinga viser samtidig at det på tross av avtale mellom kommunen og Stord DPS om jamlege evalueringssmøte av LAR-tenestetilbodet, ikkje har blitt gjennomført slike møte i samsvar med avtale. Deloitte har ikkje indikasjonar på at LAR-tenestetilbodet i kommunen ikkje fungerer godt, men påpeiker at kommunen bør sikre at evalueringssmøte blir gjennomført systematisk og i samsvar med krav i avtale.
- Undersøkinga viser at det i praksis kan vere utfordringar knytt til samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetenestene, og at dette i hovudsak omhandlar kommunikasjonen mellom aktørane, til døme ved inn- og utskrivning av pasientar. Deloitte meiner at kommunen i samarbeid med spesialisthelsetenestene må sikre at brukarar med store og samansette behov som mottar psykisk helse og rustenester i kommunen mottar heilskapleg pasientforløp, inkludert smidig overføring av informasjon til rett tid. Deloitte påpeiker også at det er viktig at manglar i samhandlinga blir meldt som avvik i samsvar med kommunen si rutine for samhandlingsavvik, og eventuelt løfta i evalueringss- og/eller samhandlingssmøte der kommunen og spesialisthelsetenestene deltar.

**Stord kommune gjennomfører ikkje tilstrekkeleg kartlegging av nye brukarar og det blir i liten grad brukt individuell plan (IP) for oppfølging av brukarar.**

- Stord kommune har etablert system og rutinar for å innhente informasjon ved kartlegging av nye brukarar. Undersøkinga viser samtidig at system og rutinar ikkje alltid blir brukt i kartlegginga av nye brukarar. Stikkprøvekontrollen viser at kommunen ikkje gjennomfører systematiske kartleggingar av sentrale forhold som rusmisbruk, fysisk helse og økonomi i samband med søknadar. Det er ikkje dokumentert at det er gjennomført møte mellom Tildelingskontoret og brukar og eventuelt pårørande i nokre av sakene som er undersøkt og det er heller ikkje lagt ved kartleggingsskjema i journal i dei fem sakene som er undersøkt. Dette er ikkje i samsvar med kommunen sine eigne rutinar som seier at skjema etter gjennomført kartlegging skal lagrast i journal. Undersøkinga viser vidare at mangelfull kartlegging fører til at brukarar ikkje alltid får tilstrekkeleg tilpassa tenester. Dette ikkje er i samsvar med krav i forvaltningslova som seier at kommunen må sikre at det føreligg tilstrekkelege opplysningar til at saka kan vurderast og avgjerast på ein fagleg forsvarleg måte, samt krav i helse- og omsorgstjenesteloven som slår fast at kommunen skal sikre nødvendige og heilskaplege tenester til brukarar. Omfang og innretning av kartlegginga skal gi grunnlag for at brukaren får individuelt tilpassa tenester.

- Stikkprøvekontrollen viser at kommunen ikkje i tilstrekkeleg grad dokumenterer at søkar har gitt samtykke til at kommunen hentar inn opplysningar om vedkomande frå andre tenester i kommunen eller i spesialisthelsetenesta. Vern mot deling av opplysningar heng tett saman med helsepersonell si teieplikt, og deling av slike opplysningar krev i dei aller fleste tilfelle samtykke frå personen det gjeld. Det går vidare fram av stikkprøvekontrollen at kommunen i to av sakene som er gjennomgått har brukt rundt 5 månadar frå søknad er registrert til vedtak er fatta. Det går ikkje fram av sakene at kommunen har sendt førebels svar til søkar. Kommunen skal førebu og avgjere saker utan ugrunna opphald i samsvar med krav i forvaltningslova § 11 a. Dersom sakshandsamingstida vil vare meir enn ein måned skal kommunen snarast mogleg sende eit førebels svar med opplysning om årsaka til at henvendinga ikkje kan behandlast tidlegare, og når ei avgjerse i saka kan ventast.
- Det blir i liten grad brukt individuell plan (IP) for å sikre samordning og koordinering av tenester for vaksne brukarar med samansette rus- og/eller psykiske helseutfordringar i Stord kommune. Det er etablert system og retningslinjer for arbeid med IP og rolla som koordinator i kommunen, men det er ikkje etablert system og rutinar i Eining for psykisk helse og rus som sikrar at brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester blir informert om rett til å søke om IP og koordinator. Undersøkinga viser også at det i liten grad er praksis for at IP blir brukt for relevante brukarar i eininga. På undersøkingstidspunktet var det éin aktiv IP for brukar av tenester i eininga. Deloitte vil understreke at brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester har rett på IP, og at kommunen må sikre at dei får informasjon om dette.
- Deloitte registrerer at det i undersøkinga blir vist til at det av fleire årsaker kan vere krevjande med IP for denne brukargruppa, og at kommunen gjerne søker å sikre samarbeid mellom tenestene for den enkelte brukar gjennom t.d. samarbeidsmøte mellom tenestene. Deloitte meiner at dette verkar føremålstenleg dersom brukar har fått informasjon om rett til IP, men ikkje ønsker dette. Deloitte vil samtidig påpeike at det bør etablerast system og rutinar for desse prosessane og samhandlinga for enkeltbrukarar, slik at kommunen tilbyr eit likeverdig tilbod for alle brukarane med behov for langvarige- og koordinerte tenester.
- Stord kommune sikrar i hovudsak at brukarar får psykisk helse- og rustenester dei har vedtak på. Brukarane med enkeltvedtak på tenester får tildelt primær- og sekundærkontakt som skal sikre at brukarane får tenestene dei har vedtak på. Deloitte merker seg samtidig at det ikkje er etablert rolle- og oppgåveskildring for rolla som primær- og sekundærkontakt for alle avdelingane i eining for psykisk helse og rus som har tenester som krev enkeltvedtak, og vil påpeike at det skal gå tydeleg fram korleis ansvar og oppgåver er fordelt (jf. § 6 a. i forskrift om leiing og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene)
- Stord kommune har ikkje etablert tilstrekkeleg system og rutinar som sikrar at brukarar får *individuell tilpassa tenester*. Undersøkinga viser at det ikkje alltid går fram av vedtaket kva konkret tilbod søkaren har fått vedtak på eller kor lenge vedtaket er gjeldande, og at det kan vere krevjande både for brukar og utførarteneste å forstå kva teneste(r) brukar har vedtak på. Det blir også vist til at det ofte er behov for større omfang av tenester enn det som går fram av vedtaket. Deloitte vil understreke at det skal gå fram av vedtaket kva tenester kommunen skal gi. Vedtaket skal utformast slik at mottakar veit kva tenester som er tildelt, i kva omfang, samt kor lang tid vedtaket er gjeldande. Vedtaket skal skape føreseielegheit for brukar, men samtidig vere fleksibelt nok til at det kan ta høgde for normale svingingar i bistandsbehov.

- Undersøkinga indikerer at det er utfordringar knytt til kapasitet ved Tildelingskontoret og at dette mellom anna fører til at det i periodar er lang ventetid på behandling av søknadar om tenester innan Eining for psykisk helse og rus. Det går også fram at det ikkje alltid blir fatta nytt vedtak eller avslutta vedtak på tenester på tross av at det blir sendt endringsmelding frå utførareining til Tildelingskontoret. Deloitte vurderer at dette ikkje er i samsvar med krav i forvaltningslova om at kommunen skal førebu og avgjere saker utan ugrunna opphald, samt krav i pasient – og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven som slår fast at tenester skal iverksettast innan forsvarleg tid, altså frå det tidspunktet brukar sine behov tilseier det (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1). Deloitte registrerer at kommunen har sett i verk ein prosess for å sikre betre samhandling mellom Tildelingskontoret og Eining psykisk helse og rus, noko som etter Deloitte si vurdering verkar nødvendig.

### **Stord kommune har ikkje etablert tilstrekkeleg system og rutinar for å sikre medverknad frå brukarar og eventuelle pårørande innan psykisk helse- og rustenester**

- Stord kommune legg i all hovudsak til rette for at brukarane av psykisk helse- og rustenestene, og eventuelt deira pårørande, kan medverke ved tildeling og evaluering av tenester til den enkelte brukar. Det er etablert skjema og retningslinjer som viser til at medverknad skal praktiserast i kartlegging og dagleg samhandling og at det skal vera tema i individuelle møter med brukar. Undersøkinga indikerer at brukarar av tenestene i praksis får kome med innspel og tilbakemelding på eigne tenester, men det er samtidig ikkje etablert prosedyrar eller liknande som tydeleggjer korleis til dømes tenestene skal arbeide recoverybasert, korleis ein skal involvere pårørande ved tildeling og evaluering av tenester mv. Deloitte meiner derfor at kommunen i større grad bør sikre at det er etablert prosedyrar eller liknande som er med å bidrar til at brukarar av psykisk helse- og rustenestene, og eventuelt pårørande medverkar ved utforming eller endring av tenestetilbodet (jf. § 3 i kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstenester).
- Kommunen har i liten grad etablert system og rutinar for å jamleg hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring frå brukarar og pårørande. Undersøkinga viser at det blei gjennomført brukarundersøking blant brukarar av tenestene i 2024, og at førre brukarundersøking blei gjennomført i 2015. Det er på revisjonstidspunktet ikkje aktivt brukarråd eller andre typar brukarorganisasjonar der brukarane kan kome med samla tilbakemeldingar og innspel. Det er vidare ikkje etablert system og rutinar for å dokumentere eller hente innspel frå pårørande eller pårørandeorganisasjonar til bruk i eininga sitt forbetningsarbeid. Deloitte vil påpeike at eining psykisk helse og rus har plikt til å evaluere verksemda, og at kommunen må sikre at det blir brukt innspel og erfaringar frå brukarar og pårørande i dette arbeidet (jf. § 8 d. i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten).

Deloitte sin konklusjon og tilrådingar går fram av kapittel 7 i rapporten.

# Innhold

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SAMANDRAG</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>INNHALD</b> .....  | <b>5</b>  |
| <b>1 INNLEIING</b> .....  | <b>7</b>  |
| 1.1 BAKGRUNN .....  | 7         |
| 1.2 FØREMÅL OG PROBLEMSTILLINGAR .....  | 7         |
| 1.3 AVGRENSING.....   | 8         |
| 1.4 METODE.....   | 8         |
| 1.5 REVISJONSKRITERIUM .....  | 9         |
| <b>2 OM TENESTEOMRÅDET</b> .....  | <b>10</b> |
| 2.1 ORGANISERING.....   | 10        |
| <b>3 SYSTEMATISK STYRING</b> .....  | <b>11</b> |
| 3.1 PROBLEMSTILLING .....   | 11        |
| 3.2 REVISJONSKRITERIUM .....  | 11        |
| 3.3 MÅL FOR ARBEIDET MED BRUKARGRUPPA .....   | 12        |
| 3.4 TYDELEG FORDELTE ANSVAR OG ROLLAR.....  | 14        |
| 3.5 OVERSIKT OVER KOMPETANSE OG KOMPETANSEBEHOV OG PLAN FOR Å SIKRE NØDVENDIG KOMPETANSE .....            | 17        |
| <b>4 ORGANISERING OG SAMARBEID</b> .....  | <b>20</b> |
| 4.1 PROBLEMSTILLING .....   | 20        |
| 4.2 REVISJONSKRITERIUM .....  | 20        |
| 4.3 SAMHANDLING MELLOM KOMMUNALE TENESTER.....  | 21        |
| 4.4 SAMARBEID MELLOM KOMMUNEN OG SPESIALISTHELSETENESTENE .....   | 24        |
| <b>5 KARTLEGGING OG PLAN FOR OPPFØLGING</b> .....   | <b>29</b> |
| 5.1 PROBLEMSTILLING .....   | 29        |
| 5.2 REVISJONSKRITERIUM .....  | 29        |
| 5.3 SYSTEM OG RUTINAR FOR INNHENTING AV INFORMASJON VED KARTLEGGING AV NYE BRUKARAR ...                   | 30        |
| 5.4 BRUK AV INDIVIDUELL PLAN (IP), ANSVARSGRUPPER ELLER ANDRE TILTAK FOR SAMORDNING OG KOORDINERING ..... | 34        |
| 5.5 TENESTER TIL BRUKARAR MED VEDTAK .....  | 36        |
| <b>6 SYSTEM OG RUTINAR FOR BRUKAR- OG PÅRØRANDEMEDVERKNAD</b> .....                                       | <b>41</b> |
| 6.1 PROBLEMSTILLING .....   | 41        |
| 6.2 REVISJONSKRITERIER .....  | 41        |
| 6.3 MEDVERKNAD VED TILDELING OG EVALUERING AV TENESTER .....  | 42        |
| 6.4 SYSTEM OG RUTINAR FOR Å HENTE INN FORBETRINGSINNspel.....   | 44        |
| <b>7 KONKLUSJON OG TILRÅDINGAR</b> .....  | <b>47</b> |
| <b>VEDLEGG 1: HØYRINGSUTTALE</b> .....  | <b>51</b> |
| <b>VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIUM</b> .....  | <b>60</b> |

**VEDLEGG 3: SENTRALE DOKUMENTER OG LITTERATUR..... 66**

**Figurar:**

Figur 1: Psykisk helse og rus og Tildelingskontoret ..... 10

**Tabellar:**

Tabell 1: Tiltak knytt til mål om å utjamne helseforskjellar - inkludering, likeverd, aktivitet og arbeid (Kjelde: Stord kommune) ..... 12

Tabell 2: Meldte avvik på samarbeidsavtalen mellom kommunen og Helse Fonna i 2024 ..... 28

Tabell 3: Stikkprøvekontroll av fem kartleggingar etter søknad om tenester ..... 32

Tabell 4: Saksbehandlingstid Psykisk helse og rus 2024 ..... 38

# 1 Innleiing

## 1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av psykisk helse- og rustenester i Stord kommune. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Stord kommune i sak PS 28/24, den 24.09.2024.

## 1.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med prosjektet har vore å undersøke om Stord kommune har ei føremålstenleg organisering av psykisk helse- og rustenester for å sikre eit heilskapleg og koordinert tenestetilbod for menneske med samansette rus- og/eller psykiske helseutfordringar.

**Med bakgrunn i formålet er det utarbeidd følgjande problemstillingar som har blitt undersøkt:**

1. I kva grad har Stord kommune etablert ei systematisk styring av psykisk helse- og rustenestene i kommunen? Under dette:
  - a) Har Stord kommune etablert mål for arbeidet retta mot personar med utfordringa knytt til psykisk helse og/eller rus, og i kva grad blir måla følgt opp?
  - b) Er oppgåver og ansvar innan psykisk helse- og rustenester tydeleg fordelt (inkludert forløpskoordinering)?
  - c) Har kommunen oversikt over eigen kompetanse og eventuelle noverande og framtidige kompetansebehov, samt ein plan for å sikre nødvendig kompetanse innan psykisk helse- og rustenester for vaksne med samansette rus- og/eller psykisk helseutfordringar?
2. Legg organiseringa av psykisk helse- og rustenester i Stord kommune til rette for heilskaplege og koordinerte tenester til personar med samansette utfordringar knytt til rus og/eller psykisk helse? Under dette:
  - a) Er det etablert tilstrekkeleg samhandling mellom dei kommunale tenestene som arbeider med denne brukargruppa?
  - b) Er det etablert system og rutinar for å sikre tilstrekkeleg samarbeid mellom psykisk helse- og rustenester og spesialisthelsetenesta (t.d. DPS og sjukehus) til dømes ved utskriving av pasientar?
3. Blir det gjennomført tilstrekkeleg kartlegging og etablert plan for oppfølging av brukarar som sikrar tilpassa tenester? Under dette:
  - a) Er det etablert felles system og rutinar for innhenting informasjon ved kartlegging av nye brukarar?
  - b) I kva grad er det nytta individuelle planar, ansvarsgrupper eller andre relevante tiltak for samordning og koordinering av tenester for brukarar med samansette lidingar?
  - c) I kva grad får brukarane tenester dei har vedtak på?
4. Har kommunen etablert system og rutinar for å sikre medverknad frå brukarar og eventuelle pårørande innan psykisk helse- og rustenester? Under dette:

- a) I kva grad er det lagt til rette for at brukarane av psykisk helse- og rustenestene, og eventuelle pårørande, kan medverke ved tildeling og evaluering av tenester til den enkelte brukar?
- b) I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå brukarar og pårørande?

### 1.3 Avgrensing

Forvaltningsrevisjonen er avgrensa til å gjelde Stord kommune sine psykisk helse- og rustenester for vaksne med alvorlege og langvarige psykisk helse- eller rusmiddelproblem som opptretr åleine eller saman (ROP lidingar), og omhandlar ikkje eventuelle førebyggings- eller oppfølgingstilbod for barn og unge eller vaksne med milde og/eller kortvarige utfordringar knytt til psykisk helse eller rusmiddelproblem. Forvaltningsrevisjonen vil vidare ikkje omfatte behandling eller tilbod frå fastlegar, spesialisthelsetenestene eller eventuelle private behandlingstilbod eller butilbod.

### 1.4 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldande standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001) og kvalitetssikra i samsvar med krava til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual (DPM).

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet oktober 2024 til april 2025.

#### 1.4.1 Dokumentanalyse

Informasjon om Stord kommune og dokumentasjon på etterleving av interne rutinar, regelverk mv. har blitt samla inn og analysert. Innsamla dokumentasjon har blitt vurdert opp mot revisjonskriteria.

#### 1.4.2 Intervju

For å få supplerande informasjon til de skriftlege kjeldene, har Deloitte intervjuat utvalde personar i Stord kommune som er involvert i eller har ansvar for psykisk helse- og rustenester i ulike deler av organisasjonen. Dette inkluderer einingsleiar for psykisk helse- og rustenestene, leiar og sakshandsamar ved tildelingskontoret, avdelingsleiarar for ambulant team, avdelingsleiar for bustadsosialt team og lågterskel helsestasjon og avdelingsleiar for Hamna kontaktsenter. Det er også gjennomført intervju med verneombod, brukar- og pårøranderepresentant.

Det er gjennomført totalt 8 intervju med til saman 9 personar.

#### 1.4.3 Stikkprøvegjennomgang

Revisjonen har gjennomført stikkprøvekontroll av 5 kartleggingar av brukarar for å undersøke om dette er gjennomført i samsvar med tilrådd praksis på området og eventuelt kommunen sine egne rutinar og retningslinjer.

Revisjonen skulle etter planen også gjennomføre stikkprøvekontroll av 5 individuelle planer for å undersøke om innhaldet i dei individuelle planane er samsvarer med krav i regelverket. Deloitte har mottatt 4 individuelle planar og har undersøkt desse. To av IP-ane var ikkje aktive på undersøkingstidspunktet og ein av planane var for person under 18. Det var 1 aktiv IP for

vaksen brukar i eininga på revisjonstidpunktet. Ingen av dei 4 oversendte IP-ane har koordinator i tenestene som ligg til Eining for psykisk heile og rus.

#### **1.4.4 Verifiseringsprosessar**

Oppsummeringar frå intervju er sendt til dei som er intervjuet for verifisering, og det er informasjon frå dei verifiserte intervjureferata som er nytta i rapporten.

Datadelen av rapporten har blitt sendt til kommunen for verifisering, og eventuelle faktafeil er retta opp i den endelege versjonen. Høyringsutkast av rapporten er sendt til kommunedirektør for uttale. Høyringsuttalen frå kommunen ligg som vedlegg 1 til rapporten.

#### **1.5 Revisjonskriterium**

Revisjonskriterium er dei krav og forventningar som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteria er utleia frå autoritative kjelder i samsvar med krava i gjeldande standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteria i hovudsak henta frå kommuneloven og helse- og omsorgstjenesteloven med tilhøyrande forskrifter og nasjonale rettleiarar.

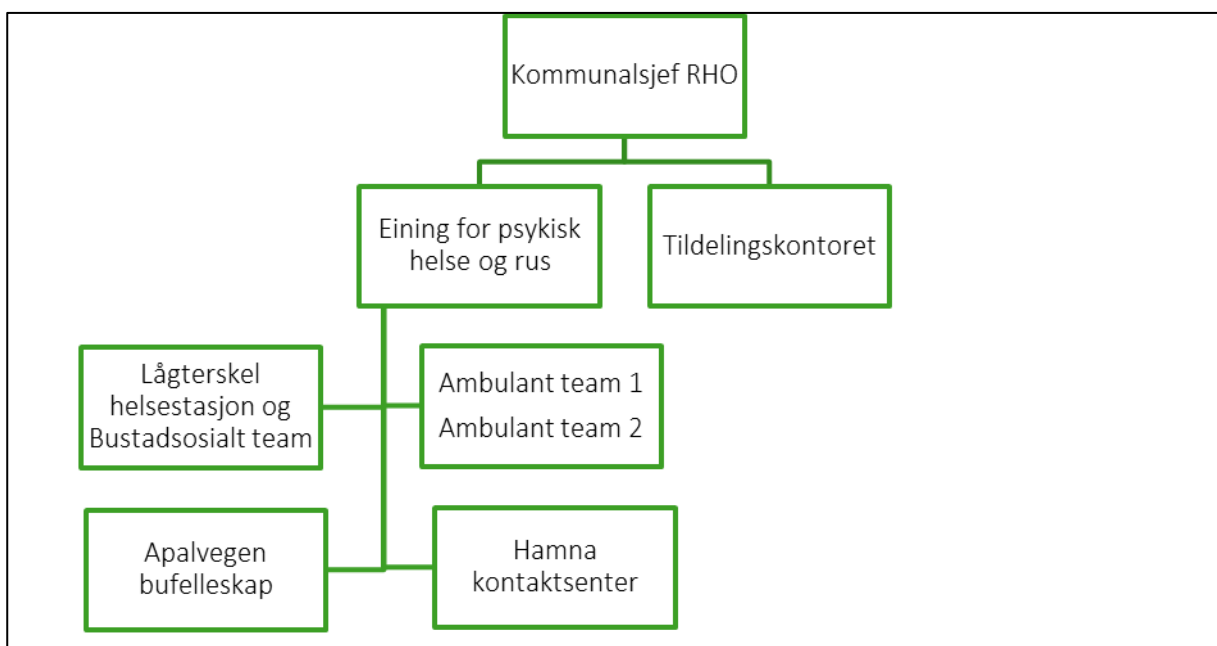
Kriteria er nærare presentert innleiingsvis under kvart tema, og i vedlegg 2 til rapporten.

## 2 Om tenesteområdet

### 2.1 Organisering

Kommunalsjefområde rehabilitering, helse og omsorg (RHO) har ansvar for helse- og omsorgstenestene i kommunen, og under dette Eining for psykisk helse og rus. Under RHO ligg også Tildelingskontoret som fattar vedtak på helse- og omsorgstenester.

Figur 1: Psykisk helse og rus og Tildelingskontoret



Eining for psykisk helse og rus har ansvar for å sikre kommunen sine tenester til personar med psykisk helse- og /eller rusutfordringar. Som vist i figuren over er det fire avdelingar i eininga, og kvar avdeling har ein avdelingsleiar med ansvar for eit eller fleire tilbod.

Tildelingskontoret i Stord kommune handsamar søknader om helse- og omsorgstenester, og bustadtenester. Tildelingskontoret tar mellom anna imot søknadar, vurderer behov for tenester og fattar vedtak. Tildelingskontoret er også Koordinerande Eining (KE) og har ansvar for

- vurdering og sakshandsaming av søknader om individuell plan og koordinator
- oversikt over personlege koordinatorar og eksisterande individuelle planar (IP)
- kvalitetssikre arbeidet med individuelle planar
- medverke til opplæring og oppfølging av personlege koordinatorar.

## 3 Systematisk styring

### 3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

*I kva grad har Stord kommune etablert ei systematisk styring av psykisk helse- og rustenestene i kommunen?*

Under dette:

- Har Stord kommune etablert mål for arbeidet retta mot personar med utfordringa knytt til psykisk helse og/eller rus, og i kva grad blir måla følgt opp?
- Er oppgåver og ansvar innan psykisk helse- og rustenester tydeleg fordelt (inkludert forløpskoordinering)?
- Har kommunen oversikt over eigen kompetanse og eventuelle noverande og framtidige kompetansebehov, samt ein plan for å sikre nødvendig kompetanse innan psykisk helse- og rustenester for vaksne med samansette rus- og/eller psykisk helseutfordringar?

### 3.2 Revisjonskriterium

Basert på krav i helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven, forskrift og ledelse og kvalitetsforbedring samt rettleiarar og planar frå Helsedirektoratet, har Deloitte utleia følgjande revisjonskriterier:

Kommunen skal

- utarbeide ei skildring av verksemda sine hovudoppgåver, mål og organisering (§ 25-1 i kommunelova). Helse- og omsorgstenestene skal planlegge verksemda sine aktivitetar, noko som mellom anna inneber å ha oversikt over og skildre verksemda sine mål, oppgåver, aktivitetar og organisering. Det skal klart gå fram korleis ansvar, oppgåver og myndigheit er fordelt (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene).
- Leggje til rette tenestene på ein måte som gjer at personell som utfører tenestene skal vere i stand i å overhalde sine lovpålagte plikter og at tilstrekkeleg fagkompetanse blir sikra i tenestene (§ 4-1d i helse- og omsorgstenestelova).
- Planlegge verksemda sine aktivitetar gjennom å ha oversikt over medarbeidarane sin kompetanse og behov for oppfølging (§ 6 f i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring §6f).
- Sørge for eit system som sikrar at medarbeidarane har kunnskap og ferdigheitar til å utføre oppgåvene sine. Dette føreset at verksemda jamleg gjennomfører ei kartlegging av kompetanse, rekrutter medarbeidarar med riktig kompetanse og sørger for at dei får

tilstrekkeleg opplæring og etter- og vidareutdanning (Helsedirektoratet sin rettleiar til forskrift om leiging of kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene<sup>1</sup>)

Kommunen bør

- gjere seg kjent med innhaldet i pakkeforløpa/pasientforløpa knytt til pasientar og brukarar med psykisk helse og/eller rusutfordringar og inngå samarbeid med spesialisthelsetenesta for å avklare rollar og ansvar i dette arbeidet. Kommunane si rolle i det forløpskoordinerande arbeidet er mellom anna å
  - informere, rettleie og gi råd til pasient og/eller foreldre, ev. pårørande om nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus
  - samarbeide med forløpskoordinator i spesialisthelsetenesta
  - sikre heilskapleg oppfølging med utgangspunkt i pasient/bruker sine mål, ressursar og behov

Kommunen bestemmer sjølv kvar forløpskoordinatorane skal vere forankra, og kven som skal ha denne rolla. På nettsida til kommunen skal det stå telefonnummer til forløpskoordinatorane for dei ulike nasjonale pasientforløpa (Helsedirektoratet: Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020).

### 3.3 Mål for arbeidet med brukargruppa

#### 3.3.1 Datagrunnlag

Stord kommune har etablert ein plan for rehabilitering, helse og omsorg i Stord kommune 2022 - 2031 (RHO plan).<sup>2</sup> I planen er det sett opp sju hovudmålsettingar/innsatsområde for området i planperioden med 55 tilhøyrande tiltak. Ikkje alle tiltaka er relevant for alle tenestene som ligg til sektor for rehabilitering, helse og omsorg. Eitt døme på relevante tiltak for eining for psykisk helse og rus går fram av tabellen under.

Tabell 1: Tiltak knytt til mål om å utjamne helseforskjellar - inkludering, likeverd, aktivitet og arbeid (Kjelde: Stord kommune)

| Tiltak                                     | Kva gjer me   |
|--|---|
| Skape best mogeleg inkluderande arbeidsliv | Ha arbeidsretta tenester med mål om ordinært arbeid til personar med psykiske vanskar og/eller rusvanskar.<br><br>Opprette lågterskel arbeidstilbod til personar med rusvanskar |

<sup>1</sup> Helsedirektoratet. Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift. Publisert 17.02.2017. Sist faglig revidert 29.10.2018.

<sup>2</sup> Stord kommune. Plan for rehabilitering, helse og omsorg 2022-2031. Vedtatt i kommunestyret september 2022.

Kommunen har også etablert mål for folkehelsearbeidet i kommunen frå 2024-2028<sup>3</sup>. Det går her fram fire hovudmål med overordna og kortfatta delmål. Til dømes er eit av hovudmåla at «Folk i Stord har gode levekår og opplever tilhørslse uavhengig av bakgrunn og funksjonsevne» og to av delmåla er at 1) tiltak, tenester og arbeidslivet er inkluderande og fremjar aktiv samfunnsdeltaking og 2) det blir lagt til rette for at alle kan delta i sosiale fellesskap.

I årsbudsjett- og handlingsplan for 2024-2027 går det fram hovudprioritering for Eining for psykisk helse og rus i perioden. Det går her mellom anna fram at « Tenesta vil styrke innsatsen for hjelp til personar med milde til moderate vanskar. Samstundes må samhandling med spesialisthelsetenesta styrkjast slik at personar med langvarige og samansette behov får heilskapeleg behandling og oppfølging».

Einingsleiar viser til dei overordna måla ligg i RHO planen og folkehelseplanen for Stord kommune, og det blir vidare vist til at ein har oppe mål for eininga på leiarmøta der einingsleiar og avdelingsleiarar deltar. I intervju viser einingsleiar og nokre av avdelingsleiarane til at dei opplever at det er etablert tydelege mål for tenesta. Ein av avdelingsleiarane peiker likevel på at vedkommande ikkje har kjennskap til overordna mål og planar for rus- og psykisk helse i kommunen, og at vedkommande opplever at målet er å gi gode tenester innanfor budsjetttrammene.

Einingsleiar viser til at mål og planar også er tema på LTV-møta<sup>4</sup> der tillitsvalte og verneombod frå heile eininga deltar saman med leiarane. Einingsleiar presiserer også at nasjonale føringar legg rammer for korleis Eining for rus- og psykisk helse skal arbeide inn mot relevante pasientgrupper. Ho viser mellom anna til opptrappingsplan for rus- og psykisk helse.

Det blir etablert årleg handlingsplan for Eining for psykisk helse og rus. Handlingsplanen er utforma som ein tabell der det er lagt inn mål med tilhøyrande tiltak for å sikre at måla blir nådd, teikn på at ein har nådd mål og ei kolonne der ein skal føre inn resultat på slutten av året. Samanhengen mellom denne planen og målsettingar frå RHO-planen og årsbudsjett- og handlingsplanen, er ikkje tydelege i handlingsplanen til eininga. Det er til dømes ingen mål som omhandlar arbeidstilbod for brukarane eller samhandling med spesialisthelsetenester (jf. Mål i RHO-planen og hovudprioritet for eininga i årsbudsjett- og handlingsplan som vist over).

I samband med verifiseringa av rapporten peiker kommunen på at mål for handlingsplan er fastsett, og at det langt på veg er opp til einingane kva mål/tiltak dei vil ha fokus på. Det blir vist til at det derfor ikkje nødvendigvis er ein samheng mellom t.d. spesifikke overordna folkehelsemål, og område som eininga vel å prioritere. Det blir vidare peikt på at det heller ikkje er slik at einingane til ei kvar tid må ha mål innanfor alle målsettingar frå RHO-planen og årsbudsjett.

Handlingsplan for eininga i 2023, 2024 og 2025 har likt oppsett og er delt inn i hovudområda: brukarar, medarbeidarar, HMT (Helse, miljø og tryggleik), folkehelse og fagleg del. Det er sett opp fem mål under hovudområde «brukarar» og alle handlar om brukarar si oppleving av tenestene, eksempelvis er ei målsetting at «brukarane er nøgde med tilgjenge på tenestene». Det går fram av handlingsplanen at mange av desse målsettingane blir målt i resultat på brukarundersøkinga som skal gjennomførast jamleg (meir om dette i kapittel 6 i denne rapporten).

---

<sup>3</sup> Stord kommune. Mål for folkehelsearbeidet i Stord kommune 2024-2028. Ikkje datert

<sup>4</sup> LTV gruppa er trepartssamarbeid mellom leiar, tillitsvalte og verneombod med faste møtepunkt kvar 6. veke

I handlingsplanen for 2025 er det under folkehelse lagt inn fire mål med tilhøyrande tiltak. Eit av måla er til dømes at «barrierar for deltaking er redusert» og tiltaket er «vera open for nye tilbod og aktivitetar». Under desse tiltaka er det verken lagt inn kven som er ansvarleg for tiltaka eller kva som er ønska resultat/teikn på at ein har nådd mål.

I handlingsplanane for 2023 og 2024 er det ikkje lagt inn resultat på arbeid med måla i planane ved slutten av året. I intervju med einingsleiar blir det vist til at eininga ikkje har arbeidd tilstrekkeleg godt med handlingsplanen i 2024, mellom anna fordi høgt sjukefråvær i eininga og oppfølging av budsjettprosessen i kommunen har tatt mykje tid og kapasitet. I handlingsplan for 2024 er det lagt inn korleis ein skal arbeide med å følgje opp handlingsplanen gjennom året, mellom anna med evaluering i LTV-gruppa hausten 2024. Per januar 2025 var det ikkje gjennomført evaluering i LTV-gruppa, men einingsleiar viser til at leiargruppa i eininga evaluerte handlingsplanen på møte i desember 2024 og at planen deretter skulle evaluerast i LTV-gruppa i januar 2025.

### **3.3.2 Vurdering**

Deloitte vurderer at Stord kommune har etablert overordna mål for arbeidet retta mot personar med utfordringar knytt til psykisk helse og rus i kommunen. Det er til dømes etablert ein plan for rehabilitering, helse og omsorg der det er fleire mål og tiltak retta mot innbyggjarar med utfordringar knytt til rus og/eller psykisk helse. Deloitte vurderer samtidig at Eining for psykisk helse og rus ikkje har etablert system som sikrar at tilsette og leiarar kjenner til og følgjer opp desse overordna målsettingane for området. Det blir årleg utarbeidd handlingsplan for eininga, men måla og tiltaka i denne planen har ikkje tydeleg samanheng med overordna målsettingar i kommunen. Undersøkinga viser vidare at eininga ikkje har arbeidd systematisk med å følgje opp måla som er etablert i handlingsplanen dei siste åra.

## **3.4 Tydeleg fordelte ansvar og rollar**

### **3.4.1 Datagrunnlag**

Som vist i kapittel 2 i denne rapporten er det fire avdelingar i Eining for psykisk helse og rus, og kvar avdeling har ein avdelingsleiar med ansvar for eit eller fleire tilbod.

Eininga har sidan våren 2024 arbeidd med å etablere eit myndigheitskart for å sikre oversikt over kven som har ulike oppgåver og ansvar i eininga. Myndigheitskartet er eit Excel-ark med arkfaner som skildrar rollane i leiargruppa, Ambulant team 1, Apalvegen bufelleskap, Lågterskel helsestasjon og Bustadsosialt team. Det er også lagt inn arkfaner for Ambulant team 2 og Hamna kontaktsenter, men det var på revisjonstidspunktet ikkje lagt inn informasjon her. Det er heller ikkje ferdigstilt skildringar for alle tenesteområda der det er lagt inn informasjon, og noko av informasjonen er veldig kortfatta eller ikkje ferdigstilt. Einingsleiar opplyser i intervju at eininga er i prosess med å utarbeide myndigheitskartet og at det ikkje var ferdigstilt på revisjonstidspunktet. Einingsleiar viser til at det tidlegare har vore noko uklart for dei tilsette kva som er ansvarsområda til dei ulike rollane i kommunen, og at dette har ført til frustrasjon og ekstraarbeid blant dei tilsette. Føremålet med myndigheitskartet er mellom anna å klargjere rollane til einingsleiar, avdelingsleiarar og fagkoordinator i eininga.

I samband med verifiseringa av rapporten viser kommunen til at arbeid med myndigheitskart blei starta i mars 2024 for å sikra ei forventningsavklaring i overgang mellom einingsleiarar samt for å sikra hensiktsmessig ressursbruk og at “nye” oppgåver m.a. overført frå personalavdeling

blei ivaretatt. Det blir påpeikt at dokumenter ikkje er statisk, men levande i ei omskifteleg tid der kommunen er i kontinuerleg endring.

Eininga er vidare i prosess med å revidere stillingsskildringar for ulike rollar i avdelingane, men dette arbeidet var ikkje ferdigstilt på revisjonstidspunktet. Det blir vist til at LTV-gruppa (leiar-tillitsvalt-verneombod) skal involverast i ferdigstillinga av stillingsskildringane. Ein av dei intervjua etterlyser skildring av si rolle, då vedkomande opplever at det er noko utydeleg kva som ligg til rolla.

Dei intervjua viser til at det er tydeleg fordeling av ansvar og oppgåver mellom avdelingane i eining for psykisk helse og rus. Det blir også peikt på at det er føremålstenleg at fleire av tenestene er samlokaliserte i same bygg då dette senker terskelen for samarbeid.<sup>5</sup>

Det blir samstundes vist til at det har vore og er nokre utfordringar knytt til fordeling av ansvar oppgåver mellom ulike tenester.

- Det blir påpeikt at det tidlegare har vore noko uklar rollefordeling når det gjeld inn- og utflytting av krisebustadane i kommunen. Einingsleiar viser til at det i 2024 er utarbeidd ein revidert avtale mellom eininga og tekniske tenester når det gjeld krisebustadar, og at den reviderte avtalen skal tydeleggjere oppgåvefordelinga på dette området.
- Det går fram av intervju at det er ueinigheit om grensesnittet mellom Heimebaserte tenester og høvesvis Ambulant team 1<sup>6</sup> og Bustadsosialt team når det gjeld oppfølging av brukarar med behov for både somatisk oppfølging (t.d. stell) og oppfølging av psykisk helse- og eller rusutfordringar. Det blir påpeikt i intervju at fordelinga av brukarar mellom tenester blir opplevd som uklar og personavhengig. Også representantar frå Tildelingskontoret viser også til at dette har vore ei utfordring og at det er behov for tydelegare rutinar og retningslinjer for kva for brukarar som skal følgjast opp av kva teneste.
- Det blir også vist til at det er ueinigheit om grensesnittet mellom Ambulant team 1 og Ambulant teneste i Eining for habilitering når det gjeld brukarar med samtidigutviklingsforstyringar (til dømes autismespekterforstyringar og psykisk utviklingshemming) og psykisk helse og/eller rusutfordringar.

I samband med verifiseringa av rapporten påpeiker kommunen at det avtalt jamlege møte på leiarnivå mellom NAV og eininga psykisk helse og rus, og at dette omhandlar korleis ein saman skal løysa oppgåvene i det bustadsosiale teamet. Det blir vist til at endra organisering i psykisk helse og rus (samdrift lågterskel helsestasjon og bustadsosialt team), har gjort det nødvendig å revidera oppgåve- og rollefordeling. Kommunen viser til at tenestene har gjennomført møte der dette tema har vore på agendaen, og at tenestene framleis har framleis tett dialog. Det blir vist til at møta vil halda fram for å evaluere, prøve ut, justere og korrigere og at målet er å lande ei god oppgåveløysing og rollefordeling.

Det går fram av intervju at einingsleiar for psykisk helse og rus og Tildelingskontoet har hatt dialog for å avklare oppgåvedeling mellom tenestene. Einingsleiar peiker på at det ikkje er eit tydeleg skilje mellom ansvaret til Ambulant team 1 og Heimebaserte tenester, noko som gjer

---

<sup>5</sup> Apalvegen bufellesskap og Hamna kontaktsenter ikkje er lokalisert i same bygg som dei andre tenestene

<sup>6</sup> Ambulant team 1 tilbyr personretta tenester som mellom anna praktisk bistand, legemiddelhandtering mv. Tilsette i Ambulant team 1 jobbar turnus dag og kveld frå mandag til fredag.

det utfordrande å skilje mellom kven som skal følgje opp dei ulike brukarane. Einingsleiar fortel at kommunen er i prosess med å utarbeide tenestestandardar som truleg vil bidra til å tydeleggjere fordeling av ansvar mellom tenestene. Tenestestandard for Ambulante team i Eining for psykisk helse og rus var ikkje ferdig utarbeidd på revisjonstidspunktet.

I samband med verifisering av rapporten viser kommunen til at tenestestandard ikkje er eit lovpålagt dokument, men at kommunen likevel for fleire år sidan har etablert og hatt nytte av slikt dokument. Det blir påpeikt at arbeidet med “ny” tenestestandard slik det blir skildra i intervjuet, er arbeidet med å revidera den eksisterande «malen». Kommunen peiker på at revideringa er nødvendig, ikkje minst grunna prioritering og forventningsavklaring som følgje av demografisk utvikling og økonomiske rammer. Revideringsarbeidet har gått over to år, det har vore prosessorientert og har frist for ferdigstilling i mai 2025.

Når det gjeld rolle og ansvar for koordinering av pasientforløp<sup>7</sup>, så går det fram av kommunen sine nettsider at Koordinerande eining har ei sentral rolle i å tilrettelegge for gode overgangar og pasientforløp. Det går ikkje elles fram informasjon om dette ansvaret eller kva pasientforløp det gjeld eller kven som er kontaktperson for dei ulike forløpa. Deloitte har etterspurt men ikkje fått tilsendt skildring av ansvar og oppgåver knytt til forløpskoordinering i kommunen. Dei intervjuet i Eining for psykisk helse og rus viser til at dei ikkje har kjennskap til/er usikre på kvar i kommunen dette ansvaret ligg.

I verifiseringa av rapporten viser kommunen til at Tildelingskontoret ved Koordinerande eining er kontaktpunkt og har ansvar for koordinering av pasientforløp. Kommunen viser til at dette kjem fram av nettsider, sjølv om dei spesifikke forløpa ikkje er lista opp. Det blir peikt på at for helseaktørane er det forklarande, men at for innbyggjarar som er råka, ser Stord kommune at det kan vera nyttig å tydeleggjera dette.

Kommunen viser i samband med verifiseringa til at Koordinerande eining har ein systemkoordinator som har ansvar for å gi opplæring og følgja opp koordinatorar i kommunen. Det blir påpeikt at det er mange ulike pasientforløp, og at kommunen ikkje har peika ut ansvarlege for dei ulike pasientforløpa, då dei ikkje har sett det som føremålstenleg. Det blir peikt på at Stord kommune prøver så langt som råd at det er den tenesteytaren som kjenner den aktuelle tenestemottakaren best som vert koordinator. Kommunen understrekar vidare at arbeid med nasjonale pasientforløp er ei av oppgåvene som pågår og som dels ligg til helsefellesskapet. Det blir påpeikt at Stord kommune ikkje kan jobba isolert med dette, men må jobba samhandlingsretta og gå i takt med både spesialisthelsetenesta og øvrige kommunar i Helsefellesskapet

### **3.4.2 Vurdering**

Deloitte vurderer at ansvar og oppgåver innan psykiske helse- og rustenester på revisjonstidspunktet ikkje er tilstrekkeleg tydeleg fordelt. Kommunen er i prosess med å etablere oversikt over kva ansvar og mynde som ligg til dei ulike rollane i eininga, samt å etablere stillingsskildringar for avdelingsleiarar, einingsleiar og fagkoordinator, men på revisjonstidspunktet var ikkje dette ferdigstilt. Deloitte vil påpeike at kommunen i samsvar med krav i regelverket skal sikre at det er etablert ei skildring av verksemda sine hovudoppgåver og

---

<sup>7</sup> Det er per 2025 to sentrale pasientforløp når det gjeld vaksne med psykiske helse og/eller rusutfordringar Nasjonalt pasientforløp for rusbehandling (TSB) og Nasjonalt pasientforløp for psykiske lidelser – vaksne. Desse nasjonale pasientforløpa er oppdaterte frå 1. januar 2025. Helsedirektoratet.

at det tydeleg går fram korleis ansvar, oppgåver og myndigheit er fordelt (jf. § 25-1 i kommunelova og § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten).

Stord kommune har ikkje sikra tilstrekkeleg oversikt over ansvar og oppgåver i tenestene i seksjon for rehabilitering, helse og omsorg (RHO). Undersøkinga indikerer at det ikkje er tilstrekkeleg tydeleg for alle relevante aktørar kva oppgåver og ansvar som ligg til alle tenestene i eininga for psykisk helse og rus, og at det er ueinigheit om grensesnittet mellom tenester. Deloitte vil påpeike at kommunen skal sikre at det føreligg tilstrekkeleg informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre helse- og omsorgsoppgåver i kommunen, og at det vidare skal gå klart fram korleis oppgåver og ansvar er fordelt mellom tenestene (jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene). Deloitte vil understreke at usemje om ansvarsforhold ikkje må føre til at pasientar får eit dårlegare behandlingstilbod og blir skadelidande.<sup>8</sup> Deloitte merkar seg at RHO er i prosess med å revidere tenestestandard for avdelingane og meiner at dette verkar føremålstenleg.

Deloitte vurderer vidare at kommunen ikkje i tilstrekkeleg grad har tydeleggjort kva eining eller rolle i kommunen som har ansvar for koordinering av pasientforløp for brukarar med utfordringar knytt til psykisk helse og/eller rus. Deloitte vil påpeike at det er eit leiaransvar å sørge for at det koordinerande arbeidet i nasjonale pasientforløp blir ivaretatt, og vidare at det er tydeleggjort, både internt i kommunen og ut mot innbyggjarane, kven som har ansvaret for koordinering av dei ulike pasientforløpa i kommunen.

### **3.5 Oversikt over kompetanse og kompetansebehov og plan for å sikre nødvendig kompetanse**

#### **3.5.1 Datagrunnlag**

Det er utarbeidd ein strategisk kompetanseplan for sektor for rehabilitering, helse og omsorg (RHO) i kommunen.<sup>9</sup> I planen blir det vist til at Stord kommune historisk har hatt god tilgang på medarbeidarar med helse- og sosialfagleg høgskuleutdanning, og at dette truleg har samanheng med at det er høgskule med sjukepleiarutdanning i kommunen. Det blir samtidig vist til at utviklinga dei siste åra har vore at det er meir krevjande å rekruttere dei høgskuleutdanna, særleg sjukepleiarar og vernepleiarar. Det blir vidare vist til at kommunen sidan 1995 har tilbydd ufaglærte utdanna til å bli omsorgsarbeidarar, og at kommunen i tillegg rekrutterer lærlingar frå vidaregåande skule. Kommunen har sidan 2021 vore del av satsinga *Menn i helse*.

I den strategiske kompetanseplanen blir det lista opp ei rekkje ulike område der kommunen ser behov for auka kompetanse, mellom anna utvikling av kompetanse knytt til brukargrupper med rusproblem og/eller psykiske lidningar, samt valdsproblematikk. Det blir vidare vist til at kommunen ser behov for å tilsette personar med brukarerfaring.

Planen spesifiserer kva kompetansebehov ein ser i RHO i samband med samfunnsutviklinga per desember 2023, og kva tiltak ein ønsker å prioritere. Det blir vist til at kommunen ønsker å jobbe for at tilsette får høgare stillingsprosent og at ein også satsar på kompetanseheving hos tilsette for å sikre at kommunen har tilstrekkeleg hele- og omsorgskompetanse. Det blir mellom

---

<sup>8</sup> Jf. sentral tilråding i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser. Helsedirektoratet.

<sup>9</sup> Stord kommune. *Strategisk kompetanseplan for rehabilitering, helse og omsorg i Stord kommune*. Januar 2024.

anna vist til behov for sjukepleiarar med spesialisering i psykisk helse og rus. I vedlegg til planen går det fram kva opplæringstiltak RHO ønsker å gjennomføre i 2024. Det er ikkje lagt inn nokre tiltak knytt til tilsette innan eining for psykisk helse og rus. Det går fram at kommunen dette året planla for at fire tilsette skulle gjennomføre vidareutdanning innan psykisk helse og rus, men dei aktuelle tilsette arbeider ved andre einingar enn psykisk helse og rus i RHO.

I den strategiske kompetanseplanen er det eit kapittel med overskrifta «strategiar og tiltak for å anskaffa, utvikla, mobilisera og avvikla kompetanse». Her blir det vist til at RHO sin strategi er at tilsette har medansvar for å innhente informasjon og søkje opplæring og at ein forsøker å samarbeide på tvers av einingar og ev. nabokommunar om lokal opplæring. Det går vidare fram at kommunen ønsker meir bruk av E-læring, KS-læring, læringsnettverk/forbetringsteam for «gode pasientforløp» og bruk av VR-briller i opplæring. Det er ikkje nærare spesifisert korleis ein skal jobbe med desse tiltaka. Det blir vist til at aktuelle læringsarenaar i RHO til dømes er interne møte i einingane, samhandling med brukarar, interne kursdagar, e-læring mv. Det blir vidare vist til at kommunen har avgrensa økonomiske midlar å bruke på kurs og kompetanseheving. Det går også fram av strategisk kompetanseplan at kommunen må jobbe målretta for å sikra at dei beheld og rekrutterer nødvendig kompetanse, men det går ikkje fram av planen kva mål kommunen har for rekruttering eller korleis kommunen eventuelt vil arbeide for å sikre rekruttering til tenestene.

I samband med verifisering av rapporten viser kommunen til at RHO årleg deltar i fora der dei viser fram tenestene sine for å stimulere til rekruttering og utdanning, t.d. ved Høgskulen på Vestlandet og Utdanningsmessa. Det blir vidare vist til at det blir gjort ulike rekrutteringstiltak ved tilsetjing, gjennom t.d. stillingar med trainee-ordning. Det går fram at RHO, og under dette psykisk helse og rustenesta, også tar inn vikarar gjennom året som eit rekrutteringstiltak, og at dei gjennom samarbeid med utdanningsinstitusjonar har ei god lærling- og studentordning som bidrar til rekruttering i einingane.

Kommunen opplyser at RHO har årleg evaluering av den strategiske kompetanseplanen. I versjonen Deloitte har fått tilsendt (januar 2024) er det lagt inn evaluering av operative kompetansetiltak i einingane i RHO per desember 2023. Det er ikkje lagt inn evaluering for Eining for psykisk helse og rus.

Einingsleiar for psykisk helse og rus viser til at ho ikkje har prioritert tid til å gjere seg kjent med innhaldet i den strategiske kompetanseplanen etter at ho starta som einingsleiar våren 2024, og at dette heller ikkje er prioritert då kommunen har gitt beskjed om at det er stopp på kompetanseheving i regi av arbeidsgjevar grunna den økonomiske situasjonen i kommunen. Av årsbudsjett og økonomiplan for 2025-2028<sup>10</sup> går det fram at det skal gjennomførast ein reduksjon i budsjettet som også vil påverke Eining for psykisk helse og rus. Einingsleiar opplyser i intervju at reduksjonen i budsjettet vil ha direkte innverknad på kompetanse, kompetanseheving og moglegheita for vidareutdanning i eininga. Det blir mellom anna vist til at det truleg ikkje vil vere budsjettmessige ressursar til å erstatte tilsette som går av med pensjon på grunn av budsjettkutta.

I intervju peikar einingsleiar for psykisk helse og rus på at det per 2024 var 40 årsverk i eininga, og at ho har god oversikt over kompetansen til dei tilsette. Det er utarbeidd oversikt over kompetanse hos dei 51 tilsette med fast stillingsprosent i Eining for psykisk helse og rus.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Stord kommune. Årsbudsjett og økonomiplan 2025-2028. Vedtatt i kommunestyret 28.11.2025 i PS 88/2024

<sup>11</sup> Stord kommune. *Tilsette i psykisk helse og rus og deira kompetanse*. Ikkje datert.

Oversikta viser mellom anna at det er tilsett sju sjukepleiarar med vidareutdanning innan psykisk helse og/eller rus i eininga og at det er tre assistentar som har starta på utdanning som helsefagarbeidarar. Det er ikkje utarbeidd ein lokal kompetanseplan eller liknande i eininga.

Dei intervjua i Eining for psykisk helse og rus peiker på at det i all hovudsak er god kompetanse blant tilsette i eininga. Einingsleiar og avdelingsleiar for ambulerande tenester peiker samtidig på fleire trendar som har ført til større press på psykisk helse- og rustenestene i kommunen. Det blir vist til auka del flyktingar med behov for helsehjelp, ei auke i psykiske lidingar, særleg hos yngre personar, og nedbygging av sengeplassar i spesialisthelsetenesta, og at dette samla sett fører til større krav til kompetanse i kommunen. Avdelingsleiar for ambulante team viser til at brukarane kommunen per i dag har ansvar for, er mykje sjukare enn det som var tilfelle tidlegare. Han viser vidare til at det ville ha vore føremålstenleg dersom fleire i ambulante tenester fekk gjennomføre vidareutdanning innan psykisk helse og rus. Avdelingsleiar viser til at det er fleire nytilsette i Ambulant team 1 som ikkje har slik vidareutdanning, og at ein ser behov for dette. Einingsleiar påpeiker også i intervju at eininga ikkje har tilgang til psykolog.

Einingsleiar for psykisk helse og rus viser til at ho har lagt vekt på å sikre at dei tilsette har tilgang til nødvendig opplæring og vidareutdanning, sjølv om dette må skje utanfor arbeidstid på grunn av budsjettkutt. Det blir vist til at opplæringa i eininga ofte er i form av gratis opplæring gjennom fagforeiningar, intern opplæring i avdelingsmøte eller kurs gjennom KS læring. Einingsleiar peikar i intervju på at kompetansebehov i eininga blir følgt opp gjennom faste medarbeidarsamtalar som ligg inne som del av årshjulet for eininga.

### **3.5.2 Vurdering**

Deloitte vurderer at Stord kommune i all hovudsak har oversikt over eigen kompetanse og framtidig kompetansebehov i Eining for psykisk helse og rus. Det er etablert oversikt over kompetansen blant tilsette i avdelingane og det blir vist til at avdelingsleiarar hentar inn kompetanseønske mv. frå dei tilsette i faste medarbeidarsamtalar. Undersøkinga indikerer samtidig at eininga ikkje arbeider strukturert med å identifisere behov og manglar når det gjeld kompetanse, samt med å planlegge framtidig kompetansebehov. RHO har etablert ein strategisk kompetanseplan som blir revidert årleg og der det blir spelt inn kva kompetanse det er behov for i einingane framover, men Eining for psykisk helse og rus ser ikkje ut til å ha tatt del i dette arbeidet. Deloitte merkar seg at Eining for psykisk helse og rus ikkje har lagt inn evaluering av kompetansetiltak i samband med evaluering av planen, slik som dei andre einingane i RHO har gjort, og det er heller ikkje lagt inn opplæringstiltak for tilsette i eining for psykisk helse og rus for 2024. Deloitte meiner at Eining for psykisk helse og rus med fordel kan arbeide meir systematisk med kompetansebehov og evaluering av kompetansetiltak, til dømes gjennom å sikre at dei er del av det overordna strategiske kompetansearbeidet på området i RHO.

## 4 Organisering og samarbeid

### 4.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

*Legg organiseringa av psykisk helse- og rustenester i Stord kommune til rette for heilskaplege og koordinerte tenester til personar med samansette utfordringar knytt til rus og/eller psykisk helse?*

Under dette:

- Er det etablert tilstrekkeleg samhandling mellom dei kommunale tenestene som arbeider med denne brukargruppa?
- Er det etablert system og rutinar for å sikre tilstrekkeleg samarbeid mellom psykisk helse- og rustenester og spesialisthelsetenesta (t.d. DPS og sjukehus) til dømes ved utskriving av pasientar?

### 4.2 Revisjonskriterium

Basert på krav i helse- og omsorgstjenesteloven og Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse), har Deloitte utleia følgande revisjonskriterier:

Kommunen skal

- sørge for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om nødvendige helse- og omsorgstenester. Kommunen sitt ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper, inkludert personar med psykisk sjukdom og rusmiddelproblem § 3-1 i helse- og omsorgstjenesteloven). Kommunane står i utgangspunktet fritt til å organisere tenesteapparatet slik dei sjølve meiner er mest føremålstenleg, men dei har ansvar for å samordne tenestene sine.
- sikre at dei kommunale helse- og omsorgstenestene samarbeider med andre tenesteytarar dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukaren eit heilskapleg og samordna tenestetilbod (§ 3-4 i helse- og omsorgstjenesteloven).
- sørge for tilbod om døgnopphald for helse- og omsorgstenester til pasientar og brukarar med behov for augeblikkeleg hjelp. Kommunen si plikt gjeld pasientar og brukarar med somatisk sjukdom og sjukdom innan psykisk helse- og rusområdet (§ 3-5 i helse- og omsorgstjenesteloven)
- inngå samarbeidsavtale med det regionale helseføretaket i regionen med målsetting om å bidra til at pasientar og brukarar mottar eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester (§ 6-1 i helse- og omsorgstjenesteloven). Avtalen skal som eit minimum mellom anna omfatte retningslinjer for samarbeid i samband med innlegging, utskriving, habilitering mv. for å sikre heilskaplege og samanhengande helse- og

omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester (§ 6-2 i helse- og omsorgstjenesteloven).

- sikre at personar med ei ROP-liding møter ei heilskapleg helseteneste som er godt samordna, prega av kontinuitet og med heilskaplege pasientforløp som ivaretar god behandlingkvalitet, uansett kven som har ansvar for dei enkelte delane av tenestene. I eit heilskapleg pasientforløp er dei ulike delar av tenestene som pasienten har behov for, sett saman og koordinert slik at dei møter pasienten sine behov på ein føremålstenleg måte (jf. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelse)<sup>12</sup>

Sjå Vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

### 4.3 Samhandling mellom kommunale tenester

#### 4.3.1 Datagrunnlag

Eining for psykisk helse og rus er del av sektor for rehabilitering, helse og omsorg (RHO). I tillegg til Eining for psykisk helse og rus inneheld sektoren heimebaserte tenester, institusjonstenester, rehabiliteringstenester, tenester til personar med utviklingshemming, tildelingskontoret, NAV kommune og legetenester.

#### Samhandling mellom tenestene i Eining psykisk helse og rus

Fleire av psykisk helse- og rustenestene i kommunen er lokalisert i same bygg. Apalvegen bufellesskap og Hamna kontaktsenter er ikkje lokalisert saman med dei andre tenestene, og det går fram av intervju at årsaka til dette er at det ikkje er ønskeleg å samlokaliserte tenester for menneske med rusutfordringar saman med Hamna kontaktsenter og Apalvegen bufellesskap som er for menneske med psykiske helseutfordringar. I intervju blir det vist til at det er ein fordel at dei fleste tenestene innanfor rus og psykisk helse er samlokalisert i same bygg, mellom anna fordi dei tilsette kan være tilgjengelege for kvarandre i kvardagen og ha tett dialog. Intervjua brukarrepresentant peiker også på at det er ein fordel for brukarane at Lågterskel helsestasjon, Bustadsosialt team og NAV er lokalisert nært kvarandre, då dette gjer det enklare for brukarane av desse tenestene å fysiske oppsøke hjelp ved behov.

Eining for psykisk helse og rus gjennomfører leiarmøte kvar veke der einingsleiar og alle avdelingsleiarane i eininga deltar. Det blir i intervju vist til at desse møta fungerer godt, og at ein mellom anna bruker desse møta til å utveksle informasjon og innspel for å sikre god koordinering og samhandling mellom dei ulike tenestene i eininga. Det blir i intervju vist til at fleire av tenestene som ligg til eininga samhandlar for å sikre heilskaplege tenester til brukarar med samansette rus- og/eller psykiske helseutfordringar. Fleire av avdelingsleiarane peiker mellom anna på at det er etablert godt samarbeid med Ambulante team.<sup>13</sup> Det blir vist til at det er jamlege møte mellom psykisk helsearbeidarar i Ambulant team 1 og Bustadsosialt team. Fungerande avdelingsleiar for Bustadsosialt team understrekar i intervju at dette samarbeidet er viktig for å sikre tilstrekkelege og koordinerte tenester til brukargruppa. Også fagkoordinator

<sup>12</sup> Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sist oppdatert 13. juni 2022.

<sup>13</sup> Det er to ambulante team i eininga, Ambulant team 1 som tilbyr personretta tenester til brukarar med samansette psykisk helse- og/eller rusutfordringar og Ambulant team 2 som mellom anna tilbyr kurs og støttesamtalar til menneske som har psykiske helsevanskar og/eller er i ei livskrise og treng oppfølging på bakgrunn av dette.

ved Hamna kontaktsenter viser til eit nært samarbeid med Ambulante team, og peiker på at samarbeidet bidrar til at brukarane får rask og relevant hjelp når dei treng det.

Plasstillitsvalt ved Apalvegen bufellesskap viser også til eit godt samarbeid mellom bufellesskapet og Ambulant team 1. Ho peiker på at Ambulant team 1 og Apalvegen bufellesskap hjelper kvarandre ved behov, til dømes når bufellesskapet treng ekstra støtte til å setje i verk tiltak eller gjennomføre medisinske prosedyrar. Ambulant team 1 kan også hente personell frå Apalvegen bufellesskap ved behov.

Lågterskel helsestasjon er eit frivillig tilbod for brukarar med rusavhengigheit. Brukarar som mottar LAR behandling<sup>14</sup> frå DPS har dagleg tilbod frå DPS på lågterskel helsestasjon (meir om dette under avsnitt 4.4). Det er også sett av eit lokale på helsestasjonen der brukarane kan få enkel somatisk behandling (til dømes hjelp med stell av sår) og få utdelt reint brukarutstyr. Helsestasjonen tilbyr også aktivitetar som golf og kinobesøk og det blir servert måltid kvar dag. Brukaren som er intervjuar påpeiker at Lågterskel helsestasjon har ei viktig rolle i å koordinere tenestene til personar med psykisk helse- og ruslidingar i Stord kommune, då ein kan få hjelp frå helsestasjonen både når det gjeld å søke om tenester og bustad, samt at ein kan få hjelp med helserelevante behandlingar.

### **Samhandling mellom tenestene i Eining psykisk helse og rus og andre kommunale tenester**

Kommunen opplyser at det er etablert fleire rutinar som skal sikre samarbeid mellom Eining for psykisk helse og rus og andre kommunale aktørar som gir tenester til brukargruppa med samansette utfordringar knytt til psykisk helse og/eller rus. Einingsleiar for psykisk helse og rus peiker på at det er godt samarbeid på systemnivå mellom eininga og andre kommunale tenester i RHO.

Når det gjeld bustadar er det etablert fleire fora, rutinar og retningslinjer for samarbeid. Det er etablert ei overordna bustadgruppe i Stord kommune som møtes to gongar årleg. Gruppa er leia av kommunalsjef for RHO og består elles av einingsleiarar for Tildelingskontoret, NAV, Tekniske tenester, Habilitering, Arealforvaltning<sup>15</sup>, Psykisk helse og rus og Heimebaserte tenester. I tillegg deltar husbankkonsulent, bustadkonsulent ved Tildelingskontoret og rådgjevar helse og omsorg. Mandatet til gruppa er mellom anna å utarbeide rutinar og sikre prosedyrar for innkomne søknadar om bustad, ta del i bustadsosial handlingsplan, ha oversikt over noverande bustadsituasjon og -behov, vurdere framtidige behov og laga plan for naudsynt utbygging, samt sikre samhandling med dei som har behov for bustad. I intervju med einingsleiar for psykisk helse og rus blir det vist til at det er eit godt samarbeid i gruppa.

Det blir vidare vist til at Bustadsosialt team samarbeider med NAV i arbeidet med å sikre midlertidige bustad til dei som har behov for dette, og at det er etablert samarbeidsavtale mellom tenestene på dette området.<sup>16</sup> I intervju blir det vist til at Bustadsosialt team har eit godt samarbeid med NAV-tenesta i arbeidet med å sikre midlertidig bustad for innbyggjarar som har behov for dette. Det blir i intervju vist til at to tilsette frå NAV er fast på kontoret til Bustadsosialt team nokre dagar i veka for å bistå med å sikre midlertidig bustad til akutt

---

<sup>14</sup> LAR står for legemiddelassistert rehabilitering

<sup>15</sup> Tidlegare eining for regulering, byggesak og oppmåling, inkludert landbruk (RBO)

<sup>16</sup> Stord kommune. *Avtale mellom NAV og Sosial og førebyggjande tenester ved Probis i høve akuttbustad i Stord kommune*. Ikkje datert. I samsvar med Lov om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 27 skal kommunene finne midlertidig butilbod til dei som ikkje klarar det sjølv. Tenesta vil vere aktuell i akutte situasjonar, til dømes ved brann, utkastning, familie- eller samlivsbrot.

bustadlause i kommunen. Dei NAV-tilsette hjelper til dømes brukarane med å fylla ut relevante søknadsskjema om økonomisk støtte. Fungerande avdelingsleiar for bustadsosialt team understrekar i intervju at det er to krisebustadar som skal nyttas når personar opplever å bli akutt bustadlause og at det ofte er behov for akuttbustadar for brukarar innan psykisk helse- og rustenestene.

NAV samarbeider også med Bustadsosialt team i kommunen når det gjeld tildeling av kommunal bustad. Stord kommune arbeider etter «Housing first» metoden<sup>17</sup>, og tildeling av kommunal bustad til personar som har oppfølging av Bustadsosialt team, fell inn under denne metoden.<sup>18</sup> Housing first inneber å arbeide «recovery»-basert ovanfor brukaren, der det er fokus på å støtte brukar sin eigen prosess mot betring og sjølvstende. Fungerande avdelingsleiar for Bustadsosialt team opplever at Housing First-metoden fungerer godt, og peiker på at det er etablert eit godt samarbeid med næringslivet og private utleigarar i Stord kommune.

Fagkoordinator peiker på at det også ved behov er **samarbeid mellom Hamna kontaktsenter og mellom anna NAV og legetenester**, og at dette er for å sikre at brukarane får den hjelpa dei treng. Fagkoordinator viser samtidig til at samarbeidet med andre kommunale tenester ikkje er formalisert gjennom faste prosedyrar eller avtalar, men er basert på kjennskap og nettverk. Fagkoordinator understrekar at det er lav terskel for å ringe tenester i kommunen ved behov, men etterlyser ei formalisering av samarbeidet mellom Hamna kontaktsenter og dei ulike aktuelle kommunale tenestene. Fagkoordinator peiker på at dette vil bidra til å sikre at samarbeidet er systematisk og effektivt, og at brukarane får heilskaplege og koordinerte tenester.

### Samhandling med Sunnhordland interkommunale legevakt IKS

Avdeling for **legevakt og augeblikkeleg hjelp** er ivareteke av Sunnhordland interkommunale legevakt som er organisert i eit interkommunalt selskap (IKS) og lokalisert ved Stord sjukehus. I avtalen om augeblikkeleg hjelp døgnopphald går det fram at aktuelle pasientar mellom anna er pasientar med lettare og moderate psykiske helseproblem og/eller rusmiddelproblem (ev. i kombinasjon med somatisk sjukdom/plage) og pasientar med avklart tilstand og/eller diagnose som får tilbakefall/forverring av psykisk lidning og/eller rusmiddelproblem (ofte med akutt funksjonsnedsetting på ulike livsområde), og der innlegging er nødvendig for å roe/avhjelpe ein vanskeleg livssituasjon.<sup>19</sup>

Sunnhordland interkommunale legevakt driv legevakt og interkommunal døgnavdeling (IDA) for kommunane Bømlo, Fitjar og Stord. Det er 9 einmannsrom på døgnavdelinga, og 4 av desse er sett av til personar med behov for akutthjelp, men som ikkje treng sjukehusinnlegging.<sup>20</sup> Det går fram av kommunen sine nettsider at dette mellom anna kan vere personar med lettare psykiske lidningar/rusproblematikk.

---

<sup>17</sup> Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid: Housing First er en modell for varig bosetting av bostedsløse med rusmiddelavhengighet og/ eller psykiske helseproblemer. Modellen bygger på prinsipper om at tilgang til bolig er en grunnleggende menneskerett og at bruker skal ha reell medbestemmelse knyttet til valg av bolig og type oppfølging. [Housing First - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

<sup>18</sup> Stord kommune. *Retningslinjer for tildeling av kommunal bustad i Stord kommune*. Ikkje datert.

<sup>19</sup> Stord kommune. Særavtale til tenesteavtale nr.4 mellom kommunane Bømlo, Stord og Fitjar og Helse Fonna HF. Avtale om kommunane sitt tilbud om øyeblikkeleg hjelp døgnopphald. Revidert i 2017. [Helse-fonna.no](#)

<sup>20</sup> Dei 5 andre romma er observasjonssenger, i hovudsak for utskrivingsklare pasientar frå sjukehuset. Stord.kommune.no

Kommunen opplyser at Tildelingskontoret har faste samarbeidsmøte med IDA, mellom anna i rolla som koordinerande eining, og at det elles ikkje er vurdert som hensiktsmessig at kvar eining skal ha egne møte. Det blir vidare vist til at Stord kommune er kjend med at det har vore innlagt pasientar i ØH-senger (øyeblikkelig hjelp) på IDA, men at kommunen ikkje er har ikkje oversikt over kor mange som er tilvist, avvist eller innlagt i ØH-seng, då kommunen ikkje styrer over desse sengene. Det blir påpeikt at det er fastlegar og sjukehus som har mynde til å leggja inn pasientar i ØH-seng

#### 4.3.2 Vurdering

Deloitte vurderer at det i all hovudsak er etablert god samhandling mellom dei kommunale tenestene som gir tilbod til brukarar med samansette rus- og/eller psykiske helseutfordringar. Det blir vist til at det er lav terskel for å samarbeide på tvers av kommunale tenester for å sikre heilskaplege tenester for brukarane, og at dette gjeld både internt mellom avdelingane i Eining for psykisk helse og rus, men også mellom tenester i eininga og andre kommunale tenester som NAV. Undersøkinga viser samtidig at samarbeidet mellom dei kommunale tenestene i liten grad er formalisert, og Deloitte vil påpeike at samarbeid mellom aktørar på ulike nivå i kommunen bør skje gjennom samarbeidsavtalar. Personar med samtidig rusliding og psykisk lidning har krav på å møte ei heilskapleg helseteneste som er godt samordna, prega av kontinuitet og med heilskaplege pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet, uansett kven som har ansvar for dei enkelte delar av tenestene.<sup>21</sup>

Basert på undersøkinga som er gjennomført, vurderer Deloitte at organiseringa av dei psykisk helse- og rustenester i Stord kommune legg til rette for heilskaplege og koordinerte psykisk helse- og rustenester til personar med samansette rus- og/eller psykisk helseutfordringar. Undersøkinga indikerer at det er ein fordel at kommunen har samla fleire av desse tenestene for brukarar med samansette psykiske helseutfordringar og/eller rusutfordringar i same bygg; både for å sikre heilskaplege tenester og hjelp til brukarane, men også for å sikre god samhandling mellom dei kommunale psykisk helse- og rustenestene.

### 4.4 Samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetenestene

#### 4.4.1 Datagrunnlag

Stord kommune inngår i helsefellesskapet i Helse Fonna.<sup>22</sup> Helsefellesskapet har som føremål å skape meir samanhengande og berekraftige helse- og omsorgstenester til pasientar og brukarar som har behov for tiltak frå både spesialisthelsetenestena og den kommunale helse- og omsorgstenesta. Kommunen og Helse Fonna har også inngått ei rekkje tenesteavtalar, mellom anna om helse- og arbeidsoppgåver, ansvars- og oppgåvedeling, oppgåvedeling ved innlegging, kommunalt augeblikkeleg hjelp tilbod, oppgåvedeling ved opphald og utskriving og føljeteneste i sjukehus.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sist oppdatert 13. juni 2022.

<sup>22</sup> [Helsedirektoratet](#): «Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er å opprette 19 helsefellesskap. De består av helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre skal prioriteres».

<sup>23</sup> Helse Fonna. Tenesteavtale 1, 2, 3, 4, 5 og 12. [Helse-fonna.no](https://www.helse-fonna.no)

Det er etablert fleire faglege samarbeidsutval (FSU) i helsefellesskapet, mellom anna fagleg samarbeidsutval psykisk helse og rus. FSU psykisk helse og rus består av representantar frå kommunar, sjukehus og brukarar<sup>24</sup> og overordna mål for utvalet er å sikra pasientar eit forløp av fagleg forsvarlege, heilskaplege og samanhengande tenester, i samråd med brukaren sine ønskjer/behov.<sup>25</sup> Einingsleiar for psykisk helse og rus viser til at det jamleg blir gjennomført møte i det faglege samarbeidsutvalet, men at ho ikkje har hatt anledning til å delta på grunn av kapasitetsutfordringar. Ho peiker på at ho har deltatt på ein fagdag i regi av FSU psykisk helse og rus.

Stord kommune samarbeider med Stord distriktpsikiatriske senter (DPS) og Valen sjukehus som ligg til Helse Fonna helseføretak. Valen sjukehus tilbyr mellom anna tilbod om akuttpsikiatri til innbyggjarar i kommunane i Sunnhordland og Hardanger, medan Stord DPS mellom anna tilbyr døgneining og rehabiliteringspost og akutt ambulante team (AAT) i samsvar med tenesteavtale om dette.

Det er etablert eigen samarbeidsavtale mellom kommunen og Stord DPS når det gjeld LAR-tenestetilbod i Stord kommune, der det blir slått fast at DPS har ansvar for medisin og medisinutlevering i kommunen sine lokalar kvar veke. Det står også i samarbeidsavtalen at det skal gjennomførast evaluering og samhandlingsmøter kvar 4. månad med einingsleiar for psykisk helse og rus og seksjonsleiar for Stord DPS.<sup>26</sup> I intervju blir det vist til at det ikkje er spesifisert kven som skal kalle inn til evaluering og samhandlingsmøte og at desse møta derfor ikkje har blitt gjennomført i samsvar med avtale. Einingsleiar tok i desember 2024 kontakt med DPS for å avtale samhandlingsmøte i 2025. Det blir i intervju presisert at samarbeidet mellom TSB-teamet/LAR-teamet (heretter kalla LAR-teamet) til Stord DPS og kommunen fungerer godt. LAR-teamet er til stades kvar vekedag på Lågterskel helsestasjon. Det blir peikt på at det er låg terskel for Ambulante team å ta

## Omgrepsavklaringar

**LAR** står for legemiddelassistert rehabilitering. Pasientar som er avhengige av heroin eller morfin, kan få behandling med opioidhaldige legemiddel i kombinasjon med andre rehabiliteringstiltak.

Distriktpsikiatriske senter (**DPS**) er del av spesialisthelsetenesta innan psykisk helsevern. DPS består av ulike typar tilbod og tenester, slik som dag-, døgnpolikliniske og ambulante tenester.

**TSB** står for Tverrfagleg spesialisert behandling av rus- og avhengigheitsbehandling på spesialistnivå.

**FACT** står for Flexible Assertive Community Treatment, eller fleksibelt aktivt oppsøkjande behandlingsteam på norsk.

**Nasjonale pasientforløp/pakkeforløp** er standardiserte og normerande forløp for utgreiing, diagnostikk, behandling og rehabilitering av pasientar i helsetenesta. Det er etablert nasjonalt pasientforløp for psykiske lidningar- vaksne og nasjonalt pasientforløp for rusbehandling (TSB)

<sup>24</sup> Det går fram av skildringa av samarbeidsutvalet at FOUSAM også er ein del av dette utvalet. I samband med verifiseringa viser kommunen til at organet FOUSAM ikkje lenger eksisterer i regionen. FOUSAM står for Forsknings- og utviklingseining for samhandling og var ein felles forsknings- og utviklingseining mellom Helse Fonna helseføretak og dei 16 kommunane. Fousam.no

<sup>25</sup> Helse Fonna. Tenesteavtale 1 mellom Stord kommune og Helseføretaket. Semje om helse- og omsorgsoppgåver partane har ansvar for og tiltak partane skal utføre.

<sup>26</sup> Stord kommune. Avtale om samarbeid for LAR- tenestetilbod i Stord kommune mellom Stord kommune (SK) og Helse Fonna v/Stord DPS (SDPS). Datert: 08.07.2022.

kontakt med LAR-teamet for rettleiing og liknande, og at det blir gjennomført samarbeidsmøte knytt til enkeltsaker ved behov.

I samband med verifiseringa av rapporten viser kommunen til at evalueringsmøte for LAR-ordninga isolert sett ikkje har vore gjennomført med det intervall som avtalen legg opp til. Det blir vist til at det er fleire årsaker til dette, og uheldige samanfall av til dømes fråvær hos den eine eller andre parten. Det går fram at møte no er sett til 22. mai 2025. Det blir samtidig understreka at uavhengig av møtepunkta, har ein har kommunen tett dialog med LAR når det er behov for det, noko kommunen har god erfaring med. Det blir vidare påpeikt at det er dagleg treffpunkt i lokala og at aktørane samarbeider tett om felles tenestemottakarar. Det blir vist til at det i tillegg er møtepunkt på andre område, mellom anna har ambulante tenester faste samarbeidsmøte med DPS på avdelingsleiarnivå.

I intervju med avdelingsleiar for Ambulante team og fagkoordinator for Hamna kontaktsenter blir det etterlyst ei meir formalisert samhandling på systemnivå mellom Stord DPS og dei kommunale tenestene. Det blir vist til at det ville ha vore føremålstenleg for leiarane å kunne diskutere rutinar og system for samhandling i faste møte, då dette kunne bidra til å sikre at samarbeidet er systematisk og effektivt og at brukarane får heilskaplege og koordinerte tenester. Det blir vidare påpeikt at det ville ha vore føremålstenleg å invitert inn psykologar og anna fagpersonell i dette møtet for å få god kunnskap når det gjeld utfordringane dei ser i brukargruppa.

Fleire av dei intervjua viser til at samarbeidet mellom kommunen og høvesvis Stord DPS og Valen sjukehus i hovudsak fungerer godt på individnivå, og at brukarane får god oppfølging. Avdelingsleiar for Ambulante team viser også til at det er lav terskel for å kontakte Stord DPS eller Valen sjukehus dersom dei observerer ei endring i brukar sitt bistandsbehov. Det blir samtidig påpeikt at kommunen opplever nokre utfordringar i samarbeidet med Stord DPS og Valen sjukehus når det gjeld samarbeid om brukargruppa som får oppfølging frå kommunen og spesialisthelsetenestene. Det blir vist til at det har vore fleire episodar der det har tatt lang tid før svært sjuke brukarar får hjelpa dei har behov for frå spesialisthelsetenestene. Avdelingsleiar for Ambulante team peiker på at dette særskilt gjeld tilfelle der kommunen kommuniserer at det er behov for tvangsinnlegging, men at Stord DPS ved FACT-teamet ikkje er einige i vurderinga. I intervju med avdelingsleiar for Ambulante team blir det vist til at det hender at det er utfordringar knytt til utveksling av informasjon om brukarar mellom Ambulant team og FACT-teamet. Også fungerande avdelingsleiar for Bustadsosialt team og Lågterksel helsestasjon viser til viktigheita av å ha betre informasjonsutveksling på tvers av kommunale tenester og spesialisthelsetenesta for å sikre gode pasientforløp for enkeltbrukarane i kommunen. Ho viser til at teieplikta hos spesialisthelsetenesta kan vere ei utfordring for denne samhandlinga, og at spesialisthelsetenesta i større grad burde nytta samtykkeskjema for å sikre at brukarane får den hjelpa dei har behov for. Den intervju viser til at teieplikta skapar utfordringar med både inn- og utskrivning av brukarane i spesialisthelsetenesta.

Det er også fleire av dei andre intervjua frå kommunen som peiker på at det er utfordringar knytt til informasjon og kommunikasjon knytt til inn- og utskrivning av pasientar i spesialisthelsetenestene. Det blir vist til at brukarar som blir skrivne ut kan bli gitt informasjon frå spesialisthelsetenesta om kva dei kan vente av tenester frå kommunen som kommunen ikkje kan innfri. Kommunen opplever også at spesialisthelsetenesta ikkje alltid følgjer rutineane for å sende elektroniske meldingar ved utskrivning av pasientar, noko som skapar utfordringar for kommunen. Det blir vist til at det er større utfordringar med samhandlinga når det gjeld

pasientar innan rus og psykiatri, enn pasientar innan somatikk. Det blir også vist til døme der kommunen ikkje blir tilstrekkeleg informert om brukarar som blir akuttinnlagt i spesialisthelsetenesta. Samstundes blir det vist til at manglande informasjon nokre gonger skuldast manglande intern kommunikasjon mellom tenestene i kommunen.

Dei kommunale rus- og psykiske helsetenestene samarbeider også med spesialisthelsetenestene gjennom ansvarsgruppemøte/samarbeidsmøte knytt til enkeltbrukarar. Avdelingsleiar for Bustadsosialt team og Lågterskel helsestasjon peiker på at spesialisthelsetenesta i fleire tilfelle avlyser møta eller kallar inn til samarbeidsmøte kort tid i førevegen, noko som skapar dårleg føreseielegheit og eit utfordrande samarbeid mellom spesialisthelsetenesta, kommunale tenester og brukar. Avdelingsleiaren understrekar i intervju at det er behov for betre rutinar for gjennomføring av møte med spesialisthelsetenesta.

Kommunen påpeiker i samband med verifiseringa av rapporten at det i dagens helsefellesskap er samhandlingsfora på alle nivå, både strategisk, operativt og fagleg (fagleg samarbeidsutval FSU). Det blir vist til at Stord kommune er godt representert i fora på alle nivå, også i FSU for psykisk helse og rus. Det blir også påpeikt at det i tillegg til møta i helsefellesskapet, er fleire fora, både av formell og uformell art, på system-, teneste- og individnivå. Det blir vist til at fleire slike møte er halde dei siste par åra etter initiativ frå både Stord kommune og Helse Fonna. Kommunen viser til at det er pårekneleg at det i enkeltsaker oppstår situasjonar der kommunen og helseføretaket vurderer hjelpebehovet ulikt, men at det då er god tradisjon for å finna løysingar. Kommunen viser vidare til at både kommunen og helseføretaket er samde om at dei aller fleste pasientforløpa er gode og glir fint i samhandlinga.

Stord kommune har etablert prosedyre for å melde avvik ved manglande samhandling med Helse Fonna.<sup>27</sup> Føremålet med prosedyren er å sikre etterleving av samarbeidsavtalar mellom kommunen og helseføretaket slik at brukaren får eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester. Det går fram at slike avvik skal meldast i kvalitetssystemet (Compilo) og handterast av rådgjevar i RHO som vidare sender meldte avvik til Helse Fonna. Same rådgjevar har også ansvaret for å motta aviksmeldingar knytt til samhandling frå Helse Fonna og vidareformidle desse til aktuell einingsleiar. Tildelingskontoret viser til at det blir meldt avvik knytt til manglande elektroniske meldingar frå spesialisthelsetenestene, då dette er brot på tenesteavtale mellom Helse Fonna og kommunen. Tabell 2 viser oversikt over samhandlingsavvik som er meldt på samarbeidsavtale mellom kommunen og Helse Fonna HF i 2024 når det gjeld Eining for psykisk helse og rus og Tildelingskontoret. Avvik meldt frå Tildelingskontoret gjeld samarbeid mellom alle einingar i RHO (ikkje berre psykisk helse og rus) og Helse Fonna (HF). Tabellen viser at det er meldt 1 avvik på samarbeidsavtalen frå Eining for psykisk helse og rus i 2024, og til saman 20 avvik frå Tildelingskontoret. Tabellen viser vidare tal mottatte svar på meldte avvik, tal mottatte aviksmeldingar på samarbeidsavtalen frå Helse Fonna og tal svar sendt på aviksmeldingar frå Helse Fonna.

---

<sup>27</sup> Stord kommune. *Prosedyre for samhandlingsavvik Helse fonna, intern prosedyre*. Ikkje datert.

Tabell 2: Meldte avvik på samarbeidsavtalen mellom kommunen og Helse Fonna i 2024

| Eining               | Tal sendte avvik til HF | Tal svar motteke frå HF | Tal mottekne avvik | Tal svar sendt |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|----------------|
| Tildelingskontoret   | 20                      | 16                      | 4                  | 4              |
| Psykisk helse og rus | 1                       | 1                       | 0                  | 0              |

I Stord kommune er det etablert eit samarbeid mellom politi, NAV, Tildelingskontoret, FACT-team og politikontakt. Prosjektet heiter «mellom alle stolar» (MAS) og er etablert på initiativ frå politiet.<sup>28</sup> Føremålet er å betre samarbeidet mellom kommunale tenester, spesialisthelse og politi, slik at innbyggjarar som har behov for tenester innan disse områda blir ivareteke på best mogleg måte. I intervju med einingsleiar kjem det fram at det blir gjennomført to møte i halvåret i MAS, og at politiet har ansvaret for å kalle inn til møta.

#### 4.4.2 Vurdering

Deloitte vurderer at det er etablert fleire system og rutinar som skal sikre samarbeid på systemnivå mellom kommunen og spesialisthelsetenestene. Det er mellom anna etablert faglege samarbeidsutval for psykisk helse og rus og tenesteavtalar som skildrar kva som er aktørane sitt ansvar når det gjeld oppfølging og tenester til brukarar, i samsvar med krav til dette i regelverket (jf. § 6-2 i helse- og omsorgstjenesteloven). Undersøkinga viser samtidig at det på tross av avtale mellom kommunen og Stord DPS om jamlege evalueringsmøte, ikkje har blitt gjennomført slike møte i samsvar med avtale. Deloitte har ikkje indikasjonar på at LAR-tenestetilbodet i kommunen ikkje fungerer godt, men vil påpeike at kommunen bør sikre at evalueringsmøte blir gjennomført systematisk og i samsvar med krav i avtale.

Undersøkinga viser at det i praksis kan vere utfordringar knytt til samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetenestene, og at dette i hovudsak omhandlar kommunikasjonen mellom aktørane, til døme ved inn- og utskrivning av pasientar. Deloitte meiner at kommunen i samarbeid med spesialisthelsetenestene må sikre at brukarar med store og samansette behov som mottar psykisk helse og rustenester i kommunen mottar heilskapleg pasientforløp. Nokre av kjenneteikna ved heilskaplege pasientforløp er samhandling/koordinering, samarbeid og smidig overføring av informasjon og oppgåver til rett tid.<sup>29</sup> Deloitte vil også påpeike at det er viktig at manglar i samhandlinga blir meldt som avvik i samsvar med kommunen si rutine for samhandlingsavvik, og eventuelt løfta i evaluerings- og/eller samhandlingsmøte der kommunen og spesialisthelsetenestene deltar.

<sup>28</sup> Stord kommune. MAS- Mellom alle stolar. Sist oppdatert: 28.10.2024.

<sup>29</sup> Helsedirektoratet. Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder. Siste faglege endring 11.02.2019. Rettleiaren var på revisjonstidspunktet under oppdatering for å ta inn endringar i velferdstenestelovgjevinga om samarbeid, samhandling og barnekoordinator frå 01.08.2022.

## 5 Kartlegging og plan for oppfølging

### 5.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

*Blir det gjennomført tilstrekkeleg kartlegging og etablert plan for oppfølging av brukarar som sikrar tilpassa tenester?*

Under dette:

- Er det etablert felles system og rutinar for innhenting informasjon ved kartlegging av nye brukarar?
- I kva grad er det nytta individuelle planar, ansvarsgrupper eller andre relevante tiltak for samordning og koordinering av tenester for brukarar med samansette lidningar?
- I kva grad får brukarane tenester dei har vedtak på (til dømes buoppfølging)?

### 5.2 Revisjonskriterium

Basert på krav i helse- og omsorgstjenesteloven, forvaltningsloven, pasient- og brukerrettighetsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene og Helsedirektoratet sin rettleiar i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for vaksne har Deloitte utleia følgjande kriterier:

Kommunen skal

- sikre forsvarlege helse- og omsorgstenester. Dette inneber at kommunen skal legge til rette tenestene slik at den enkelte pasient eller brukar får eit heilskapleg og koordinert helse- og omsorgstenestetilbod. (§ 4 i helse og omsorgstjenesteloven).
- sjå til at saker er så godt opplyst som mogleg før enkeltvedtak blir fatta. Saksbehandlar skal utgreie saka, og sørge for at alle relevante forhold er belyst. Det må sikrast at det føreligg tilstrekkelege opplysningar til at saka kan vurderast og avgjerast på ein fagleg forsvarleg måte. Det vil i mange saker vere viktig å ha ei tverrfagleg tilnærming ved utredning av behovet, slik at pasienten/brukaren får ei individuell og tilpassa utforming av tenestene (§ 17 i forvaltningslova).
- sørge for at det blir gjennomført ei heilskapleg kartlegging av nye brukarar. Kartlegginga bør omfatte somatiske og psykososiale forhold, i tillegg til psykiske helseproblem og rusmiddelproblem (Helsedirektoratet sin rettleiar i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for vaksne).
- sørge for at brukar med behov for langvarige og koordinerte tenester får tilbod om ein individuell plan (IP) (jf. bl.a. § 2-5 i pasient og brukerrettighetsloven, § 28 i sosialtjenesteloven).

- Sikre at innbyggjarar som har eit rusmiddelproblem og/eller psykiske problem og lidningar får utgreiing, diagnostisering og behandling. Ved behov skal kommunen vise brukarane til spesialisthelsetenesta (Helsedirektoratet si nasjonale faglege retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personar med samtidig ruslidning og psykisk lidning- ROP lidningar).<sup>30</sup>

Kommunen bør

- ved behov sørge for at det blir etablert ei ansvarsgruppe, som består av brukaren og evt. pårørande og dei sentrale tenesteytarane. Formålet med ansvarsgruppa er å planlegge, følge opp og samordne innsatsen frå dei involverte tenestene. Etablering av ansvarsgrupper er ikkje lovpålagd, men blir tilrådd som ei god arbeidsform når det er fleire tenesteytarar involvert og det er behov for å koordinere innsatsen rundt den enkelte brukarar. (Helsedirektoratet sin rettleiar i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for vaksne)

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

### 5.3 System og rutinar for innhenting av informasjon ved kartlegging av nye brukarar

#### 5.3.1 Datagrunnlag

Som nemnt i avsnitt 3.4, er det Tildelingskontoret i Stord kommune som behandlar søknader om bustad, helse- og omsorgstenester. Dette inneber mellom anna at det er Tildelingskontoret som mottar søknadar, vurderer behov for tenester og fattar vedtak. Tildelingskontoret er også kommunen si koordinerande eining og har det overordna ansvaret for å koordinere tenestene til brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester (meir om koordinering av tenester og bruk av individuell plan i avsnitt 5.4).

Stord kommune har utarbeidd fleire styrande dokument for arbeidet med kartlegging av nye brukarar. Det er mellom anna etablert ei kort kartleggingsrutine for Tildelingskontoret og Eining for psykisk helse og rus som ligg tilgjengeleg i kvalitetssystemet.<sup>31</sup> Det går her mellom anna fram at Tildelingskontoret har ansvaret for å kartlegge nye brukarar, at det ligg tilgjengeleg kartleggingsskjema i journalsystemet (Profil) og kvalitetssystemet, og at skjema skal journalførast i Profil. I kartleggingsskjema som skal brukast av Tildelingskontoret, går det mellom anna fram at ein skal kartlegge søkaren sin situasjon når det gjeld arbeid, økonomiske tilhøve, nettverk, bustad, psykisk funksjon, rusutfordringar, valdsproblematikk mv.<sup>32</sup> Det er også lagt til rette for at ein fører inn kvar og når kartlegginga er gjennomført samt registrere om søkar har barn, kven som er næraste pårørande mv.

I intervju med Tildelingskontoret blir det vist til at saksbehandlar bruker kartleggingsskjema, men at skjema ikkje alltid blir journalført i Profil. Det blir vist til at saksbehandlar bruker

---

<sup>30</sup> Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. *Sammensatte tenester – samtidig behandling*. Nasjonal faglig retningslinje. Utgitt 03/2012. Sist revidert juni 2022.

<sup>31</sup> Stord kommune. Kartleggingsrutine for Tildelingskontoret og Eining for psykisk helse og rus. Det går fram av dokumenter at det er over 2 år sidan revisjonsdato (868 dagar).

<sup>32</sup> Stord kommune. Kartleggingsskjema. Skjema er revidert mai 2019.

kartleggingsskjema som ei hugseliste under kartleggingssamtalen, og at opplysningane frå kartleggingssamtalen blir dokumentert i Profil.

I intervju med Tildelingskontoret blir det vist til at i tillegg til samtale med søkar, så inkluderer kartlegginga av nye brukarar også at ein hentar inn opplysningar om søkar frå fastlege og spesialisthelseteneste, og at ein deretter gjer ei vurdering av opplysningane for å avgjere om søkaren kvalifiserer for tenesta som det er søkt om. Det blir påpeikt at det kan vere utfordrande å få fram alle opplysningar frå brukarar som har komplekse utfordringar, og at nokre brukarar kan ha vanskar med å opne seg og dele informasjon om livet sitt og utfordringane sine. Dei intervjuane ved Tildelingskontoret viser til at når ein brukar er kartlagt og behovet for tenester er vurdert, blir det fatta eit vedtak ut ifrå kva brukaren har lovpålagt krav på. Vedtaket spesifiserer kva for tenester brukaren skal få, og i kva omfang.

I intervju med representantane for utførartenestene blir det vist til at dei erfarer at det ikkje alltid er gjennomført ei tilstrekkeleg kartlegging av Tildelingskontoret før brukar får vedtak på tenester både frå Ambulante team og Bustadsosialt team. Det blir vist til at kartlegging i hovudsak ser på *om brukar har rett på tenester* frå kommunen, men at det ikkje blir gjort ei fullstendig kartlegging av *kva tenester* brukar har behov for av tenester. Det blir i intervju med avdelingsleiarar og einingsleiar for psykisk helse og rus påpeikt at mangelfull kartlegging fører til at brukarar får vedtak på feil teneste, og deretter eventuelt må bli tildelt andre tenester etter ei meir grundig kartlegging hos dei aktuelle tenestene. Det går fram av intervju med både Tildelingskontoret og representantar frå Eining for rus og psykisk helse at det har vore ein langvarig diskusjon mellom tenestene når det gjeld kartlegginga av nye brukarar.

Det er også etablert eit kartleggingsskjema som skal brukast av Eining for psykisk helse og rus der det er lagt til rette for at ein mellom skal spørje brukar om butilhøve, økonomi, relasjonar, arbeidstilhøve, psykiske helseutfordringar, rusutfordringar, valdsproblematikk mv.<sup>33</sup> I intervju blir det vist til at kartleggingsskjemaet blir brukt av primærkontakt og at skjema må brukast for å sikre utfyllande kartlegging av brukarane.

---

<sup>33</sup> Stord kommune. Eining for psykisk helse og rus. Kartleggingsskjema – som vert nytta ved søknad om helse- og omsorgstenester. Ikkje datert.

### Stikkprøvekontroll av kartlegging av nye brukarar

Deloitte har gjennomført stikkprøvekontroll for å undersøke i kva grad kommunen systematisk kartlegg rusmiddelproblem, psykisk og fysisk helse og psykososiale forhold hos nye brukarar som dei skal gi tenester til. Vi har plukka ut fem tilfeldige saker som har blitt behandla i 2024.

Tabell 3: Stikkprøvekontroll av fem kartleggingar etter søknad om tenester

| Nr. | Dokumentert bruk av kartleggingsverktøy <sup>34</sup> | Dokumentert møte med saksbehandlar | Innhenta opplysningar frå andre aktørar                            | Kartlegging av rusbruk | Kartlegging av psykisk helse      | Kartlegging av fysisk helse | Kartlegging av psykososiale forhold <sup>35</sup>   | Deloitte sine kommentarar |
|-----|---|------------------------------------|--|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---|---------------------------|
| #1  | Nei   | Nei                                | Ja, tilvising frå fastlege m/ vedlagt informasjon frå spes. helse. | Nei                    | Ja, både spes. helse. og fastlege | Nei                         | Delvis frå spes. TK har behandla tilvising frå fastlege som søknad. Det er ikkje gjennomført sjølvstendig kartlegging frå kommunen v/TK. Ikkje dokumentert at det er innhenta samtykke frå søkar om deling av journal/innhenting av helseopplysningar.            |                           |
| #2  | Nei   | Nei                                | Ja, innhenta informasjon frå spes. helse.                          | Nei                    | Ja, frå spes. helse               | Nei                         | Delvis frå spes. helse. Det går fram av vedtak at det er gjennomført samtale med søkjar, men det er ikkje dokumentert kartlegging frå kommunen v/TK. Ikkje dokumentert at det er innhenta samtykke frå søkar om deling av journal/innhenting av helseopplysningar |                           |

<sup>34</sup> Rutine, sjekklister, anna opplegg for innhenting av opplysningar

<sup>35</sup> Familie og nettverk, bustadsituasjon, økonomisk situasjon, arbeid- og utdanning situasjon

<sup>36</sup> Ikkje avklart økonomiske forhold

Forvaltningsrevisjon av psykisk helse- og rustenester i Stord kommune

|    |     |     |                                 |     |                    |     |                    |  |
|----|-----|-----|---------------------------------|-----|--------------------|-----|--------------------|--|
| #3 | Nei | Nei | Ja, spes.helse.                 | Nei | Nei                | Nei | Nei                | Dokumentert samtykke til innhenting av informasjon frå andre tenester.   |
| #4 | Nei | Nei | Ikkje dokumentert <sup>37</sup> | Nei | Ja, frå spes.helse | Nei | Ja, frå spes.helse | TK fekk melding frå spes.helse om behov for teneste juni 2024. Vedtak er fatta november 2024. Ikkje dokumentert at det er innhenta samtykke frå søkar om deling av journal/innhenting av helseopplysningar.  |
| #5 | Nei | Nei | Ja, spes helse <sup>38</sup>    | Nei | Ja, frå spes.helse | Nei | Ja, frå spes.helse | TK fekk søknad januar 2024, vedtak er fatta i juni 2024. Deloitte har ikkje mottatt journalpost, kartleggingsskjema eller liknande som viser kommunen si vurdering av søknaden. Dokumentert samtykke til innhenting av informasjon frå andre tenester. |

<sup>37</sup> Det går fram av journalnotat at det er gjennomført samtale med barnevernet

<sup>38</sup> Legeerklæring i samband med arbeidsvurdering NAV er vedlagt søknaden. Det er innhenta anbefalingsrapport frå spes. helse.

### 5.3.2 Vurdering

Deloitte vurderer at Stord kommune har etablert system og rutinar for å innhente informasjon ved kartlegging av nye brukarar. Det er etablert ei kartleggingsrutine som tydeleggjort at det er Tildelingskontoret som skal gjennomføre første kartlegging av personar som søker om psykisk helse- og rustenester, og det er etablert verktøy i form av eit kartleggings skjema som Tildelingskontoret skal bruke i kartlegginga. Undersøkinga viser samtidig at system og rutinar ikkje alltid blir brukt i kartlegginga av nye brukarar. Stikkprøvekontrollen viser at kommunen ikkje gjennomfører systematiske kartleggingar av sentrale forhold som rusmisbruk, fysisk helse og økonomi i samband med søknadar. Det er ikkje dokumentert at det er gjennomført møte mellom Tildelingskontoret og brukar og eventuelt pårørande i nokre av sakene som er undersøkt og det er heller ikkje lagt ved kartleggings skjema i journal i dei fem sakene som er undersøkt. Dette er ikkje i samsvar med kommunen sine egne rutinar som seier at skjema etter gjennomført kartlegging skal lagrast i journal. Undersøkinga viser vidare at mangelfull kartlegging fører til at brukarar ikkje alltid får tilstrekkeleg tilpassa tenester. Deloitte vil understreke at dette ikkje er i samsvar med krav i forvaltningslova som seier at kommunen må sikre at det føreligg tilstrekkelege opplysningar til at saka kan vurderast og avgjerast på ein fagleg forsvarleg måte, samt krav i helse- og omsorgstjenesteloven som slår fast at kommunen skal sikre nødvendige og heilskaplege tenester til brukarar. Omfang og innretning av kartlegginga skal gi grunnlag for at brukaren får individuelt tilpassa tenester (jf. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser).

I to av dei undersøkte sakene i stikkprøvegjennomgangen (#4 og #5) har kommunen brukt rundt 5 månadar frå søknad er registrert til vedtak er fatta. I ei av sakene er det starta oppfølging frå tenesta før vedtak er fatta. Det går ikkje fram av sakene at kommunen har sendt førebels svar til søkar. Deloitte vil påpeike at kommunen skal førebu og avgjere saker utan ugrunna opphald i samsvar med krav i forvaltningslova § 11 a. Dersom sakshandsamingstida vil vare meir enn ein månad skal kommunen snarast mogleg sende eit førebels svar med opplysning om årsaka til at henvendinga ikkje kan behandlast tidlegare, og når ei avgjerse i saka kan ventast.

I tre av dei fem undersøkte sakene (#1 #2 og #4) er det ikkje dokumentert at søkar har gitt samtykke til at kommunen hentar inn opplysningar om vedkomande frå andre tenester i kommunen eller i spesialisthelsetenesta. Deloitte vil påpeike at dette ikkje er i samsvar med krav i loverket som seier at anledninga til å dele sensitive helseopplysningar med andre enn den opplysningane gjeld, bør vera snever. Vern mot deling av opplysningar heng tett saman med helsepersonell si teieplikt, og deling av slike opplysningar krev i dei aller fleste tilfelle samtykke frå personen det gjeld (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 og helsepersonelloven § 22).

## 5.4 Bruk av individuell plan (IP), ansvarsgrupper eller andre tiltak for samordning og koordinering

### 5.4.1 Datagrunnlag

I Stord kommune er det koordinerande eining (KE) ved Tildelingskontoret som har overordna ansvar for koordinering av tenester og individuell plan (IP). Det er etablert ei rekkje rutinar og prosedyrar som omtalar ansvar og oppgåver knytt til arbeidet med IP i kommunen og kva ansvar og oppgåver som ligg til KE og rolla som koordinator. Det er mellom anna utarbeidd ei

prosesskildring for oppnemning av koordinator og oppstart av IP<sup>39</sup> som også er gjeldande for tilsette i eining for psykisk helse og rus. I prosedyren går det fram at tenesteytar innleiingsvis skal informere brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester om retten til IP og koordinator, og kva det inneber. Det er utarbeidd ein informasjonsbrosjyre om IP mv. som ein kan bruke i samband med dette. Det er vidare utarbeidd ei handbok for koordinatorar<sup>40</sup> og det er tydeleggjort at det er KE som har ansvar for opplæring av koordinatorar. Det er også etablert ei rutine for møteleiing for koordinatorane der det mellom anna går fram krav og tips til innkalling, referat og rollar og oppgåver i møta.<sup>41</sup>

Kommunen opplyser at det på revisjonstidspunktet er det utarbeidd fire IP-ar i Eining for psykisk helse og rus. Nærare analyse frå Deloitte viser at to av desse planane er inaktive og at ein av IP-ane er til ein person under 18 år. Ingen av sakene har koordinator i Eining for psykisk helse og rus. Det er dermed éin aktiv IP for vaksen i eininga på revisjonstidspunktet. Undersøking av IP-en viser at denne inneheld dokumentert samtykke til deling av teiepliktige opplysningar, oversikt over brukaren sine mål, ressursar og behov for tenester og oversikt over tiltak samt ansvarlege for tiltak. Det er også tydeleg kven som er koordinator og kva representantar frå andre tenester som er involvert i planen. Det er ikkje tydeleggjort tidspunkt for justeringar og revisjonar av planen, og det går heller ikkje tydeleg fram at dette er gjennomført.

I intervju blir det peikt på at aktuelle brukarar skal få tilbod om IP i ein innleiande samtale med Tildelingskontoret og ein innleiande samtale med tildelt primærkontakt i tenesta. Det går samtidig ikkje fram av kartleggingsskjema til verken Tildelingskontoret eller Eining for psykisk helse og rus at ein skal spørje nye brukarar om det er ønskeleg med IP. I intervju blir det stadfesta at kartleggingsskjema som blir brukt i oppstartssamtale med nye brukarar i Ambulerande tenester. Avdelingsleiar for ambulerande tenester peiker samtidig på at han aldri har oppretta IP eller vore involvert i arbeidet med IP.

I intervju med fleire avdelingsleiarar blir det vist til at dei har inntrykk av at det blir tilbydd IP for brukargruppa, men at dei ikkje kjenner til at det er etablert ei rutine som skal sikre at tilsette informerer dei relevante brukarane om tilbod om IP. Tilsett ved Apalvegen bufellesskap viser til at det er ingen brukarar ved bufellesskapet som har aktiv IP på revisjonstidspunktet

Fleire av dei intervjuar viser til at brukarane av psykisk helse- og rustenestene med behov for langvarige og koordinerte tenester ofte ikkje ønsker IP. Fungerande avdelingsleiar for bustadsosialt team peiker på at IP er eit vanskeleg verktøy å nytte i denne brukargruppa. Til dømes viser ho til at brukargruppa ikkje alltid har tilgjengelege digitale verktøy (telefon, PC etc.) og har utfordringar med å hugse passord og ha kontroll på innlogging med Bank-ID. Ho understrekar at det er viktig å møte brukargruppa der dei er, og tilpasse oppfølginga etter deira behov. Ho påpeiker at brukargruppa ofte har lettare for å forhalda seg til kriseplanar og samarbeidsmøte med tenestene. I intervju med avdelingsleiar for Ambulante team blir det vidare vist til at dei tilsette heller ikkje har tilstrekkeleg opplæring i bruk av systema som kommunen bruker i samband med IP, då det er så sjeldan i bruk.

I intervju med Tildelingskontoret blir det nemnt at det er vanleg å operere med ansvarsgrupper for desse brukarane, men dei påpeiker samtidig at denne praksisen kan føre til at IP ikkje blir

---

<sup>39</sup> Stord kommune. *Korleis starte opp med individuell plan?* Sist revidert: 09.12.2020.

<sup>40</sup> Stord kommune. *Handbok for koordinatorar i Stord kommune.* Revidert: 09.12.2020.

<sup>41</sup> Stord kommune. *Møteleiing-ansvarsgruppe, koordinering og individuell plan.* Ikkje datert.

vurdert i tilfelle der det burde vore det. Avdelingsleiar for ambulerande tenester viser til at nye brukarar får tildelt primær- og sekundærkontakt og at det i hovudsak er primærkontakt som har det overordna ansvaret for å koordinere tenestene til brukarane (meir om primærkontakt i avsnitt 5.5.1).

#### **5.4.2 Vurdering**

Det blir i liten grad blir brukt individuell plan (IP) for å sikre samordning og koordinering av tenester for vaksne brukarar med samansette rus- og/eller psykiske helseutfordringar i Stord kommune. Det går fram at det er etablert system og retningslinjer for arbeid med IP og rolla som koordinator i kommunen, men at det ikkje er etablert system og rutinar i Eining for psykisk helse og rus som sikrar at brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester blir informert om rett til å søke om IP og koordinator. Undersøkinga viser også at det i liten grad er praksis for at IP blir brukt for relevante brukarar i eininga. På undersøkingstidspunktet var det éin aktiv IP for brukar av tenester i eininga, men koordinator for IP er ikkje tilsett i eininga. Deloitte vil understreke at brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester har rett på IP, og at kommunen må sikre at dei får informasjon om dette. Deloitte meiner at kommunen må legge til rette for at relevante tilsette har kjennskap til denne plikta, til dømes gjennom opplæring og rutinar, og sikre at det er etablert rutinar som bidrar til at informasjonen om rett på IP faktisk blir gitt til aktuelle brukarar. Deloitte registrerer at det i undersøkinga blir vist til at det av fleire årsaker kan vere krevjande med IP for denne brukargruppa, og at kommunen gjerne søker å sikre samarbeid mellom tenestene for den enkelte brukar gjennom t.d. samarbeidsmøte mellom tenestene. Deloitte meiner at dette verkar føremålstenleg dersom brukar har fått informasjon om rett til IP, men ikkje ønsker dette. Deloitte vil samtidig påpeike at det bør etablerast system og rutinar for desse prosessane og samhandlinga for enkeltbrukarar, slik at kommunen tilbyr eit likeverdige tilbud for alle brukarane med behov for langvarige- og koordinerte tenester.

### **5.5 Tenester til brukarar med vedtak**

#### **5.5.1 Datagrunnlag**

##### **System og rutinar for å sikre at brukarar får tenestene dei har vedtak på**

Som nemnt tidlegare i rapporten, til dømes i avsnitt 5.3.1, er det Tildelingskontoret som skal behandle søknadar, vurdere behov for teneste og avgjere kva utførareining som skal yte tenesta. Det er etablert ein prosedyre for korleis Tildelingskontoret skal gå fram for å sikre at tenestemottakar får tenester som best eigna sett opp mot brukar sitt funksjons- og hjelpebehov. I prosedyren går det ikkje fram skildring av tenestene og kva bistand/tilbod brukarar kan få hos desse, men det blir mellom anna skildra at Tildelingskontoret skal kartlegge brukar og utifrå dette avgjere kva utførareining som skal yte tenester. Deretter skal Tildelingskontoret melde frå til den relevante utførareininga om ny brukar og vedtak som er fatta og utførareininga set deretter i verk vedtaket.<sup>42</sup>

Det er ikkje alle tenester i Eining for psykisk helse og rus som krev enkeltvedtak. Lågterskel helsestasjon, Hamna kontaktsenter og gruppetilbod som kurs i depresjonsmeistring (KID-kurs) er døme på lavterskeltilbod som ikkje krev vedtak. Ein må ha vedtak frå kommunen for å til dømes få oppfølging frå Ambulant team 1 og Bustadsosialt team, samtale med psykiatrisk

---

<sup>42</sup> Stord kommune. Tildelingskontoret- Prosedyre for kva utførareining som skal gi teneste. Ikkje datert

sjukepleiar i Ambulant team 2 og butilbod i Apalvegen bufellesskap. Sjukeheimen i kommunen har vidare eigen avdeling (Vikjo) som er tilrettelagt for personar med psykiske lidningar, og ein kan også få vedtak om plass her.

Kommunen opplyser om at brukarar som får vedtak på psykisk helse- og rustenester får tildelt ein primærkontakt og ein sekundærkontakt og at det er primærkontakt som i hovudsak skal sikre at brukarane får tenestene som dei har vedtak på.

For to av tenestene er det utarbeidd retningslinjer for rollane som primærkontakt:

- Retningslinje for rolla som primær- og sekundærkontakt i Apalvegen bufellesskap, omfattar ei skildring av kva oppgåver og ansvar som ligg til desse rollene.<sup>43</sup> I retningslinja går det mellom anna fram korleis ein går fram for å finne vedtak, opprette skjema mv. i journalsystemet (Profil) og det er lagt inn ei sjekklister for oppgåver som skal gjennomførast for å sikre oppfølging av brukar. Det går mellom anna fram i sjekklister at hjelpebehovet til brukar skal vurderast kvar månad.
- Det er også etablert ei skildring av oppgåver for primærkontakt i Ambulant team 1 der det i form av ei kulepunktliste går fram kontinuerlege oppgåver i rolla.<sup>44</sup> Punkt 1 på lista er at primærkontakt skal sørge for at vedtakstekst og vedtakstimar stemmer med utføring av tenester. Det går vidare fram at primærkontakt skal ha dialog med Tildelingskontoret ved endring i teneste og sende endringsmelding til dei når det er endring i behov hos brukar og dermed behov for endra eller avslutta vedtak på teneste til brukar. Avdelingsleiar for Ambulante team viser til at det tidlegare har vore fagkoordinator i eininga si oppgåve å kommunisere endring i behov for teneste hos brukar til Tildelingskontoret, men at dette ansvaret no er overført primærkontaktene. Det blir vist til at dette er ei relativt ny ordning og at det dermed truleg ikkje er så godt implementert i praksis.

Det er ikkje etablert rolleskildring for primærkontakt i Bustadsosialt team. Kommunen påpeiker i samband med verifiseringa at Bustadsosialt team tidlegare har vore eit lågtersketilbod som ikkje har kravd enkeltvedtak. Det blir vist til at det dei seinare åra er fatta vedtak for denne tenesta, men at dette no er til evaluering.

Einingsleiar for psykisk helse og rus påpeiker at det ikkje alltid blir gjort ei endring i vedtak frå Tildelingskontoret etter at utførareininga har sendt endringsmelding. Einingsleiar viser til at det er mange vedtak som er "utgått" eller ikkje revidert, på tross av endringsmeldingar frå tenestene, og ho viser vidare til at kommunen på bakgrunn av dette per i dag gir helsetenester til brukarar som ikkje har gyldig vedtak. Einingsleiar viser til at tenestene i desse tilfella melder avvik på at endringsmeldingane ikkje blir behandla. Einingsleiar viser til at nokre avvik på manglande handtering av endringsmeldingar har blitt sendt via e-post i staden for via kvalitetssystemet (der ein skal melde avvik), men ho viser også til at det låg fleire ubehandla avviksmeldingar på manglande handtering av endringsmeldingar i kvalitetssystemet våren 2024 då ho starta i kommunen. Einingsleiar understrekar at ho vil arbeide for at melding av denne type avvik blir meldt riktig framover.

I intervju blir det vist til at det er ei utfordring at det blir fatta vedtak utan sluttdato for ein del brukarar innan rus- og psykisk helse. Dette er utfordrande fordi det i desse tilfella ikkje kjem

---

<sup>43</sup> Stord kommune. Primær/sekundærkontaktmappa. Ikkje datert

<sup>44</sup> Stord kommune. Oppgåver for primærkontaktar i Ambulant team 1. Ikkje datert.

tydeleg fram i kva tidsrom vedtaket er gjeldande. Det blir i intervju med avdelingsleiar for Ambulant team og einingsleiar vist til at denne utfordringa har blitt løfta til Tildelingskontoret, og at ein har blitt samde om at det skal setjast ein frist på vedtaka frå no av. Det blir i intervju peikt på at fleire av vedtaka no er tidfesta, men at det framleis er tilfelle der det ikkje er sett sluttdato/evalueringsdato. Det blir vidare påpeikt at det kan være krevjande å følge opp enkelte vedtak, då ein del av vedtaka som blir fatta er utydelege. Det blir mellom anna vist til at det i nokre vedtak går fram at «brukar treng hjelp til å meistre livet». Det blir påpeikt at det er vanskeleg for dei utøvande tenestene å vite korleis dei skal følge opp slike vedtak. Det blir i intervju med fungerande avdelingsleiar for Bustadsosialt team også påpeikt at det kan vere vanskeleg for brukarane å forstå kva teneste dei har fått vedtak om når dei får vedtak på buoppfølging frå Bustadsosialt team.

I intervju med einingsleiar blir det peikt på at det kan vere utfordringar knytt til å gi dei tenestene som brukarane har vedtak på når det gjeld buoppfølging. Det blir vist til at det i desse vedtaka ofte er behov for meir tenester enn det som er spesifisert i vedtaka frå Tildelingskontoret. Einingsleiar legg til at både Ambulant team 1 og 2 og Bustadsosialt team gir fleire tenester enn det dei skal ut frå vedtaket for å sikre at brukarane får eit godt og heilskapleg tenestetilbod.

Ei av sakene som Deloitte har undersøkt i samband med stikkprøvekontrollen er eit vedtak om tenester frå Bustadsosialt team. Vedtak i denne saka er «oppfølging frå bustadsosialt team» og det er fastsett kor mange timar brukar har fått tildelt per veke. Det går fram at målsettinga med tenestetilbodet er å hjelpe brukar å meistre og ivareta sitt butilhøve og sin livssituasjon. Det går ikkje elles fram anna informasjon om kva hjelp vedkomande er innvilga eller tidsavgrensing for vedtaket.<sup>45</sup> Dei andre sakene som er gjennomgått i stikkprøvekontrollen er vedtak på samtale med psykiatrisk sjukepleiar og alle vedtaka tydeleggjer kor mange timar i veka som er innvilga og tidsavgrensing for vedtaket.

### Venteliste på vedtak

I årsmelding for kommunen for 2023<sup>46</sup> blir det vist til at det totalt var 2487 saker om helse- og omsorgstenester som blei saksbehandla dette året og at gjennomsnittleg saksbehandlingstid var på 27 dagar. Kommunen viser til at det også i 2024 var ei gjennomsnittlege sakshandsamingstid ved Tildelingskontoret på 27 dagar, medan det for psykisk helse- og rustenester var ei gjennomsnittleg sakshandsamingstid på 31 dagar i 2024. Tabellen under viser meir detaljert oversikt over sakshandsamingstid for tenester innan psykisk helse og rus i 2024.

Tabell 4: Saksbehandlingstid Psykisk helse og rus 2024

| Sak                                | Tal dagar |
|------------------------------------|-----------|
| Søknad innvilga                    | 27 dagar  |
| Søknad avslått                     | 88 dagar  |
| Søknad avslutta utan behandling    | 75 dagar  |
| Gjennomsnittleg saksbehandlingstid | 31 dagar  |

<sup>45</sup> Det går fram at hjelpebehovet vil bli vurdert fortløpande.

<sup>46</sup> Stord kommune. Årsmelding og årsrekneskap 2023. Vedtatt i kommunestyret 17.06.2025 i PS 50/2024.

Det blir i årsbudsjett og økonomiplan 2025-2028<sup>47</sup> vist til det for personar med milde til moderate lidningar er venteliste på å bli vurdert for hjelp og venteliste for å få hjelp av kommunen.

Einingsleiar for psykisk helse og rus viser til at det i 2024 i periodar var opp mot eit års ventetid på å få vedtak, og at det per oktober 2024 var 60 personar på venteliste på vurdering av vedtak om samtale med psykisk helsearbeidar. I intervju med einingsleiar og avdelingsleiar for Ambulante team vist til at det er utfordringar knytt til kapasitet hos Tildelingskontoret og at dette fører til at det er lange restansar på behandling av søknadar om tenester frå Ambulant team 2, mellom anna samtalar med psykiatrisk helsesjukeleiar.

Einingsleiar for psykisk helse og rus viser til at ho har drøfta utfordringane når det gjeld restanselistene med Tildelingskontoret, og har inntrykk av at ansvarleg sakshandsamar ved Tildelingskontoret er kjent med søkarane, og difor veit kven som må prioriterast i køen. Det går fram av intervju at det i hovudsak er éin saksbehandlar som behandlar søknadar om tenester frå psykisk helse- og rustenestene. Einingsleiar for psykisk helse og rus påpeiker at det er sårbart med ein sakshandsamar på desse vedtaka, og påpeiker at dette er del av det kommunen ser på i eit nyleg starta LEAN-prosjekt der ein mellom anna ser på flyt mellom Tildelingskontoret og Eining psykisk helse og rus.

### 5.5.2 Vurdering

Basert på undersøkinga som er gjennomført vurderer Deloitte at Stord kommune i hovudsak sikrar at brukarar får psykisk helse- og rustenester dei har vedtak på. Brukarane med enkeltvedtak på tenester får tildelt primær- og sekundærkontakt som skal sikre at brukarane får tenestene dei har vedtak på. Deloitte merker seg samtidig at det ikkje er etablert rolle- og oppgåveskildring for rolla som primær- og sekundærkontakt for alle avdelingane i Eining for psykisk helse og rus som har tenester som krev enkeltvedtak, og vil påpeike at det skal gå tydeleg fram korleis ansvar og oppgåver er fordelt (jf. § 6 a. i forskrift om leing og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene)

Deloitte vurderer at Stord kommune ikkje har etablert tilstrekkeleg system og rutinar som sikrar at brukarar får *individuell tilpassa tenester*. Undersøkinga viser at det ikkje alltid går fram av vedtaket kva konkret tilbod søkaren har fått vedtak på eller kor lenge vedtaket er gjeldande, og at det kan vere krevjande både for brukar og utførarteneste å forstå kva teneste(r) brukar har vedtak på. Det blir også vist til at det ofte er behov for større omfang av tenester enn det som går fram av vedtaket. Deloitte vil understreke at det skal gå fram av vedtaket kva tenester kommunen skal gi. Vedtaket skal utformast slik at mottakar veit kva tenester som er tildelt, i kva omfang, samt kor lang tid vedtaket er gjeldande. Vedtaket skal skape føreseielegheit for brukar, men samtidig vere fleksibelt nok til at det kan ta høgde for normale svingingar i bistandsbehov.<sup>48</sup>

Undersøkinga indikerer at det er utfordringar knytt til kapasitet ved Tildelingskontoret og at dette mellom anna fører til at det i periodar er lang ventetid på behandling av søknadar om tenester innan Eining for psykisk helse og rus. Det går også fram at det ikkje alltid blir fatta nytt vedtak eller avslutta vedtak på tenester på tross av at det blir sendt endringsmelding frå

<sup>47</sup> Stord kommune. Årsbudsjett og økonomiplan 2025-2028. Vedtatt i kommunestyret 28.11.2025 i PS 88/2024

<sup>48</sup> Helsedirektoratet. Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Veileder. IS-2442. Oppdatert/revidert 07/2017.

utførareining til Tildelingskontoret. Deloitte vurderer at dette ikkje er i samsvar med krav i forvaltningslova om at kommunen skal førebu og avgjere saker utan ugrunna opphald, samt krav i pasient – og brukerrrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven som slår fast at tenester skal iverksettast innan forsvarleg tid, altså frå det tidspunktet brukar sine behov tilseier det (jf. pasient- og brukerrrettighetsloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1). Deloitte registrerer at kommunen har sett i verk ein prosess for å sikre betre samhandling mellom Tildelingskontoret og Eining psykisk helse og rus, noko som etter Deloitte si vurdering verkar nødvendig.

## 6 System og rutinar for brukar- og pårørandemedverknad

### 6.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

*Har kommunen etablert system og rutinar for å sikre medverknad frå brukarar og eventuelle pårørande innan psykisk helse- og rustenester?*

Under dette:

- I kva grad er det lagt til rette for at brukarane av psykisk helse- og rustenestene, og eventuelle pårørande, kan medverke ved tildeling og evaluering av tenester til den enkelte brukar?
- I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå brukarar og pårørande?

### 6.2 Revisjonskriterier

Basert på krav i pasient- og brukarrettighetsloven og forskrift om ledelese og kvalitetsforbedring, har Deloitte utleia følgjande revisjonskriterier:

Kommunen skal

- legge til rette for at pasient eller brukar får medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester (§ 3-1 i pasient- og brukarrettighetsloven).
- legge til rette for at næraste pårørande får medverke dersom pasienten eller brukaren samtykker til det eller forholda tilseier det (§ 3-3 i pasient- og brukarrettighetsloven)
- etablere et system av prosedyrar som søker å sikre at brukarar av pleie- og omsorgstenester, og eventuelt pårørande/verge/hjelpeverge, medverkar ved utforming eller endring av tenestetilbodet. Den enkelte brukar blir gitt medbestemming i samband med den daglege utføringa av tenestene (§ 3 i Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene)
- bruke erfaringar frå pasientar, brukarar og pårørande når tenester skal evaluerast og utviklast, for å sikre viktig informasjon om utfordringar og kva område som eventuelt må jobbast med for å betre kvaliteten og pasient- og brukartryggleiken (§ 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten)

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

## 6.3 Medverknad ved tildeling og evaluering av tenester

### 6.3.1 Datagrunnlag

#### Medverknad ved tildeling av tenester til nye brukarar

Sektor for rehabilitering helse og omsorg (RHO) i Stord kommune har utarbeidd ei retningslinje som skildrar brukaren sin rett til medverknad.<sup>49</sup> Av prosedyren går det mellom anna fram kva tenestemottakar har rett til å medverke til og kven som har ansvar for å sikre at brukar får medverke. Det går ikkje fram kva ansvar og rolle Tildelingskontoret har for å sikre medverknad ved tildeling av tenester til nye brukarar og eventuelt deira pårørande. Det er heller ikkje etablert andre retningslinjer eller prosedyrar som skildrar at Tildelingskontoret skal sikre medverknad frå brukarar og eventuelt deira pårørande ved tildeling av tenester.

Tildelingskontoret i RHO skal, som nemnt i avsnitt 5.3.1, i samband med handsaming av søknad gjennomføre kartlegging av nye brukarar av psykisk helse- og rustenester. Det er etablert eit skjema til bruk i denne kartlegginga, der det mellom anna er lagt inn spørsmål til brukar om kvifor dei søker om teneste frå kommunen og kva vedkomande sjølv, og vedkomande i samarbeid med kommunen, kan gjere for å betre situasjonen. I skjema er det lagt opp til at ein skal legge inn informasjon om næraste pårørande. Det går vidare fram av skjema at saksbehandlar til slutt i samtalen skal avklare forventingar til, og målsetting med tenesta. Det går fram av intervju med leiar og saksbehandlar ved Tildelingskontoret at samtale med den som søker om tenester er ein viktig del av prosessen for å sikre at brukaren får medverke i utforminga av tenestene dei mottar. Det blir samtidig vist til at det kan vere utfordrande å vurdere brukarane sine ønskjer opp mot mellom anna pårørande og spesialisthelsetenesta sine vurderingar, då brukaren av og til ønskjer noko anna enn det pårørande eller spesialisthelsetenesta meiner er nødvendig. Det blir påpeikt at Tildelingskontoret må forhalda seg til brukaren sine ønskje, men samtidig prøve å finne løysingar som kan motivere brukaren til å ta imot nødvendige tenester.

I intervju med Tildelingskontoret blir det vist til at brukarane kan ta initiativ til at pårørande eller andre i nettverket deira blir involverte i kartlegginga og vurderinga av tenestebehovet. Det blir påpeikt at Tildelingskontoret ikkje kan kontakte pårørande utan brukaren sitt samtykke, men dersom brukaren ønskjer det, kan pårørande delta i samtalar og gi opplysningar som er relevante for vurderinga.

Leiar for Tildelingskontoret påpeikar samtidig at det alltid er rom for betring når det gjeld brukarmedverknad. Ho viser til at brukare med rus- og/eller psykisk helseutfordring kan vere ei utfordrande brukargruppe å gi tilstrekkelege tenester til, og at det ikkje alltid er enkelt å koordinere tenester ettersom brukarene ikkje alltid møter opp til avtalar.

I samband med verifiseringa av rapporten viser kommunen til at det per i dag ikkje eit skriftleg, systematisk verktøy for involvering av pårørande.

#### Medverknad ved evaluering av tenester

I handlingsplan for Eining for psykisk helse og rus for 2025 er eit av fokusområda «brukarar», og under dette mellom anna at «brukarane er nøgd med samarbeid og brukarmedverknad». Tilhøyrande tiltak er mellom anna å sette recovery-arbeidet meir på dagsorden, avklare forventningar, både frå brukar til teneste, men óg frå teneste til brukar og å ha fokus på pårørande dersom brukar ynskjer dette.

---

<sup>49</sup> Stord kommune. RHO: brukaren sin rett til medverknad. Ikkje datert.

Det går fram av RHO si retningslinje for brukaren sin rett til medverknad at tenestemottakar og eventuelt primærpårørande sine innspel skal vektleggjast og at medverknad skal praktiserast i dagleg samhandling og vera tema i individuelle møte. Det går også fram at avdelingsleiar og/eller primærkontakt skal kontakte tenestemottakar og eventuelt primærpårørande ved endringar i tenesta eller bustadbehovet.<sup>50</sup> Det blir presisert at tenestemottakar sine ønske skal dokumenterast.

Som nemnt i avsnitt 5.5.1 får brukarane med vedtak på teneste i Eining psykisk helse og rus tildelt primær- og sekundærkontakt. I retningslinje for rolla som primær- og sekundærkontakt i Apalvegen bufellesskap er det tydeleggjort at det skal gjennomførast forventningsavklaringsamtale med nye brukarar og eventuelt pårørande. Det er også lagt inn mal for oppsett for denne samtalen i retningslinja. Det går også fram at primær/sekundærkontakt skal gjennomføre årleg brukar- og eventuelt pårørandesamtale.

I intervju blir det peikt på at primærkontakt følger opp brukarar i bufellesskapet jamleg gjennom kontaktmøte. Under møta blir trivselen til brukar og tenestetilbodet drøfta, og det blir påpeikt at møta er viktige for å fange opp både små og store utfordringar brukarane opplever. Tilsett ved bufellesskapet peiker på at møta også er viktig for å sikre at kommunen tilpassar tenestene til brukarane sitt behov. Det blir understreka at bufellesskapet kontinuerleg må arbeide for å finne nye måtar å inkludere og motivere brukarane til å delta i sin eigen behandlingsprosess.

I retningslinje for primærkontakt i Ambulant team 1 går det mellom anna fram at ein skal gjennomføre kartlegging av brukar og ha overordna oversikt over brukar sine oppfølgingsbehov. Det er etablert eit eige kartleggingsskjema for Eining psykisk helse og rus.<sup>51</sup> På same måte som i kartleggingsskjema som skal brukast av Tildelingskontoret, er det også i dette skjema lagt inn spørsmål til brukar som omhandlar kva tenester brukar ønskjer («Kva kan du gjere for å få det betre? Kva kan me gjere saman for at du skal få det betre?»).

Einingsleiar opplever at eininga arbeider godt med brukarmedverknad gjennom tett dialog med brukarane og tilrettelegging for at dei kan påverke tenestene sine. Fungerande avdelingsleiar for Bustadsosialt team og Lågterskel helsestasjon viser til at det er tydelege føringar frå einingsleiar om at brukarmedverknad skal stå sentralt i tenestene. Ho peiker på at brukarmedverknad blir tatt opp på LTV-møte og at avdelingsleiarane har fått delegert ansvar for å vidareformidle viktigheita av brukarmedverknad til dei tilsette.

I ei av avdelingane brukar dei ein modell kalla «krakken» i samtale med brukar, for å sikre at ein tar opp konkrete spørsmål om korleis brukar har det, kva er bra, kva kan bli betre, ønske om mål oppnåing og korleis ein saman kan nå eventuelle mål.<sup>52</sup> Einingsleiar understrekar at psykiske helsearbeidarar i til dømes Bustadsosialt team arbeider ut frå brukar sitt behov kontinuerleg (Recovery-metode), og at det derfor er høg grad av brukarmedverknad i det daglege arbeidet deira. Avdelingsleiar for ambulante tenester peiker på at han opplever at brukarane er veldig ærlege om kva dei meiner om tenestene. Han viser til at det er ein dagleg evaluering av tenestene gjennom tilbakemeldingar frå brukarane i dialog med tenestene.

---

<sup>50</sup> Stord kommune. RHO: brukaren sin rett til medverknad. Ikkje datert.

<sup>51</sup> Stord kommune. Eining for psykisk helse og rus. Kartleggingsskjema – som vert nytta ved søknad om helse- og omsorgstenester. Ikkje datert.

<sup>52</sup> NAPHA: «Kracken» er en metafor på alliansen mellom klient og hjelper. Den består av tre ben, som holder setet oppe. Mens setet er brukerens preferanser, er de tre bena 1) brukerens mål for behandlingen, 2) hvilken rolle brukeren ønsker at hjelperen skal ha og 3) hvilken metode eller tilnærming en benytter for å nå målet».

I intervju med ein brukar av kommunen sine psykisk helse- og rustenester blir det vist til at vedkomande har fått tildelt primærkontakt i kommunen og at samarbeidet med primærkontakten fungerer godt. Det er ikkje etablert faste møter mellom brukaren og primærkontakt, men brukaren peiker på at primærkontakten oppsøker vedkomande jamleg på Lågterskel helsestasjon for å høyre korleis det går. Brukar viser vidare til at hen har blitt informert om rett til å medverke i eigen sak og at brukar sjølv jamleg tar initiativ til samhandlingsmøte med primærkontakt og andre tenester vedkomande får oppfølging frå, og brukar opplever at hen får kome med innspel og evaluere sitt eige tilbod i desse møta.

### 6.3.2 Vurdering

Basert på undersøkinga som er gjennomført vurderer Deloitte at Stord kommune i hovudsak legg til rette for at brukarane av psykisk helse- og rustenestene, og eventuelt deira pårørande, kan medverke ved tildeling og evaluering av tenester til den enkelte brukar. Det er etablert skjema for Tildelingskontoret si kartlegging av nye tenestemottakarar, og det er etablert retningslinje for alle tilsette i sektor for rehabilitering, helse og omsorg som viser til at tenestemottakar og eventuelt primærpårørande sine innspel skal vektleggjast, samt at medverknad skal praktiserast i dagleg samhandling og vera tema i individuelle møter med brukar. Undersøkinga indikerer at brukarar av tenestene i praksis får kome med innspel og tilbagemelding på eigne tenester, men det er samtidig ikkje etablert prosedyrar eller liknande som tydeleggjer korleis til dømes tenestene skal arbeide recoverybasert, korleis ein skal involvere pårørande ved tildeling og evaluering av tenester mv. Deloitte meiner derfor at kommunen i større grad bør sikre at det er etablert prosedyrar eller liknande som er med å bidrar til at brukarar av psykisk helse- og rustenestene, og eventuelt deira pårørande medverkar ved utforming eller endring av tenestetilbodet (jf. § 3 i kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstenester)

## 6.4 System og rutinar for å hente inn forbettringsinnspel

### 6.4.1 Datagrunnlag

Stord kommune har etablert ein strategi for brukarmedverknad i planlegging og utvikling av tenester og tiltak<sup>53</sup>. I strategien blir det vist til grunnleggjande prinsippa for brukarmedverknad i kommunen og påpeikt at mellom anna brukarundersøkingar og brukarutval er systematiske tiltak for å sikre dette. Strategien slår fast at mål og tiltak for brukarmedverknad skal inngå i einingane sine handlingsplanar og at erfaringane skal synleggjerast å kommunen si årsmelding. I plan for rehabilitering, helse og omsorg 2022-2031 er eit av hovudmåla at tenestene i RHO skal involvere brukarane i samsvar med kommunen sin strategi for brukarmedverknad.

Det blei gjennomført brukarundersøking blant brukarane i eininga i desember 2024. Førre brukarundersøking som Deloitte har fått tilsendt er frå 2015. Einingsleiar viser til at det var svært lav svarprosent på undersøkinga som blei gjennomført i 2024. Av 100 inviterte respondentar var det totalt 19 som svarte på undersøkinga. Einingsleiar viser til at det var dårleg timing på gjennomføringa av undersøkinga, då eininga var midt i eit krevjande budsjettarbeid. Einingsleiar har inntrykk av at det er mange brukarar som treng hjelp til å logge seg inn på nett og som opplever det som utfordrande med digitale undersøkingar, og eininga sette ikkje av tid til å følge opp gjennomføring av brukarundersøking i desember. Einingsleiar viser til at

---

<sup>53</sup> Stord kommune. Strategi for brukarmedverknad i planlegging og utvikling av tenester og tiltak Stord kommune. Ikkje datert.

tidspunkt for gjennomføring av brukarundersøkinga er meldt som forbetningsforslag til rådgivear i RHO for neste brukarundersøking.

Einingsleiar viser til at brukarundersøkinga har vore eit tema på einingsleiarsamlinga i Stord kommune og at resultat frå undersøkinga har vore tatt opp i leiarsamling i eininga. Det blir vist til at konklusjonen i leiargruppa er at det på bakgrunn av lav svarprosent er utfordrande å dra nytte av informasjonen dei fekk frå brukarundersøkinga i 2024. Det blir samtidig påpeikt at resultatet frå brukarundersøkinga skal leggast fram for LTV-gruppa (leiar, tillitsvalt og verneombod) og på personalmøte. Som nemnt i avsnitt 6.3.1 over er brukarar eit av fokusområda i Eining for psykisk helse og rus sin handlingsplan for 2025. Eit av tiltaka under målsettinga om at brukarar skal være nøgd med samarbeid og brukarmedverknad er at eininga skal sette brukarundersøkinga i system i partals-år. Det er vidare eit tiltak at eininga har dedikerte tilsette som har spesielt fokus på utdeling og rettleiing til brukarane ved behov. I intervju blir det vist til at gjennomført spørjeundersøking i 2024 legg rammer for handlingsplanen påfølgande år.

I samband med verifiseringa av rapporten, påpeiker kommunen at dei for brukarundersøkinga som blei gjennomført i 2024 nytta verktøyet «Betre kommune». Det blir vist til at dette var eit nytt verktøy for kommunen. Kommunen viser til at dei ser forbetningspotensiale i både planlegging og gjennomføring av undersøkinga, men er nøgde med at det er reetablert eit system for å innhenta brukarstemma på denne måten.

Det er etablert ei pårørandegruppe for pårørande til personar som har utfordringar knytt til rus. Pårørandegruppa blei starta opp i 2017, og har per i dag om lag 15 aktive deltakarar. Det blir gjennomført om lag 4-5 møter i pårørandegruppa i året. I intervju med pårøranderepresentant blir det vist til at det er ein tilsett i Stord kommune som er leiar for gruppa, og som har ansvar for å kalle inn til møte og organisere sjølve møta. Pårøranderepresentant viser til at føremålet med gruppa er å tilrettelegge for erfaringsutveksling og samtale mellom dei pårørande, men det blir vist til at ein også diskuterer saker av politisk karakter i gruppa, mellom anna var budsjettsituasjonen i eininga ein aktuell sak ved årsskiftet 2024/2025. Det går ikkje fram at kommunen gjennom pårørandegruppa hentar inn innspel eller erfaringar for å sikre kontinuerleg forbetring av tenestene. I intervju med pårøranderepresentant blir det vist til at vedkomande ikkje har inntrykk av at det er lagt godt til rette for systematisk pårørandemedverknad i kommunen og at det ikkje er etablert systematisk innhenting av tilbakemelding gjennom undersøkingar eller arena/fora for medverknad.

I intervju blir det påpeikt at det blir gjennomført brukarmøte på Lågterskel helsestasjon, der brukarane får planlegge aktivitetar. Ved Hamna kontaktsenter har det tidlegare vore høg grad av brukarmedverknad, men det blir i intervju påpeikt at det per i dag ikkje er brukartilsett, brukarråd eller ein aktiv brukarorganisasjon. Fagkoordinator ved Hamna kontaktsenter fortel at ho arbeider med å få tilbake ordninga med brukarorganisasjon, då dette gav brukarane moglegheit til å ta ansvar og bidra til drifta av senteret på ettermiddagane. Fagkoordinator ønsker også starte opp brukarrådet og auke brukarmedverknaden ytterlegare. Dette inkluderer å få fleire brukarar til å delta aktivt i planlegging og gjennomføring av aktivitetar, og å sikre at brukarane sine stemmer blir høyrde i utviklinga av tenestene.

#### **6.4.2 Vurdering**

Deloitte vurderer at kommunen i liten grad har etablert system og rutinar for å jamleg hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring frå brukarar og pårørande. Undersøkinga

viser at det blei gjennomført brukarundersøking blant brukarar av tenestene i 2024, og at førre brukarundersøking blei gjennomført i 2015. Det er på revisjonstidspunktet ikkje aktivt brukarråd eller andre typar brukarorganisasjonar der brukarane kan kome med samla tilbakemeldingar. Det er vidare ikkje etablert system og rutinar for å dokumentere eller hente innspel frå pårørande eller pårørandeorganisasjonar til bruk i eininga sitt forbetningsarbeid. Deloitte vil påpeike at eining psykisk helse og rus har plikt til å evaluere verksemda, og at kommunen må sikre at det blir brukt innspel og erfaringar frå brukarar og pårørande i dette arbeidet (jf. § 8 d. i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten).

## 7 Konklusjon og tilrådingar

Undersøkinga viser at det er etablert fleire samarbeidsavtalar og -fora mellom Stord kommune og spesialisthelsetenestene på systemnivå, og at det er etablert ei organisering av dei psykisk helse- og rustenestene som i all hovudsak legg til rette for heilskaplege og koordinerte tenester for brukargruppa. Det er også etablert retningslinjer og skjema som skal sikre medverknad frå brukarar og eventuelt deira pårørande ved tildeling og evaluering av tenester.

Samtidig viser undersøkinga at kommunen har fleire forbettringspunkt når det gjeld systematisk styring av psykisk helse- og rustenestene, informasjonsflyt mellom kommunen og spesialisthelsetenesta, kartlegging av nye brukarar, system for samordning og koordinering av tenester til enkeltbrukarar og system og rutinar for brukar- og pårørandemedverknad.

### **Stord kommune har i liten grad etablert ei systematisk styring av psykisk helse- og rustenestene.**

- Stord kommune har etablert overordna mål for arbeidet retta mot personar med utfordringar knytt til psykisk helse og rus i kommunen, men det er ikkje etablert system som sikrar at tilsette og leiarar i Eining for psykisk helse og rus kjenner til og følger opp desse overordna målsettingane for området.
- Ansvar og oppgåver innan psykiske helse- og rustenester er ikkje tilstrekkeleg tydeleg fordelt. Kommunen er i prosess med å etablere oversikt over kva ansvar og mynde som ligg til dei ulike rollane i eininga, samt å etablere stillingsskildringar for leiarroller.
- Stord kommune har ikkje sikra tilstrekkeleg oversikt over ansvar og oppgåver i tenestene i RHO. Undersøkinga indikerer at det ikkje er tilstrekkeleg tydeleg for alle relevante aktørar kva oppgåver og ansvar som ligg til alle tenestene i eininga for psykisk helse og rus, og at det er ueinigheit om grensesnittet mellom tenester. Deloitte merkar seg at RHO er i prosess med å revidere tenestestandard for avdelingane og meiner at dette verkar føremålstenleg.
- Kommunen har ikkje i tilstrekkeleg grad tydeleggjort kva eining eller rolle i kommunen som har ansvar for koordinering av pasientforløp for brukarar med utfordringar knytt til psykisk helse og/eller rus.
- Stord kommune har i all hovudsak oversikt over eigen kompetanse og framtidig kompetansebehov i Eining for psykisk helse og rus. RHO har etablert ein strategisk kompetanseplan som blir revidert årleg og der det blir spelt inn kva kompetanse det er behov for i einingane framover, men Eining for psykisk helse og rus ser ikkje ut til å ha tatt del i dette arbeidet og at det heller ikkje er lagt inn opplæringstiltak for tilsette i eining for psykisk helse og rus for 2024.

### **Organiseringa av dei psykisk helse- og rustenester i Stord kommune legg i all hovudsak til rette for heilskaplege og koordinerte psykisk helse- og rustenester til personar med samansette rus- og/eller psykisk helseutfordringar, men det er nokre utfordringar i samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetenestene når det gjeld denne brukargruppa.**

- Det er i all hovudsak etablert god samhandling mellom dei kommunale tenestene som gir tilbod til brukarar med samansette rus- og/eller psykiske helseutfordringar. Det blir vist til at det er lav terskel for å samarbeide på tvers av kommunale tenester for å sikre

heilskaplege tenester for brukarane. Undersøkinga viser samtidig at samarbeidet mellom dei kommunale tenestene i liten grad er formalisert.

- Det er etablert fleire system og rutinar som skal sikre samarbeid på systemnivå mellom kommunen og spesialisthelsetenestene, og det går fram at det er etablert fleire fora for samhandling mellom aktørane. Undersøkinga viser samtidig at det på tross av avtale mellom kommunen og Stord DPS om jamlege evalueringssmøte av LAR-tenestetilbodet, ikkje har blitt gjennomført slike møte i samsvar med avtale.
- Undersøkinga viser at det i praksis kan vere utfordringar knytt til samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetenestene, og at dette i hovudsak omhandlar kommunikasjonen mellom aktørane, til døme ved inn- og utskriving av pasientar.

### **Stord kommune gjennomfører ikkje tilstrekkeleg kartlegging av nye brukarar og det blir i liten grad brukt individuell plan (IP) for oppfølging av brukarar.**

- Stord kommune har etablert system og rutinar for å innhente informasjon ved kartlegging av nye brukarar. Undersøkinga viser samtidig at system og rutinar ikkje alltid blir brukt i kartlegginga av nye brukarar. Stikkprøvekontrollen viser at kommunen ikkje gjennomfører systematiske kartleggingar av sentrale forhold som rusmisbruk, fysisk helse og økonomi i samband med søknadar. Det er ikkje dokumentert at det er gjennomført møte mellom Tildelingskontoret og brukar og eventuelt pårørande i nokre av sakene som er undersøkt og det er heller ikkje lagt ved kartleggingsskjema i journal i dei fem sakene som er undersøkt. Dette er ikkje i samsvar med kommunen sine eigne rutinar som seier at skjema etter gjennomført kartlegging skal lagrast i journal. Undersøkinga viser vidare at mangelfull kartlegging fører til at brukarar ikkje alltid får tilstrekkeleg tilpassa tenester.
- Stikkprøvekontrollen viser at kommunen ikkje i tilstrekkeleg grad dokumenterer at søkar har gitt samtykke til at kommunen hentar inn opplysningar om vedkomande frå andre tenester i kommunen eller i spesialisthelsetenesta. Det går vidare fram av stikkprøvekontrollen at kommunen i to av sakene som er gjennomgått har brukt rundt 5 månadar frå søknad er registrert til vedtak er fatta. Det går ikkje fram av sakene at kommunen har sendt førebels svar til søkar.
- Det blir i liten grad brukt individuell plan (IP) for å sikre samordning og koordinering av tenester for vaksne brukarar med samansette rus- og/eller psykiske helseutfordringar i Stord kommune. Det er etablert system og retningslinjer for arbeid med IP og rolla som koordinator i kommunen, men det er ikkje etablert system og rutinar i Eining for psykisk helse og rus som sikrar at brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester blir informert om rett til å søke om IP og koordinator. Undersøkinga viser også at det i liten grad er praksis for at IP blir brukt for relevante brukarar i eininga. Deloitte registrerer at det i undersøkinga blir vist til at det av fleire årsaker kan vere krevjande med IP for denne brukargruppa, og at kommunen gjerne søker å sikre samarbeid mellom tenestene for den enkelte brukar gjennom t.d. samarbeidssmøte mellom tenestene. Deloitte meiner at dette verkar føremålstenleg dersom brukar har fått informasjon om rett til IP, men ikkje ønsker dette.
- Stord kommune sikrar i hovudsak at brukarar får psykisk helse- og rustenester dei har vedtak på. Brukarane med enkeltvedtak på tenester får tildelt primær- og sekundærkontakt som skal sikre at brukarane får tenestene dei har vedtak på. Deloitte merker seg samtidig at det ikkje er etablert rolle- og oppgåveskildring for rolla som primær- og sekundærkontakt

for alle avdelingane i eining for psykisk helse og rus som har tenester som krev enkeltvedtak.

- Stord kommune har ikkje etablert tilstrekkeleg system og rutinar som sikrar at brukarar får *individuell tilpassa tenester*. Undersøkinga viser at det ikkje alltid går fram av vedtaket kva konkret tilbod søkaren har fått vedtak på eller kor lenge vedtaket er gjeldande, og at det kan vere krevjande både for brukar og utførartene å forstå kva teneste(r) brukar har vedtak på. Det blir også vist til at det ofte er behov for større omfang av tenester enn det som går fram av vedtaket.
- Undersøkinga indikerer at det er utfordringar knytt til kapasitet ved Tildelingskontoret og at dette mellom anna fører til at det i periodar er lang ventetid på behandling av søknadar om tenester innan Eining for psykisk helse og rus. Det går også fram at det ikkje alltid blir fatta nytt vedtak eller avslutta vedtak på tenester på tross av at det blir sendt endringsmelding frå utførareining til Tildelingskontoret. Deloitte registrerer at kommunen har sett i verk ein prosess for å sikre betre samhandling mellom Tildelingskontoret og Eining psykisk helse og rus, noko som etter Deloitte si vurdering verkar nødvendig.

### **Stord kommune har ikkje etablert tilstrekkeleg system og rutinar for å sikre medverknad frå brukarar og eventuelle pårørande innan psykisk helse- og rustenester**

- Stord kommune legg i all hovudsak til rette for at brukarane av psykisk helse- og rustenestene, og eventuelt deira pårørande, kan medverke ved tildeling og evaluering av tenester til den enkelte brukar. Det er etablert skjema og retningslinjer som viser til at medverknad skal praktiserast i kartlegging og dagleg samhandling og at det skal vera tema i individuelle møter med brukar. Undersøkinga indikerer at brukarar av tenestene i praksis får kome med innspel og tilbakemelding på eigne tenester, men det er samtidig ikkje etablert prosedyrar eller liknande som tydeleggjer korleis til dømes tenestene skal arbeide recoverybasert, korleis ein skal involvere pårørande ved tildeling og evaluering av tenester mv.
- Kommunen har i liten grad etablert system og rutinar for å jamleg hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring frå brukarar og pårørande. Undersøkinga viser at det blei gjennomført brukarundersøking blant brukarar av tenestene i 2024, og at førre brukarundersøking blei gjennomført i 2015. Det er på revisjonstidspunktet ikkje aktivt brukarråd eller andre typar brukarorganisasjonar der brukarane kan kome med samla tilbakemeldingar og innspel. Det er vidare ikkje etablert system og rutinar for å dokumentere eller hente innspel frå pårørande eller pårørandeorganisasjonar til bruk i eininga sitt forbetringsarbeid.

### **Basert på det som går fram av undersøkinga vil Deloitte tilrå at Stord kommune set i verk følgande tiltak:**

1. Sikrar tydeleg oversikt over Eining for psykisk helse og rus sine mål, rollar og ansvar, og at det blir gjennomført jamleg evaluering av verksemda sine aktivitetar, mål og tiltak.
2. Tydeleggjer, både internt i kommunen og ut mot innbyggjarane, kven som har ansvaret for koordinering av dei ulike pasientforløpa i kommunen.
3. Sikrar systematisk arbeid med kompetansebehov i psykisk helse- og rustenestene og at det blir gjennomført evaluering av kompetansetiltak.

4. Sørger for tilstrekkeleg formalisering av samarbeid mellom kommunale aktørar, til dømes gjennom å etablere samarbeidsavtalar, og sikrar at alle samarbeidsavtalar (også mellom kommunale og eksterne aktørar) blir følgt opp i samsvar med krav i avtalen.
5. Sikrar nødvendig og tidsriktig overføring av informasjon mellom kommunen og spesialisthelsetenestene ved inn- og utskrivning av pasientar, samt at det blir meldt avvik ved manglar i samhandlinga.
6. Sørger for at det i kartlegging av nye brukarar
  - a) føreligg tilstrekkelege opplysningar til at søknadar om psykisk helse- og rustenester kan vurderast og avgjerast på ein fagleg forsvarleg måte.
  - b) blir sikra og dokumentert samtykke frå søker dersom kommunen i samband med kartlegginga må innhente opplysningar om vedkomande frå andre tenester i kommunen eller i spesialisthelsetenesta.
7. Sikrar at saker blir behandla utan ugrunna opphald<sup>54</sup>, at tenester blir iverksett innan forsvarleg tid og at kommunen snarast mogleg sender eit førebels svar dersom sakshandsamingstida vil vare meir enn ein måned.
8. Etablerer system og rutinar som sikrar
  - a) at brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester får informasjon om rett til individuell plan (IP).
  - b) samhandling og koordinering i tenester til brukarar som ikkje ønsker IP.
9. Etablerer system og rutinar som sikrar at brukarar får individuelt tilpassa tenester når det blir fatta vedtak på psykisk helse- og rustenester. Under dette
  - a) Sikre at det går fram av vedtak kva teneste(r) som er tildelt, i kva omfang, samt kor lang tid vedtaket er gjeldande.
10. Sikrar tilstrekkeleg brukar- og pårørandemedverknad gjennom å
  - a) etablere prosedyrar eller liknande som tydeleggjer korleis kommunen skal involverer brukarar og eventuelt deira pårørande ved tildeling og/eller endring av tenestetilbodet.
  - b) etablere system og rutinar som sikrar at kommunen 1) jamleg hentar inn erfaringar og innspel til forbetring av psykisk helse- og rustenestene frå brukarar og pårørande 2) bruker innspel og erfaringar frå brukarar og pårørande i verksemda sitt kontinuerlege forbetringsarbeid.

---

<sup>54</sup> I samsvar med krav i forvaltningslova § 11a

# Vedlegg 1: Høyringsuttale



**Offl. § 5 3. ledd**

DELOITTE AS AVD BERGEN  
Postboks 6013  
5892 BERGEN

Vår dato: 12.05.2025  
Vår ref: 2023/7160  
Dykkar ref:  
Kjersti Gjuvsland

Forvaltningsrevisjon av psykisk helse- og rustenester,  
høringsuttale frå Stord kommune

Til Deloitte  
v/Kjersti Gjuvsland

Viser til hovudoverskrifter i avsnitt «samandrag»

**«Stord kommune har i liten grad etablert ei systematisk styring av psykisk helse- og rustenestene»**

Kulepunkt 2

*«Ansvar og oppgåver innan psykiske helse- og rustenester er ikkje tilstrekkeleg tydeleg fordelt. Kommunen er i prosess med å etablere oversikt over kva ansvar og mynde som ligg til dei ulike rollane i eininga, samt å etablere stillingsskildringar for leiarroller. Kommunen skal, i samsvar med krav i regelverket, sikre at det er etablert ei skildring av verksemda sine hovudoppgåver og at det tydeleg går fram korleis ansvar, oppgåver og myndigheit er fordelt»*

Stord kommune sin kommentar:

Eininga har utarbeida eit kart over mynde som er levert til revisjonen i etterkant av revisjonstidspunktet. Dokumenter er ikkje statisk, men levande i ei omskifteleg tid der me er i kontinuerleg endring.

Fagavdeling RHO  
Borggata 2  
5402 post@stord.kommune.no Telefon: +47 907 62 789  
Org. nr 939 866 914

### Kulepunkt 3

*«Stord kommune har ikkje sikra tilstrekkeleg oversikt over ansvar og oppgåver i tenestene i RHO. Undersøkinga indikerer at det ikkje er tilstrekkeleg tydeleg for alle relevante aktørar kva oppgåver og ansvar som ligg til alle tenestene i eininga for psykisk helse og rus, og at det er ueinigheit om grensesnittet mellom tenester. Kommunen skal sikre at det føreligg tilstrekkeleg informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre helse- og omsorgsoppgåver i kommunen, og at det går klart korleis oppgåver og ansvar er fordelt mellom tenestene. Deloitte merkar seg at RHO er i prosess med å revidere tenestestandard for avdelingane og meiner at dette verkar føremålstenleg»*

#### Stord kommune sin kommentar:

Revidering av tenestestandard er naudsynt, ikkje minst grunna prioritering og forventningsavklaring som følgje av demografisk utvikling og økonomiske rammer. Revideringsarbeidet har gått over to år, det har vore prosessorientert og har frist for ferdigstilling i mai 2025.

Fordeling av ansvar og oppgåver er elles fordelt gjennom struktur og korleis oppgåver er organisert og fordelt i eininga. Pasientar og brukarar har i dag stadig større grad av kompleksitet i sitt sjukdomsbilde og hjelpebehov. Det medfører mellom anna at det er fleire som grensar til og kan ha behov for hjelp frå fleire tenester. Trass i ein oppdatert tenestestandard, er det påreknelig at det dukkar opp brukarar som ligg i gråsona mellom ulike tenester. Desse skal likevel sikrast forsvarleg og heilskapleg teneste.

### Kulepunkt 4

*«Kommunen har ikkje i tilstrekkeleg grad tydeleggjort kva eining eller rolle i kommunen som har ansvar for koordinering av pasientforløp for brukarar med utfordringar knytt til psykisk helse og/eller rus. Det er eit leiaransvar å sørge for at det koordinerande arbeidet i nasjonale pasientforløp blir ivaretatt, og vidare at det er tydeleggjort, både internt i kommunen og ut mot innbyggjarane, kven som har ansvaret for koordinering av dei ulike pasientforløpa i kommunen»*

#### Stord kommune sin kommentar

I Stord kommune er Tildelingskontoret ved koordinerande eining kontaktpunkt og har ansvar for koordinering av desse alle pasientforløp.

### Kulepunkt 5

*«Stord kommune har i all hovudsak oversikt over eigen kompetanse og framtidig kompetansebehov i Eining for psykisk helse og rus. RHO har etablert ein strategisk kompetanseplan som blir revidert årleg og der det blir spelt inn kva kompetanse det er behov for i einingane framover, men Eining for psykisk helse og rus ser ikkje ut til å ha tatt del i dette arbeidet og at det heller ikkje er lagt inn opplæringstiltak for tilsette i eining for psykisk helse og rus for 2024. Deloitte meiner at Eining for psykisk helse og rus med fordel kan arbeide meir systematisk med kompetansebehov og evaluering av kompetansetiltak, Forvaltningsrevisjon av psykisk helse- og rustenester i Stord kommune til dømes gjennom å sikre at dei er del av det overordna strategiske kompetansearbeidet på området i RHO»*

Stord kommunen sin kommentar

RHO jobbar strategisk og systematisk med kompetanseplanen ut frå kartlegging av kompetansebehov og tilgjengeleg kompetanse i einingane, det vil difor variera kva eining som søker midlar til tilsette si utdanning frå år til år. Det blir i planarbeidet tatt omsyn til ynskje og moglegheit hos den tilsette for å tileigna seg meirkompetanse, gjort tilrettelegging av turnus, gitt fri med løn der det er naudsynt og fridagar i forkant av eksamen, støtte til litteratur og evt. reise-/opphaldsutgifter. Andre tiltak er å følgje med på nye undervisningsmetodar gjerne ved bruk av ny teknologi, eller nye e-læringskurs som er tilgjengelig. Nokre kurs tilsette tek er obligatoriske.

Strategien inneber også årleg evaluering, slik at me får justert tiltak etter behov for kompetanseutvikling. Her vil rekruttering til stillingar og pensjon/oppseiing påverka satsingsområda i både kortsiktig og langsiktig planlegging.

**«Organiseringa av dei psykiske helse- og rustenestene i Stord kommune legg i all hovudsak til rette for heilskapelege og kooordinerte psykisk helse- og rustenester til personar med samansette rus- og/eller psykiske helseutfordringar, men det er nokre utfordringar i samarbeidet med kommunen og spesialisthelsetenesta når det gjeld denne brukargruppa»**

Kulepunkt 2

«Det er etablert fleire system og rutinar som skal sikre samarbeid på systemnivå mellom kommunen og spesialisthelsetenestene, og det går fram at det er etablert fleire fora for samhandling mellom aktørane. Undersøkinga viser samtidig at det på tross av avtale mellom kommunen og Stord DPS om jamlege evalueringsmøte av LAR-tenestetilbodet, ikkje har blitt gjennomført slike møte i samsvar med avtale. Deloitte har ikkje indikasjonar på at LAR-tenestetilbodet i kommunen ikkje fungerer godt, men påpeiker at kommunen bør sikre at evalueringsmøte blir gjennomført systematisk og i samsvar med krav i avtale.»

Stord kommune sin kommentar:

Det stemmer at evalueringsmøte for LAR-ordninga isolert sett ikkje er gjennomført med det intervall som avtalen legg opp til. Det er fleire årsaker til dette og uheldige samanfall av til dømes fråvær hos den eine eller andre parten. Møte er no sett til 22. mai 2025. Uavhengig av møtepunkta, har ein har ein tett dialog med LAR når det er behov for det, noko me har god erfaring med. Vidare treffes ein dagleg i lokala og samarbeidar tett om felles tenestemottakarar. I tillegg er det møtepunkt på andre område, mellom anna har ambulante tenester faste samarbeidsmøte med DPS på avdelingsleiarnivå.

Kulepunkt 3

«Undersøkinga viser at det i praksis kan vere utfordringar knytt til samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetenestene, og at dette i hovudsak omhandlar kommunikasjonen mellom aktørane, til døme ved inn- og utskrivning av pasientar. Deloitte meiner at kommunen i samarbeid med spesialisthelsetenestene må sikre at brukarar med store og samansette behov som mottar psykisk helse og rustenester i

*kommunen mottar heilskapleg pasientforløp, inkludert smidig overføring av informasjon til rett tid. Deloitte påpeiker også at det er viktig at manglar i samhandlinga blir meldt som avvik i samsvar med kommunen si rutine for samhandlingsavvik, og eventuelt løfta i evaluerings- og/eller samhandlingsmøte der kommunen og spesialisthelsetenestene deltar.»*

Stord kommune sin kommentar:

Stord kommune meiner å ha gode rutinar for å melda og følge opp samhandlingsavvik. Samhandlingsavtalar knytt til inn- og utskrivning mellom spesialisthelsetenesta og kommunane vert også jamnleg revidert. Det er til nytte at dei 16 kommunene i Fonna-regionen «går i takt» i dette arbeidet. Når det er sagt, så er det pårekeneleg at det tidvis er usemje knytt til behovsvurderingar og vurdering knytt når det gjeld utskrivning frå institusjon. Forbetringsarbeid i samhandlingsfeltet er eit gjennomgåande tema i nær sagt alle fora der kommunen og spesialisthelsetenesta møtes.

**«Stord kommune gjennomfører ikkje tilstrekkeleg kartlegging av nye brukarar og det blir i liten grad brukt individuell plan for oppfølging av brukarar»**

Kulepunkt 1

*«Stord kommune har etablert system og rutinar for å innhente informasjon ved kartlegging av nye brukarar. Undersøkinga viser samtidig at system og rutinar ikkje alltid blir brukt i kartlegginga av nye brukarar. Stikkprøvekontrollen viser at kommunen ikkje gjennomfører systematiske kartleggingar av sentrale forhold som rusmisbruk, fysisk helse og økonomi i samband med søknadar. Det er ikkje dokumentert at det er gjennomført møte mellom Tildelingskontoret og brukar og eventuelt pårørande i nokre av sakene som er undersøkt og det er heller ikkje lagt ved kartleggingsskjema i journal i dei fem sakene som er undersøkt. Dette er ikkje i samsvar med kommunen sine eigne rutinar som seier at skjema etter gjennomført kartlegging skal lagrast i journal. Undersøkinga viser vidare at mangelfull kartlegging fører til at brukarar ikkje alltid får tilstrekkeleg tilpassa tenester. Dette ikkje er i samsvar med krav i forvaltningslova som seier at kommunen må sikre at det føreligg tilstrekkelege opplysningar til at saka kan vurderast og avgjerast på ein fagleg forsvarleg måte, samt krav i helse- og omsorgstjenesteloven som slår fast at kommunen skal sikre nødvendige og heilskaplege tenester til brukarar. Omfang og innretning av kartlegginga skal gi grunnlag for at brukaren får individuelt tilpassa tenester»*

Stord kommune sin kommentar:

Eventuell kartleggingar av brukar sine økonomiske tilhøve vil med stort sannsyn visa att i Nav sine system. Dette gjeld i saker der det er søkt om økonomisk stønad, der det blir ytt råd og rettleiing, herunder økonomisk rådgjeving og der brukar får hjelp til disponering av økonomi. Ut over det, ser kommunen at kartleggingsarbeidet i større grad må dokumenterast og journalførast.

Kulepunkt 2:

«Stikkprøvekontrollen viser at kommunen ikkje i tilstrekkeleg grad dokumenterer at søkar har gitt samtykke til at kommunen hentar inn opplysningar om vedkomande frå andre tenester i kommunen eller i spesialisthelsetenesta. Vern mot deling av opplysningar heng tett saman med helsepersonell si teieplikt, og deling av slike opplysningar krev i dei aller fleste tilfelle samtykke frå personen det gjeld. Det går vidare fram av stikkprøvekontrollen at kommunen i to av sakene som er gjennomgått har brukt rundt 5 månadar frå søknad er registrert til vedtak er fatta. Det går ikkje fram av sakene at kommunen har sendt førebels svar til søkar. Kommunen skal førebu og avgjere saker utan ugrunna opphald i samsvar med krav i forvaltningslova § 11 a. Dersom sakshandsamingstida vil vere meir enn ein månad skal kommunen snarast mogleg sende eit førebels svar med opplysning om årsaka til at henvendinga ikkje kan behandlast tidlegare, og når ei avgjersle i saka kan ventast»

Stord kommune sin kommentar:

Når Stord kommune sitt søknadsskjema er nytta, er slikt samtykke sikra systematisk. I søknadsskjema står som følger:

*"Ved å senda inn denne søknaden samtykker du til at Stord kommune kan handsama personopplysningar og helseopplysningar om deg, dela opplysningar om deg til relevant personell og henta inn opplysningar om deg som er nødvendig for å handsama søknaden din."*

(-tekst henta frå søknadsskjema som ligg som PDF på heimesida)

Ei spørjing i kommunen sitt journalsystem på det som gjeld sakshandsamingstider for 2024, ser slik ut:

Sakshandsamingstid i 2024 heile Tildelingskontoret:

Søknad innvilga: 22 dagar

Søknad avslått: 59 dagar

Søknad avslutta utan behandling: 63 dagar

Gjennomsnittleg sakshandsamingstid: 27 dagar

Sakshandsamingstid i 2024 Psykisk helse og rus:

Søknad innvilga: 27 dagar

Søknad avslått: 88 dagar

Søknad avslutta utan behandling: 75 dagar

Gjennomsnittleg sakshandsamingstid: 31 dagar

*Kulepunkt 3 og 4:*

*«Det blir i liten grad brukt individuell plan (IP) for å sikre samordning og koordinering av tenester for vaksne brukarar med samansette rus- og/eller psykiske*

*helseutfordringar i Stord kommune. Det er etablert system og retningslinjer for arbeid med IP og rolla som koordinator i kommunen, men det er ikkje etablert system og rutinar i Eining for psykisk helse og rus som sikrar at brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester blir informert om rett til å søke om IP og koordinator. Undersøkinga viser også at det i liten grad er praksis for at IP blir brukt for relevante brukarar i eininga. På undersøkingstidspunktet var det éin aktiv IP for brukar av tenester i eininga. Deloitte vil understreke at brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester har rett på IP, og at kommunen må sikre at dei får informasjon om dette.»*

*«Deloitte registrerer at det i undersøkinga blir vist til at det av fleire årsaker kan vere krevjande med IP for denne brukargruppa, og at kommunen gjerne søker å sikre samarbeid mellom tenestene for den enkelte brukar gjennom t.d. samarbeidsmøte mellom tenestene. Deloitte meiner at dette verkar føremålstenleg dersom brukar har fått informasjon om rett til IP, men ikkje ønsker dette. Deloitte vil samtidig påpeike at det bør etablerast system og rutinar for desse prosessane og samhandlinga for enkeltbrukarar, slik at kommunen tilbyr eit likeverdige tilbod for alle brukarane med behov for langvarige- og koordinerte tenester.»*

Stord kommune sin kommentar:

IP vert lite nytta for denne brukargruppa i Stord kommune og det er plan og forbetningsrom for å i større grad opplysa om opplysa om rett til og nytte av slik plan. Andre tiltak som kriseplanar og ansvarsgrupper blir brukt og fungerer erfaringsmessig godt for brukargruppa

**Kulepunkt 5:**

*«Stord kommune sikrar i hovudsak at brukarar får psykisk helse- og rustenester dei har vedtak på. Brukarane med enkeltvedtak på tenester får tildelt primær- og sekundærkontakt som skal sikre at brukarane får tenestene dei har vedtak på. Deloitte merker seg samtidig at det ikkje er etablert rolle- og oppgåveskildring for rolla som primær- og sekundærkontakt for alle avdelingane i eining for psykisk helse og rus som har tenester som krev enkeltvedtak, og vil påpeike at det skal gå tydeleg fram korleis ansvar og oppgåver er fordelt (jf. § 6 a. i forskrift om leiing og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene)»*

Stord kommune sin kommentar:

Dels framkjem rolleskildring i eininga sitt kart over mynde, dels er det fleire tenester i eininga som ikkje er omfatta av enkeltvedtak og av denne årsak ikkje har ordning med primærkontakt.

**Kulepunkt 7**

*«Undersøkinga indikerer at det er utfordringar knytt til kapasitet ved Tildelingskontoret og at dette mellom anna fører til at det i periodar er lang ventetid på behandling av søknadar om tenester innan Eining for psykisk helse og rus. Det går også fram at det ikkje alltid blir fatta nytt vedtak eller avslutta vedtak på tenester på tross av at det blir sendt endringsmelding frå utførareining til Tildelingskontoret.*

*Deloitte vurderer at dette ikkje er i samsvar med krav i forvaltningslova om at kommunen skal førebu og avgjere saker utan ugrunna opphald, samt krav i pasient – og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven som slår fast at tenester skal iverksettast innan forsvarleg tid, altså frå det tidspunktet brukar sine behov tilseier det (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1). Deloitte registrerer at kommunen har sett i verk ein prosess for å sikre betre samhandling mellom Tildelingskontoret og Eining psykisk helse og rus, noko som etter Deloitte si vurdering verkar nødvendig.»*

Stord kommune sin kommentar:

**«Stord kommune har ikkje etablert tilstrekkeleg system og rutiner for å sikre medverknad frå brukarar og eventuelle pårørande innan helse- og rustenester»**

Kulepunkt 1

*«Stord kommune legg i all hovudsak til rette for at brukarane av psykisk helse- og rustenestene, og eventuelt deira pårørande, kan medverke ved tildeling og evaluering av tenester til den enkelte brukar. Det er etablert skjema og retningslinjer som viser til at medverknad skal praktiserast i kartlegging og dagleg samhandling og at det skal vera tema i individuelle møter med brukar. Undersøkinga indikerer at brukarar av tenestene i praksis får kome med innspel og tilbakemelding på eigne tenester, men det er samtidig ikkje etablert prosedyrar eller liknande som tydeleggjer korleis til dømes tenestene skal arbeide recoverybasert, korleis ein skal involvere pårørande ved tildeling og evaluering av tenester mv. Deloitte meiner derfor at kommunen i større grad bør sikre at det er etablert prosedyrar eller liknande som er med å bidrar til at brukarar av psykisk helse- og rustenestene, og eventuelt pårørande medverkar ved utforming eller endring av tenestetilbodet (jf. § 3 i kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstenester).»*

Stord kommune sin kommentar:

I kartleggingskjema som vert nytta per i dag, er det eit eige punkt om næraste pårørande. Praksis er at pårørande vert involvert ved tildeling og evaluering av tenester dersom tenestemottakar ynskjer det. Det er per i dag ikkje eit skriftleg, systematisk verktøy for involvering av pårørande.

Ansvarsgruppemøte vert nytta systematisk. Dette er også ein arena der hjelparar og nettverket til brukar treffes jamnleg og strukturert. Dette er eit fora der det i stor grad vert lagt vekt på brukarperspektivet og "kva er viktig for deg".

Kulepunkt 2

*«Kommunen har i liten grad etablert system og rutinar for å jamleg hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring frå brukarar og pårørande. Undersøkinga viser at det blei gjennomført brukarundersøking blant brukarar av tenestene i 2024, og at førre brukarundersøking blei gjennomført i 2015. Det er på revisjonstidspunktet ikkje aktivt brukarråd eller andre typar brukarorganisasjonar der brukarane kan kome med samla tilbakemeldingar og innspel. Det er vidare ikkje*

*etablert system og rutinar for å dokumentere eller hente innspel frå pårørande eller pårørandeorganisasjonar til bruk i eininga sitt forbetringsarbeid. Deloitte vil påpeike at eining psykisk helse og rus har plikt til å evaluere verksemda, og at kommunen må sikre at det blir brukt innspel og erfaringar frå brukarar og pårørande i dette arbeidet (jf. § 8 d. i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten).»*

Stord kommune sin kommentar:

Stord kommune nyttar verktøyet "www.bedrekommune.no" til brukar- og pårørandeundersøkingar. Rutine for undersøking tilseier at RHO skal gjennomføra dette annan kvart år, men dei siste åra er det falt ut grunna t.d. pandemi.

Hausten 2024 blei det gjennomført brukar- og pårørandeundersøking i fleire einingar, også for brukarar av tenestene i eininga psykisk helse og rus. Det blei sendt ut informasjonsskriv med oppmoding om deltaking slik at me kan evaluera og forbetra tenestene våre. Diverre var svarprosent låg, men resultatet gjev likevel eit bilete av korleis brukarane opplever tilbødet dei får, og personlege meldingar frå brukarane gjev oss verdifull tilbakemelding.

Stord, 12.05.2025

Med helsing

Anne Karin Fossdal  
Kommunalsjef

Brevet er godkjent elektronisk og har difor inga underskrift

# Vedlegg 2: Revisjonskriterium

## Innleiing

Revisjonskriteria har blitt henta frå og utleia av autorative kjelder, rettsreglar, politiske vedtak og fastsette retningslinjer.

## Internkontroll

Kommunelova § 25-1 slår fast at kommunedirektøren har ansvar for internkontrollen i kommunen og at internkontrollen skal vere systematisk og tilpassa verksemda sin storleik, eigenart, aktivitetar og risikoforhald. I samsvar med § 25-1 skal kommunedirektøren:

- a) utarbeide ei skildring av verksemda sine hovudoppgåver, mål og organisering
- b) ha nødvendige rutinar og prosedyrar
- c) avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik
- d) dokumentere internkontrollen i den forma og det omfanget som er nødvendig
- e) evaluere og ved behov forbetre skriftlege prosedyrar og andre tiltak for internkontroll

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten tydeleggjer kva plikter kommuneleiinga har når det gjeld planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av helse- og omsorgstenestene. Når det gjeld planlegging, skal kommunen mellom anna ha oversikt og skildre verksemda sine mål, oppgåver, aktivitetar og organisering. Det skal vere tydeleg korleis ansvar, oppgåver og mynde er fordelt og korleis det vil bli arbeidd systematisk for kvalitetsforbetring. Kommunen er vidare ansvarleg for å hente inn tilstrekkeleg informasjon, ha oversikt over relevant regelverk o.l., ha oversikt over kvar i verksemda det er risiko for svikt eller mangel på etterleving, og ha oversikt over medarbeidarane sin kompetanse og behov for opplæring.

## Kommunen sitt ansvar for helse- og omsorgstenester

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om nødvendige helse- og omsorgstenester. I andre ledd i same paragraf går det fram at kommunen sitt ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper, inkludert personar med psykisk sjukdom og rusmiddelproblem.

Kommunane står i utgangspunktet fritt til å organisere tenesteapparatet slik dei sjølve meiner er mest føremålstenleg, men dei har ansvar for å samordne tenestene sine. § 3-4 i helse- og omsorgstenestelova set krav til at dei kommunale helse- og omsorgstenestene skal samarbeide med andre tenesteytarar dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukaren eit heilskapleg og samordna tenestetilbod.

Regjeringa har i 2023 presentert Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)<sup>55</sup>, og har med denne planen valt ut tre innsatsområde for tiårs-perioden: 1) helsefremmande og førebyggjande psykisk helsearbeid, 2) gode og tilgjengelege tenester der folk bur og 3) tilbodet til personar med langvarige og samansette behov. Under kvart av innsatsområda er det utvalde

---

<sup>55</sup> Helse og omsorgsdepartementet. Meld. St.23. Opptappingsplan for psykisk helse (2023 – 2033). Melding til Stortinget. Tiltråding frå Helse- og omsorgsdepartementet 9. juni 2023, godkjent i statsråd same dag.

tematiske område med tiltak. Det er vidare etablert 8 resultatmål for perioden, mellom anna at innbyggjarane i alle kommunar har tilgang til kunnskapsbaserte lågterskeltilbod innan psykisk helse og rus.

### **Augeblikkeleg hjelp – døgnopphald**

Samhandlingsreforma har som mål å bygge ut tenester der folk bur, og det er derfor stilt krav om at kommunane skal tilby døgnopphald for augeblikkeleg hjelp. Kravet til døgnopphald går fram av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd, der det står at kommunen skal sørge for tilbod om døgnopphald for helse- og omsorgstenester til pasientar og brukarar med behov for augeblikkeleg hjelp. Det er presisert at plikta gjeld for dei pasientar og brukarar som kommunen har moglegheit til å utrede, behandle eller yte omsorg.

### **Forsvarlege tenester**

I § 4-1 i helse- og omsorgstjenesteloven blir krav til forsvarlege helse- og omsorgstenestene i kommunen omtalt. Her går det fram at kommunen skal leggje til rette tenestene på ein måte som gjer at personell som utfører tenestene skal vere i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter og at tilstrekkeleg fagkompetanse blir sikra i tenestene (§ 4-1 d).

Lov om helsepersonell § 4 omhandlar forsvarlegheit. Her går det fram at

*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjoner for øvrig.*

Vidare går det fram at § 16 at

*Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.*

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene går det vidare fram at verksemda skal sørge for at medarbeidarar i verksemda har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, rettleiarar og styringssystem.

I Helsedirektoratet sin rettleiar til forskrifta<sup>56</sup> blir det vist til at det er øvste leiar sitt ansvar å sørge for eit system som sikrar at medarbeidarane har kunnskap og ferdigheiter til å utføre oppgåvene sine, og at dette føreset at verksemda jamleg gjennomfører kartlegging av kompetanse, rekrutterer medarbeidarar med rett kompetanse og sørger for at dei får tilstrekkeleg opplæring og etter- og vidareutdanning.

### **Tenestetilbod til personar med utfordringar knytt til rus- og psykisk helse**

Fleire personar med rusutfordringar har også samtidige psykiske lidningar. Helsedirektoratet skriv på sine nettsider at den nasjonale rettleiar om Psykisk helse- og rusarbeid for vaksne bør ligge til grunn for utvikling og forbetring av lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.<sup>57</sup> Helsedirektoratet presiserer at kommunen har ansvar for at innbyggjarar som har eit

---

<sup>56</sup> Helsedirektoratet. Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift. Publisert 17.02.2017. Sist faglig revidert 29.10.2018.

<sup>57</sup> Helsedirektoratet. Psykisk helse- og rusarbeid for voksne. Nasjonal veileder. Veilederen er en revisjon og faglig oppdatering av Sammen om mestring. Siste faglige endringer 26.02.2025.

rusmiddelproblem og/eller psykiske problem og lidningar får utgreiing, diagnostisering og behandling. Ved behov skal kommunen vise brukarane til spesialisthelsetenesta.

I rettleiar om psykisk helse- og rusarbeid for vaksne blir det peikt på nokre grunnleggjande prinsipp for kommunane sitt psykiske helse- og rusarbeid for vaksne:

- at dei er kunnskapsbasert og har høg kvalitet
- tilpassing til lokale forhold og behov
- lett tilgjengeleg
- tenester der dei tilsette har eit heilskapleg perspektiv på den einskilde sine levekår og livskvalitet i møte med brukarar og pasientar
- førebyggjande for somatisk sjukdom og tidleg død

Kommunen sine psykiske helse- og rustenester skal sørge for at den som har alvorlege, langvarige problem og lidningar får heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester. Tenestene blir tilbydd saman med fastlegen, spesialisthelsetenesta, andre relevante aktørar og brukaren eller pasienten sjølv. Tenestene skal ved behov vere tilgjengelege og så fleksible at pasienten klarer å nytte seg av tilbodet.

### **Pakkeforløp for psykisk helse og rus**

I september 2018 blei dei første pakkeforløpa for psykisk helse og rus lansert. Dette er ein nasjonal strategi som har som målsetting å bidra til at brukarane får ei enda betre helseteneste, og skal legge til rette for gode individuelle behandlingsforløp gjennom betre samhandling mellom sektorane, klare ansvarsforhold og gode overgangar. I nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus<sup>58</sup> går det fram at kommunen skal sikre nødvendig oppfølging både før, under og etter behandling i spesialisthelsetenesta for pasientar med behov for koordinerte og samtidige tenester. Det blir vidare anbefalt at kommunane gjer seg kjent med innhaldet i pakkeforløpa og inngår samarbeid med spesialisthelsetenesta for å avklare rollar og ansvar i dette arbeidet.

Ein forløpskoordinator skal vere med å sikre god oppfølging og tilpassa behandling av den enkelte og sikre at tenestene blir levert utan unødvendig ventetid.

Kommunane sine oppgåver i det forløpskoordinerande arbeidet i kommunen er å:

- *informere, veilede og gi råd til pasient og/eller foreldre, ev. pårørende om nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus*
- *samarbeide med forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten*
- *sikre helhetlig oppfølging med utgangspunkt i pasient/bruker mål, ressurser og behov*
- *sikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, samt andre relevante tjenesteytere*
- *sikre samordning av tjenestetilbudet*

---

<sup>58</sup> Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. *Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. Nasjonal faglig retningslinje. Utgitt 03/2012.

- *initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til koordinering og ev. individuell plan*
- *følge opp, evaluere og oppdatere individuell plan*
- *forberede og koordinere aktuelle tiltak/tilbud i kommunen i god tid før utskrivning, mellom planlagte opphold og under poliklinisk behandling<sup>59</sup>*

Kommunen bestemmer sjølv korleis arbeidet med koordinering skal organiserast og kva instans som skal ha dette ansvaret, som til dømes koordinerande eining for rehabilitering. Koordinerande eining i kommunen har overordna ansvar for koordinatorene for pasientar og brukarar som har behov for langvarige og samansette tenester. Dette omfattar også pasientar innan pakkeforløp psykisk helse og rus som har behov for koordinering. Det er eit leiaransvar å sørge for koordinering. Informasjon om ansvarleg eining bør kome fram på nettsidene til kommunen/bydelen med nødvendig kontaktinformasjon.

- For personar som allereie har behandlar/koordinator innan psykisk helse og rus i kommunen, er det naturleg at denne personen ivaretek arbeidet med koordinering.
- For personar som ikkje har kontakt med ein behandlar/koordinator innan psykisk helse og rus i kommunen, bør det kome fram av kommunen sine nettsider kontaktinformasjon om kven som har ansvar for å sikre vidare oppfølging.

### Individuell plan

Det kjem fram av § 4-1a i helse- og omsorgstjenesteloven at for å sikre forsvarlege helse- og omsorgstenester skal kommunen tilrettelegge for at den enkelte pasient eller brukar får eit heilskapleg og koordinert helse- og omsorgstenestetilbod.

I samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 skal kommunen ha ei koordinerande eining som «skal ha eit overordna ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinator [...]». Ansvaret inneber mellom anna at eininga skal ta imot meldingar om behov for individuell plan, samt å sørge for at det blir utarbeidd rutinar og prosedyrar for dette arbeidet.

Kommunen si plikt til å utarbeide individuell plan og koordinere planarbeidet gjeld for pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester, jf. helse- og omsorgstjenestelova § 7-1 og pasient- og brukarrettighetsloven § 2-5. Med behov for langvarige tenester blir det meint at behovet må vere av ei viss varigheit, sjølv om det ikkje treng å strekke seg over eit bestemt tal månadar eller år. Behov for koordinerte tenester inneber at pasienten eller brukaren har behov for fleire helse- og/eller sosialtenester samtidig, og at desse bør sjåast i samanheng.

I §7-1 i helse- og omsorgstjenestelova går det fram at kommunen skal utarbeide ein individuell plan for pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester. Kommunen skal samarbeide med andre tenesteytarar om planen for å bidra til eit heilskapleg tilbod for den enkelte. Dersom ein pasient eller brukar har behov for tilbod både etter helse- og omsorgstjenestelova og spesialisthelsetjenestelova eller psykisk helsevernlova, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidd individuell plan, og at planarbeidet blir koordinert

---

<sup>59</sup> Helsedirektoratet. Forløpskoordinering i spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Under § 19 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator framgår det kva som skal vere hovudpunkt i ein individuell plan:

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

Også i den nasjonale faglege retningslinja for utgreiing, behandling og oppfølging av personar med samtidig ruslidning og psykisk lidning<sup>60</sup> blir det tilrådd at det blir laga plan for samordning og koordinering av tenester også for dei som ikkje ønskjer individuell plan.

### **Brukarmedverknad**

Brukaren si rett til medverknad og informasjon går fram av kapittel 3 i pasient- og brukerrettighetsloven. Det står mellom anna i § 3-1 at

*Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester ...*

*Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud.*

*Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.*

I § 3-3 første ledd, blir informasjon til brukaren sine næraste pårørande omtalt:

*Dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukers nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukers helsetilstand og den helsehjelp som ytes.*

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten blir det utdjupa kva som ligg i kommunen si plikt til å evaluere helse- og omsorgstjenestene (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1). Under § 8 bokstav d) i forskrifta står det at plikta til å evaluere

---

<sup>60</sup> Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. *Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. Nasjonal faglig retningslinje. Utgitt 03/2012. Sist revidert juni 2022.

verksemdas aktivitetar inneber å vurdere verksemda basert på pasientar, brukarar og pårørande sine erfaringar.

I rettleiaren til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten<sup>61</sup> går det fram følgjande knytt til § 8 om "bruk av erfaringar frå pasientar, brukarar og pårørande":

*Helse- og omsorgstjenestene er til for pasientene, brukerne og pårørende. Det er derfor viktig å ta utgangspunkt i deres behov og vurderinger når tjenester skal evalueres og utvikles. Hvordan virksomheten vurderes av pasienter, brukere og pårørende gir viktig informasjon om utfordringer og hvilke områder som det eventuelt må jobbes med for å bedre kvaliteten og pasient- og brukersikkerheten. Øverste leder har ansvaret for å sikre at pasienter, brukere og pårørende blir involvert i evalueringen av virksomheten. Ledelsen må systematisk gjennomgå og drøfte resultatene av faste evalueringer, som PasOpp, klager og andre tilbakemeldinger. Forbedringer som skal gjennomføres bør ta utgangspunkt i det som er viktig for pasienter, brukere og pårørende, og de bør aktivt være med i forbedringsarbeidet*

I Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse<sup>62</sup>, blir det anbefalt at pårørande bør så langt som mogleg involverast i behandling og oppfølging når brukaren ønsker det (anbefaling 5) og at moglegheit for å involvere pårørande bør revurderast kontinuerleg i behandlingsforløpet (anbefaling 6). Det blir vidare anbefalt at nære pårørande (vaksne og barn) bør kartleggast med tanke på eigne hjelpebehov og få tilbod om nødvendige støttetilbod uavhengig av behova til den enkelte brukaren (anbefaling 7).

---

<sup>61</sup> Veileder til forskrift om leiing og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Kapittel 6. <http://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

<sup>62</sup> Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling. Nasjonal faglig retningslinje. Utgitt 03/2012. Sist revidert juni 2022.

# Vedlegg 3: Sentrale dokumenter og litteratur

## Lov og forskrift

- Kommunal- og distriktsdepartementet. Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-2018-06-22-83
- Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30.
- Justis- og beredskapsdepartementet. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). LOV-1967-02-10
- Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63
- Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om habilitering og rehabilitering og koordinator. FOR-2011-12-16-1256

## Forarbeid, rundskriv, rettleiarar mv.

- Helsedirektoratet. Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift. Publisert 17.02.2017. Sist faglig revidert 29.10.2018.
- Helsedirektoratet. Psykisk helse- og rusarbeid for voksne. Nasjonal veileder. Veilederen er en revisjon og faglig oppdatering av Sammen om mestring. Siste faglige endringer 26.02.2025.
- Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. *Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. Nasjonal faglig retningslinje. Utgitt 03/2012.
- Helsedirektoratet: Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020

## Dokument frå kommunen

- Stord kommune. Plan for rehabilitering, helse og omsorg 2022-2031. Vedtatt i kommunestyret september 2022.
- Stord kommune. Mål for folkehelsearbeidet i Stord kommune 2024-2028. Ikkje datert
- Stord kommune. *Strategisk kompetanseplan for rehabilitering, helse og omsorg i Stord kommune*. Januar 2024
- Stord kommune. Årsbudsjett og økonomiplan 2025-2028. Vedtatt i kommunestyret 28.11.2025 i PS 88/2024.
- Stord kommune. Årsmelding og årsrekneskap 2023. Vedtatt i kommunestyret 17.06.2025 i PS 50/2024.
- Stord kommune. *Tilsette i psykisk helse og rus og deira kompetanse*. Ikkje datert.

- Stord kommune. *Avtale mellom NAV og Sosial og førebyggjande tenester ved Probis i høve akuttbustad i Stord kommune.* Ikkje datert.
- Stord kommune. *Retningslinjer for tildeling av kommunal bustad i Stord kommune.* Ikkje datert.
- Stord kommune. Særavtale til tenesteavtale nr.4 mellom kommunane Bømlo, Stord og Fitjar og Helse Fonna HF. Avtale om kommunane sitt tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgnopphald. Revidert i 2017
- Stord kommune. Avtale om samarbeid for LAR- tenestetilbod i Stord kommune mellom Stord kommune (SK) og Helse Fonna v/Stord DPS (SDPS). Datert: 08.07.2022.
- Stord kommune. *Prosedyre for samhandlingsavvik Helse fonna, intern prosedyre.* Ikkje datert.
- Stord kommune. *MAS- Mellom alle stolar.* Sist oppdatert: 28.10.2024.
- Stord kommune. Kartleggingsrutine for Tildelingskontoret og Eining for psykisk helse og rus.
- Stord kommune. Kartleggingsskjema. Skjema er revidert mai 2019.
- Stord kommune. Eining for psykisk helse og rus. Kartleggingsskjema – som vert nytta ved søknad om helse- og omsorgstenester. Ikkje datert.
- Stord kommune. *Korleis starte opp med individuell plan?* Sist revidert: 09.12.2020.
- Stord kommune. *Handbok for koordinatorar i Stord kommune.* Revidert: 09.12.2020.
- Stord kommune. *Møteleiing-ansvarsgruppe, koordinering og individuell plan.* Ikkje datert.
- Stord kommune. Tildelingskontoret- Prosedyre for kva utførareining som skal gi teneste. Ikkje datert
- Stord kommune. Primær/sekundærkontaktmappa. Ikkje datert
- Stord kommune. Oppgåver for primærkontaktar i Ambulant team 1. Ikkje datert.
- Stord kommune. RHO: brukaren sin rett til medverknad. Ikkje datert.
- Stord kommune. Strategi for brukarmedverknad i planlegging og utvikling av tenester og tiltak Stord kommune. Ikkje datert.

### Andre kjelder

- Helse Fonna. Tenesteavtalar og særavtalar.  
<https://www.helse-fonna.no/samarbeidsavtalar>



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NSE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see [www.deloitte.no](http://www.deloitte.no) for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's 330,000 people make an impact that matters at [www.deloitte.no](http://www.deloitte.no).

© 2025 Deloitte AS