

Forvaltningsrevisjon av psykisk helsetjeneste | Bergen kommune

August 2020

«Forvaltningsrevisjon av psykisk
helsetjeneste»

August 2020

Rapporten er utarbeidet for Bergen
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen,
5892 Bergen
tlf: 55 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Sammendrag

Deloitte har i samsvar med bestilling fra kontrollutvalget i Bergen kommune gjennomført en forvaltningsrevisjon av psykisk helsetjeneste i kommunen. Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om Bergen kommune har etablert et tilfredsstillende tilbud om psykiske helsetjenester. Undersøkelsen omfatter i all hovedsak en gjennomgang av system og rutiner, der vi har sett på stikkprøver for å se hvordan enkelte rutiner er ivaretatt i praksis.

Som datagrunnlag har Deloitte benyttet dokumentanalyse, intervju og stikkprøver. Forvaltningsrevisjonen ble gjennomført fra august 2019 til juni 2020. I den samme perioden ble tjenestene reorganisert fra bydelsvise resultatenheter til en fordeling av resultatenheter på byområder. I tillegg har det blitt opprettet en ny resultatenhet for *bosentre med institusjonsrammer*. Omorganiseringsprosessen har pågått siden slutten av august 2019. Datainnsamlingen ble i all hovedsak ferdigstilt før COVID-19 tiltakene ble satt i verk og gjenspeiler derfor situasjonen før disse tiltakene tredde i kraft.

System for oppfølging av etablerte mål for psykisk helsearbeid i Bergen kommune

Etat for psykisk helse og rustjenester (EPHRT) i Bergen kommune er organisert under Byrådsavdeling for arbeid, sosial og bolig (BASB). Bergen kommune har satt mål og krav for arbeidet med psykisk helsetjeneste gjennom planverk slik som Plan for psykisk helse 2016-2020, budsjettmål, og årsoppdrag. Selv om byrådsavdelingen på ulike måter følger opp mål og krav som er satt, mener Deloitte at oppfølgingen burde vært mer systematisert og dokumentert.

Når det gjelder oppfølging av Plan for psykisk helse mener Deloitte at det ikke har blitt gjennomført en oppfølging i samsvar med det som ble bestemt når planen ble vedtatt. Også årsoppdragene fra byrådsavdelingen (BASB) til etaten (EPHRT) kunne blitt fulgt opp mer systematisk. Årsoppdragene er til dels overordnet i sin karakter, og for 2020 hadde ikke oppdraget blitt distribuert per mai 2020. Det gjennomføres årlig resultatoppfølgingsmøte mellom kommunaldirektør i BASB og EPHRT for å følge opp årsoppdrag, men det har frem til nå ikke blitt ført referat fra disse møtene, noe som ikke er i samsvar med Bergen kommunes rammeverk for internkontroll som sier at styringsdialogen mellom byrådsavdelinger og underliggende enheter skal være dokumenterbar. Undersøkelsen viser at det er gjennomført risikovurdering på nivå 1 i byrådsavdelingen sammen med etatene. Risikovurderingene omfatter i liten grad psykisk helsetjenester og det er ikke gjennomført risikovurdering for psykisk helse i regi av EPHRT. Deloitte mener at det i risikoanalysene i enda større grad bør fremkomme hvor det er risiko for manglende måloppnåelse og regeletterlevelse innen psykiske helsetjenester. Deloitte merker seg at etaten har begynt å benytte risikomodulen i det nye kvalitetssystemet, og at resultatene er i gang med å benytte dette. Dette arbeidet er ikke ferdigstilt.

Resultatene innen psykisk helsetjeneste rapporterer i stor grad på mål og krav som er satt for arbeidet i resultatene til etaten. Særlig de årlige driftsoppfølgingsmøtene blir av flere vist til som gode. Undersøkelsen viser samtidig at ikke alle opplever at mangler som kommer frem gjennom driftsoppfølgingen i tilstrekkelig grad har blitt fulgt opp systematisk av etaten i etterkant. Deloitte merker seg at dette skal følges opp bedre fremover og det blir vist til at det i 2019 har blitt gjennomført oppfølging av noen tema og enheter basert på det som kommer frem. Deloitte mener at systematikk for etterkontroll kan bli enda bedre og vil her vise til at etterkontroll er et viktig verktøy for alle myndighetsnivå i Bergen kommunen sitt internkontrollrammeverk for å sikre at tjenestene leveres i samsvar med overordnede føringer.

Undersøkelsen viser at det kan være utfordrende å sikre helt likeverdige tjenester på tvers av resultatene. Etaten har etablert formelle fora der det blant annet legges til rette for **erfaringsdeling** mellom resultatene. Felles forvaltningsenhet og sammenslåing av resultatene fra mars 2020 er også tiltak som skal medvirke til likeverdige tjenester på tvers av bydelene. Likevel blir det vist til at det kan være utfordrende - både fordi vurderinger kan være personavhengige, men også fordi tilbudet i de ulike bydelene kan være noe forskjellig. Dette understreker etter Deloitte vurdering viktigheten av felles system og rutiner for å sikre at man har en felles tilnærming som bygger på beste praksis på tvers av resultatene. Deloitte merker seg at etaten er i gang med et arbeid med å beskrive sentrale arbeidsprosesser med tilhørende rutiner og prosedyrer i Bk Kvalitet (kommunes felles kvalitetssystem),

men at dette arbeidet er ikke er ferdigstilt. Deloitte vil i denne forbindelse vise til at en god risikovurdering av tjenestene med hensyn til hvor det er behov for felles system og rutiner vil være et viktig verktøy for å sikre at man dekker de områder hvor det er størst risiko for manglende måloppnåelse, kvalitet og regeletterlevelse.

Kommunale tilbud til psykisk syke

Kommunen har etablert flere ulike tilbud til personer som har behov for psykiske helsetjenester. Noen av disse er lovpålagte, andre ikke.

Forvaltningsenheten for psykisk helse fatter vedtak om **individuell oppfølging** for brukere av psykiske helsetjenester (referert til som PSS). Tilbudet vil være individuelt tilpasset og kan gis i form av ulike tiltak slik som samtaler, støtte, eksponeringsbehandling og koordinering av ulike tjenestetilbud. Undersøkelsen gir ikke indikasjoner på at det ikke blir gitt tilbud til de som har behov for individuell oppfølging. Deloitte merker seg at kommunen også har etablert et tilbud for dem som ønsker oppfølging, men som ikke kvalifiserer for vedtak om dette (referert til som PSYOPP). I 2019 var det 1245 personer som mottok individuell oppfølging fra psykiske helsetjenester i Bergen (inkluderer både lovpålagt og ikke lovpålagt oppfølging). For alle brukere er det etablert en primærkontakt i sin respektive bydel. Undersøkelsen viser samtidig at det har vist seg sårbart for brukerne med én kontaktperson dersom det for eksempel er utskifting av personell. Undersøkelsen viser også at det er ulik praksis og varierende bruk av oppfølgingsplaner, samarbeidskontrakter o.l. i resultatene som er undersøkt. Resultatene har også i ulik grad utarbeidet maler, sjekklister eller retningslinjer for hvordan de skal gå frem i dette arbeidet. Deloitte merker seg at arbeidet med beskrivelser av arbeidsprosesser og tilhørende rutiner og prosedyrer i Bk Kvalitet ikke er ferdigstilt. Det er i liten grad lagt inn prosedyrer og rutiner for de ulike stegene i arbeidsprosessene. Deloitte påpeker derfor at felles retningslinjer og rutiner for hvordan dette arbeidet skal gjennomføres vil være med å sikre at likeverdige tjenester og at beste praksis blir etablert i alle resultateneheter.

Bergen kommune har etablert flere ulike **botilbud** for brukere med psykiske helseutfordringer som er tilpasset brukergrupper med ulike behov. Undersøkelsen viser at det er venteliste for å få tildelt plass i flere av botilbudene for psykisk syke, og at det finnes eksempel på at brukere har stått på venteliste i opptil to år for å få bolig som er tilpasset deres behov. Det blir i denne sammenheng vist til at det er utfordringer knyttet til at mange brukere blir boende i tilrettelagte boliger i betydelig lengre tid enn det som er ønskelig fra kommunens side, og at målet om å øke antall nye beboere i tilrettelagte botilbud er dermed ikke oppnådd. Det kommer frem i undersøkelsen at resultateneheter i for liten grad evaluerer endrede behov for tilrettelagt botilbud og at det ikke i tilstrekkelig grad blir satt i verk tiltak for å motivere brukerne til å bo mer selvstendig/få et tilbud på et annet omsorgsnivå.

Undersøkelsen viser at det er etablert en rekke tilbud for å bistå og følge opp brukere både i egen bolig og i kommunalt tilrettelagt bolig, slik som for eksempel vedtak om praktisk bistand i hjemmet. Oppfølging i bolig er tjenester som også ytes av andre byrådsavdelinger. Deloitte merker seg at det i Boligmelding 2014–2020 blir vist til et behov for en helhetlig gjennomgang av booppfølgingstjenestene i kommunen. Dette er etter det Deloitte er kjent med ikke gjennomført, selv om det er gjennomført innledende møter knyttet til dette. Denne undersøkelsen understreker behovet for en slik gjennomgang av grenseflatene mellom de ulike tjenestene med hensyn til oppfølgingstjenester i bolig ettersom det blir påpekt utfordringer knyttet til samarbeidet mellom resultateneheter i EPHRT og andre tjenesteytere i kommunen som har tjenester i grensesnittet opp mot hverandre. Deloitte vil understreke at et sentralt mål for arbeidet med psykisk helse er å sikre helhetlig og koordinert samarbeid med hjelpeinstanser for brukere i boligene (jf. Plan for psykisk helse 2016-2020) og mener at det er viktig at kommunen gjennom retningslinjer, aktuelle samarbeidsarenaer og -avtaler tydeliggjør hvilken rolle de ulike aktørene har og når de ulike aktørene skal involveres.

Bergen kommune har etablert **aktivitetssentre med dagtilbud** for mennesker med psykiske vansker i alle de bydelsvise resultateneheter. Undersøkelsen gir ingen indikasjoner på at aktivitetssentrene ikke fungerer etter hensikten. Deloitte vil likevel påpeke at det er betydelig variasjon i om, hvordan og i hvor stor grad aktivitetshusene informerer brukerne og eventuelle nye brukere, om tilbud, aktiviteter og ansatte på aktivitetshusene. Deloitte vil understreke viktigheten av å formidle riktig og tilstrekkelig informasjon om tilbud og aktiviteter til brukerne av aktivitetssentrene, slik at dette bidrar til at nye og etablerte brukerne har anledning til å delta i tilbudene og holde seg oppdatert på eventuelle endringer.

EPHRT har per i dag ikke et eget tilbud om **støtte til meningsfullt arbeid** til brukerne med psykiske helseutfordringer. Det kommer frem at tilbud om meningsfylt arbeid er et av områdene kommunen ønsker å satse på gjennom prosjektet VIP2025. Undersøkelsen viser at det i dag finnes et tilbud gjennom oppsøkende behandlingsteam/FACT-team, men at ikke alle er omfattet av dette. Det skal etter planen ansettes jobbspesialister/IPS-kordinator i resultatenehetene, men per i dag er det bare ansatt en IPS-kordinator på etatsnivå.

Som en del av arbeidet med meningsfullt arbeid er det i plan for psykisk helse 2016-2020 satt mål om antall **medarbeidere med brukererfaring**. Undersøkelsen viser at både etaten og alle resultateneheter har ansatt medarbeidere med brukererfaringer

Vedtak om tjenester i samsvar med sentrale krav i forvaltningsloven

Undersøkelsen viser at EPHRT er i ferd med å utarbeide beskrivelser av arbeidsprosesser med tilhørende rutiner og prosedyrer for behandling og vurdering av søknader om psykiske helsetjenester. Deloitte merker seg at etaten viser til prosedyrer og veiledere som i utgangspunktet er knyttet til pleie og omsorgstjenester. Deloitte mener det må tydeliggjøres i disse rutinene om de også gjelder for saksbehandling i EPHRT. Deloitte mener også at det mangler viktige rutiner som omhandler sentrale deler ved saksbehandlingen av psykiske helsetjenester, og mener at dokumentering av slike rutiner bør inngå i etatens videre arbeid med å etablere arbeidsprosesser og rutiner i Bk Kvalitet. Manglende skriftlige rutiner er ikke i samsvar med krav til god internkontroll og utgjør en risiko for ulik praksis i saksbehandlingen mellom ulike saksbehandlere, og eventuelt brudd på regelverk. Deloitte vil spesielt peke på at flere søknader om tjenester blir avsluttet uten vedtak dersom søker ikke møter til vurderingssamtale. Det er Deloittes vurdering at den som har søkt om tjenester må få svar på søknad i form av vedtak i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2. Deloitte forstår at det kan være utfordrende at søker ikke møter til vurderingssamtale og at dette kan svekke beslutningsgrunnlaget. Kommunen må likevel bruke de opplysninger som foreligger, og fatte vedtak på bakgrunn av dette. Eventuelt avslag vil gi søker klagerett. For å sikre riktig og lik praksis bør behandling av slike saker eksplisitt fremgå av kommunens rutiner for saksbehandling.

Det fremgår av stikkprøvekontrollen at saksbehandlingstiden for 9 av de 20 gjennomgåtte vedtakene var på over fire uker, men det ble bare sendt ut foreløpig svar i to av disse tilfellene. Det er Deloittes vurdering at kommunens praksis i disse tilfellene bryter forvaltningslovens § 11 a som stiller krav om at det sendes foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av fire uker etter at den er mottatt. Deloitte merker seg også at etaten i verifisering viser til at det ikke er rutine for å sende ut foreløpig svar i saker hvor et eksisterende vedtak løper videre under saksbehandlingstiden. Deloitte mener at kravet om foreløpig svar også gjelder denne søkergruppen, og at dersom søker har behov for nye/endrede tjenester skal søknad om dette behandles i samsvar forvaltningsloven § 11a. I de to foreløpige svarene som Deloitte har gjennomgått fremgår det begrunnelse (manglende kapasitet), men det blir ikke gitt informasjon om hvor lang tid saksbehandlingen er forventet å ta. Deloitte mener at Bergen kommune må gjøre en gjennomgang for å vurdere om det kan iverksettes tiltak for å sikre raskere saksbehandlingstid og for å sikre at foreløpige svar sendes ut, og at disse opplyser søkeren om forventet saksbehandlingstid dersom saksbehandlingen tar mer enn fire uker. For å sikre riktig og lik praksis bør krav til foreløpig svar i slike saker eksplisitt fremgå av kommunens rutiner for saksbehandling

Samhandling mellom tjenestene for brukere med behov for koordinerte tjenester

Personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en **individuell plan (IP)**. Dette er et viktig verktøy for å etablere god samhandling mellom tjenestene for brukere med behov for koordinerte tjenester.

Bergen kommune har etablert styrende dokumenter for utarbeiding av IP som er tilgjengeliggjort for alle ansatte. Undersøkelsen indikerer likevel at disse retningslinjene ikke i tilstrekkelig grad er gjort kjent i alle resultatenehetene i EPHRT. EPHRT arbeider systematisk med å tilby IP til brukere i målgruppen. Resultatenehetene rapporterer også jevnlig gjennom styringskortet hvor mange brukere som henholdsvis takker ja eller nei til IP, og hvem som er i målgruppen for IP. Samtidig er det et mindretall av brukerne som har fått utarbeidet IP. Per desember 2019 var det i underkant av 30 % av aktuelle brukere som hadde fått utarbeidet IP. Undersøkelsen viser at det er en del brukere i målgruppen for IP som velger å takke nei til IP, og at det blir nevnt at det er flere av disse som ville hatt god nytte av en IP. Videre fremgår det av undersøkelsen at det er varierende hvor godt fordelene ved å bruke IP blir formidlet til brukere. Deloitte

mener at kommunen må vurdere konkrete tiltak for å få etablert IP for enda flere brukere som har behov for det.

Bergen kommune har etablert styrende dokumenter for utarbeiding av IP som er tilgjengeliggjort for alle ansatte. Undersøkelsen indikerer at disse retningslinjene ikke i tilstrekkelig grad er gjort kjent i resultatenehetene i EPHRT.

For de som skal få utarbeidet en IP skal det også utnevnes en koordinator. Det er etablert tre **koordinerende enheter** i kommunen som blant annet arbeider med utnevning av koordinator for brukere som har behov for flere av kommunens tjenester på tvers av etater og byrådsavdelinger. To av de tre resultatenehetene som er undersøkt har ikke etablert samarbeid med disse koordinerende enhetene og har ikke i særlig grad kjennskap til koordinerende enhet i sitt byområde. Undersøkelsen indikerer videre at det er ikke i tilstrekkelig grad er tydeliggjort roller, oppgaver og ansvar når det gjelder IP og tildeling av koordinator i EPHRT.

Gjennomgåtte planer viser at flere av IP-ene er mangelfulle, og at ikke alle planene er i samsvar med kravene om hva som skal være hovedpunkter i en individuell plan (jf. § 19 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator). Deloitte får opplyst at det kan være at brukerne selv ikke ønsker at alt skal fylles ut. Dersom årsakene til at IP-er mangler informasjon er at brukerne selv har valgt at informasjonen ikke skal fremgå av planen, bør dette presisere i planen på de punktene dette gjelder. Det er også Deloitte vurdering at det ikke er tilstrekkelig systematikk i evalueringene som gjøres av de individuelle planene for å sikre at tiltakene som er igangsatt er hensiktsmessige og har ønsket effekt.

Undersøkelsen viser videre at det er tilfelle av feilrapportering når det gjelder hvor mange brukere som har aktiv IP i den ene resultateneheten.

Bruker- og pårørendeinvolvering

Psykiske helsetjenester i Bergen kommune arbeider etter **recovery-filosofien** som har som prinsipp å involvere brukerne slik at de selv kan uttrykke hva de har behov for og hva deres ressurser og mål er. Undersøkelsen indikerer at resultatenehetene opplever gode resultater ved å arbeide recoverybasert, men det blir vist til et behov for klargjøring når det gjelder praktisk bruk av recovery i enhetene. Deloitte vil fremheve at det er viktig å sørge for at det er tydeliggjort for alle ansatte hva det vil innebære å i tilstrekkelig grad ta hensyn til brukernes behov ved utforming av tjenestene. Undersøkelsen indikerer videre at det kan være utfordrende å arbeide recoverybasert med de sykeste brukerne, og at noen brukere kan oppleve bekymring som følge av utfordring på selvstendighet.

EPHRT gjennomfører jevnlig **brukerundersøkelser** for å undersøke brukertilfredshet. Undersøkelsene gjennomført i 2015 og 2017 viser at majoriteten av brukerne som svarer på undersøkelsen oppgir at de får den hjelpen de trenger, blir møtt med respekt og at tjenesten de mottar gir dem trygghet. Også brukerne som Deloitte har intervjuet i forbindelse med denne undersøkelsen gir uttrykk for at brukerne er fornøyd med tjenestene. Samtidig er det en mindre andel i brukerundersøkelsen som opplever at de ikke får den hjelpen de trenger, og Deloitte vil understreke viktigheten av at kommunen arbeider systematisk med resultatene av brukerundersøkelsene slik at disse tilbakemeldingene kan benyttes i forbedringsarbeidet i tjenestene.

Bergen kommune tilrettelegger for **brukermedvirkning** både på system- og tjenestenivå. Undersøkelsen viser at det i stor grad er lagt til rette for brukernes medbestemmelse med hensyn til hvilke aktiviteter som tilbys på aktivitetssentrene, og at brukerrådene har en aktiv rolle i samsvar med styrende dokument for tjenestene. Deloitte registrerer at det i varierende grad blir avholdt beboermøter i boligene i resultatenehetene, og at det er noe varierende deltagelse på de møtene som blir gjennomført. Deloitte mener at det bør gjøres en vurdering av om det kan legges til rette for at det gjennomføres slike møter med tilstrekkelig oppmøte fra beboerne i alle enhetene. Ansettelse av medarbeidere med brukererfaring er ett av tiltakene som skal fremme brukerdemokrati i de kommunale psykiske helsetjenestene. Det er ansatt medarbeidere med brukererfaring på alle nivå i etaten, men antallet medarbeidere med brukererfaring er noe synkende i slutten av 2019. Dette er en trend som ikke er i samsvar med kommunens mål om å øke antall medarbeidere med brukererfaring i etaten.

Bergen kommune legger til rette for **involvering av pårørende og oppfølging av barn som pårørende** innen psykiske helsetjenester blant annet gjennom at det blir stilt krav om systematisk arbeid på området

ved oppnevning av pårørendeansvarlig og barneansvarlige i hver enhet. Det var på revisjonstidspunktet ikke oppnevnt en pårørendeansvarlig i alle resultatenehetene, noe som ikke er i samsvar med kommunens retningslinjer. Undersøkelsen viser videre at det er ulik praksis i de tre undersøkte resultatenehetene når det gjelder de barneansvarliges rolle og oppgaver, og i hvilken grad de veileder og formidler informasjon til ansatte som kommer i kontakt med barn som pårørende. Dette kan øke risiko for ulik praksis for oppfølging av barn som pårørende. Deloitte merker seg at det er andel barn som ikke har fått gjennomført samtale med ansatte i resultateneheten, uten at det blir vist til manglende samtykke. Deloitte vil understreke viktigheten av å gjennomføre samtale med alle barn som pårørende så fremt det er identifisert et behov og det foreligger samtykke. I de tilfellene slik samtale er identifisert som nødvendig, men likevel ikke blir gjennomført, må dette bli tilstrekkelig dokumentert og begrunnet for å sikre at alle barn med behov blir fulgt opp. Deloitte merker seg i forlengelsen av dette at tiltak for barn ikke alltid har blitt inkludert i foreldrene sine kriseplaner slik det er lagt opp til i plan for psykisk helse.

Deloitte anbefalinger er å finne i kapittel 8

Innhold

Sammendrag	3
1. Innledning	11
2. Psykisk helsetjeneste i Bergen kommune	14
3. System for oppfølging av etablerte mål	18
4. Etablering av kommunale tilbud	37
5. Vedtak om tjenester	59
6. Arbeidet med individuell plan	69
7. Involvering av brukere og pårørende	77
8. Konklusjon og anbefalinger	90
Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	93
Vedlegg 2 : Sentrale dokumenter og litteratur	96

Detaljert innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1. Innledning	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Formål og problemstillinger	11
1.3 Avgrensning	12
1.4 Metode	12
1.5 Revisjonskriterier	13
2. Psykisk helsetjeneste i Bergen kommune	14
2.1 Organisering	14
2.2 VIP2025	14
2.3 Omorganisering fra mars 2020	14
3. System for oppfølging av etablerte mål	18
3.1 Problemstilling	18
3.2 Revisjonskriterier	18
3.3 Byrådsavdelingens oppfølging av strategi, mål og krav	20
3.4 Rapportering fra resultatenehetene og oppfølging på dette av EPHRT	25
3.5 System, rutiner og erfaringsdeling for å sikre likeverdige tjenester på tvers av resultatenehetene	30
4. Etablering av kommunale tilbud	37
4.1 Problemstilling	37
4.2 Revisjonskriterier	37
4.3 Individuell oppfølging	38
4.4 Bolig og oppfølging i bolig	45
4.5 Aktivitetstilbud	52
4.6 Støtte til å delta i meningsfullt arbeid	56
5. Vedtak om tjenester	59
5.1 Problemstilling	59
5.2 Revisjonskriterier	59
5.3 Vedtak om tjenester	60
6. Arbeidet med individuell plan	69
6.1 Problemstilling	69
6.2 Revisjonskriterier	69
6.3 Organisering av arbeidet med individuell plan	70
6.4 Etablering av individuell plan	75
7. Involvering av brukere og pårørende	77
7.1 Problemstilling	77
7.2 Revisjonskriterier	77
7.3 Brukernes opplevelse av tilbudet	78
7.4 Brukermedvirkning	80
7.5 Tilpassing av tilbud etter brukernes behov	83
7.6 Tilrettelegging for involvering av pårørende og barn	85
8. Konklusjon og anbefalinger	90
Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	93
Vedlegg 2 : Sentrale dokumenter og litteratur	96

Figurer

Figur 1: Organisering av EPHRT frem til 1. mars 2020	16
Figur 2: Organisering av EPHRT etter 1 mars 2020	17

Figur 3: Arbeidsprosess for utføring av ambulante tjenester/tjenester i hjemmet (PSS, PBH og HSY)	39
Figur 4: Arbeidsprosess for tjenester utenfor hjemmet (PSYOPP)	40
Figur 5: Oversikt venteliste juli-desember 2019	47
Figur 6: Tertialvis utvikling 2019: andel brukere av psykisk helsetjeneste som er i arbeid	57
Figur 7: Brukerundersøkelse 2015/2017: Kvalitet i tjenesten	79
Figur 8: Medbestemmelse i hverdagen	84

Tabeller

Tabell 1: Hovedmål for arbeid med psykisk helse 2016 - 2020	20
Tabell 2: Mål for psykisk helse i handlings- og økonomiplan 2019-2022	22
Tabell 3: Eksempel på oppdrag og tiltak fra oppdragsnotat 2019	23
Tabell 4: Ansvar for kvalitetsarbeid i EPHRT	33
Tabell 5: Andel brukere med PSS og PSYOPP i 2019	40
Tabell 6: Kategorier av botilbud	46
Tabell 7: Bostatus for søkere på venteliste desember 2019	47
Tabell 8: Tjenester som kan ytes i boligtilbudene	49
Tabell 9: Andel faste brukere i regelmessige aktivitetstilbud tredje tertial 2019	54
Tabell 10: Informasjon om aktivitetssenter i de tre resultatenehetene på Bergen kommunes hjemmesider	54
Tabell 11: Kriterier for psykiatrisk hjemmesykepleie	61
Tabell 12: Antall søknader, avslag, klager på avslag og avsluttede saker uten behandling 2018 og 2019	61
Tabell 13: Saksbehandling av ny søknad om bolig	63
Tabell 14: Stikkprøve av vedtak: foreløpig svar	66
Tabell 15: Oversikt over mål, deltagere og koordinator	73
Tabell 16: Oversikt over bidrag i planarbeidet, tiltak, ansvar og gjennomføring	73
Tabell 17: Rapportering på individuell plan 2019	75
Tabell 18: Utvikling i antall medarbeidere med brukererfaring innen psykisk helse 2018-2019	82
Tabell 19: Samtaler med barn av brukere i psykisk helse-enhetene	87

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av psykisk helsetjeneste i Bergen kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Bergen kommune i sak 18/88. Oppstart av prosjektet var august 2019.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke om tilbudet om psykisk helsetjenester i Bergen kommune er tilfredsstillende. Med bakgrunn i formålet er det utarbeidet følgende problemstillinger som har blitt undersøkt:

1. I hvilken grad er det etablert et tilfredsstillende system for oppfølging av etablerte mål for psykisk helsearbeid i Bergen kommune

- Hvordan følges strategi, mål og krav knyttet til kvalitet i psykisk helsetjeneste opp av byrådsavdelingen?
- I hvilken grad rapporteres det fra enhetene for psykisk helse på de krav som er satt, og hvordan følges dette opp av Etat for psykisk helse og rustjenester?¹
- I hvilken grad er det etablert system og rutiner, samt lagt til rette for erfaringsdeling for å sikre likeverdige tjenester på tvers av resultatene?²

2. I hvilken grad har kommunen etablert et tilfredsstillende tilbud for psykisk syke når det gjelder

- Bolig og oppfølging i bolig
- Individuell oppfølging
- Aktivitetstilbud
- Støtte til å delta i meningsfullt arbeid

3. I hvilken grad er vedtak om tjenester i samsvar med sentrale krav i forvaltningsloven?

4. I hvilken grad er det lagt til rette for god samhandling mellom tjenestene for brukere med behov for koordinerte tjenester?

- I hvilken grad er arbeidet med individuell plan organisert på en hensiktsmessig måte?
- I hvilken grad er det etablert individuell plan for brukere med psykiske vansker og med behov for koordinerte tjenester?

5. I hvilken grad har tjenestene en systematisk tilnærming til bruker- og pårørendeinvolvering i tildeling og evaluering av tjenestetilbudet?

- Hvordan opplever brukerne tilbudet?
- I hvilken grad medvirker brukerne i utformingen av innholdet i tilbudene?
- I hvilken grad er tilbudet tilpasset brukernes behov?
- Hvordan legges det til rette for involvering av pårørende og barn?

¹ Deloitte har endret på denne delproblemstillingene for å tydeliggjøre ansvarsdelingen. Opprinnelig ordlyd var: b) *I hvilken grad rapporteres det fra enhetene for psykisk helse på de krav som er satt, og hvordan følges dette opp av byrådsavdelingen.* Etter som etat for psykisk helse og rustjenester er på organisert på nivå 2 i byrådsavdelingen blir det mer presist å referere direkte til etaten.

² Deloitte har her slått sammen delproblemstillingene *Hvordan sikrer byrådsavdelingen at en får delt erfaringer på tvers av tjenester for å sikre best mulig kvalitet i tjenestene?* og *Er det etablert system og rutiner som sikrer likeverdige tjenester uavhengig av hvilken bydel brukerne bor i?*

1.3 Avgrensning

Forvaltningsrevisjonen er avgrenset til Bergen kommunes psykiske helsetjenester for voksne, og omhandler ikke ev. forebyggings- eller oppfølgingstilbud for barn og unge, for eksempel forebyggende arbeid utført av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Forvaltningsrevisjonen omfatter heller ikke rustjenester, kriseteam, behandling som blir gitt av fastlege, spesialisthelsetjenesten (DPS, BUP eller andre enheter under helseforetaket) eller eventuelle private behandlingstilbud.

1.4 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001) og kvalitetssikring er underlagt kravene til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual (DPM).

Oppstartsmøte ble holdt i august 2019 og forvaltningsrevisjonen er gjennomført frem til juni 2020.

1.4.1 Dokumentanalyse

Rettsregler og kommunale vedtak er gjennomgått og har blitt benyttet som revisjonskriterier. Videre er informasjon om kommunen og dokumentasjon på interne rutiner, regelverk m.m. blitt samlet inn og analysert. Innsamlet dokumentasjon har blitt vurdert opp mot revisjonskriteriene.

Det har blitt hentet inn dokumentasjon både fra overordnet nivå i kommunen og fra tre utvalgte resultatenheter; Psykisk helse Arna/Åsane, Psykisk helse Fyllingsdalen og Psykisk helse Årstad.

1.4.2 Intervju

For å få supplerende informasjon til skriftlige kilder har Deloitte intervjuet utvalgte personer fra byrådsavdelingen for arbeid, sosial og bolig (BASB).³ Fra nivå 1 i byrådsavdelingen har Deloitte hatt ett fellesintervju med seksjonssjef for økonomi og administrasjon og seksjonssjef for rus, sosial og psykisk helse⁴.

I etat for psykisk helse og rustjenester har Deloitte intervjuet etatsdirektør og leder for forvaltningsenhet for psykisk helse.⁵ Det er videre gjennomført intervjuer med enhetsledere og fagansvarlige i de tre utvalgte resultatenehetene⁶: Psykisk helse Arna/Åsane, Psykisk helse Fyllingsdalen og Psykisk helse Årstad. I tillegg har vi gjennomført intervju med tre brukerrepresentanter i to av de tre resultatenehetene⁷, til sammen to intervju med tre brukere.

Til sammen har Deloitte gjennomført 11 intervju med 13 personer.

1.4.3 Stikkprøvegjennomgang

Deloitte har gjennomført stikkprøvekontroll av

- enkeltvedtak om psykisk helsetjenester
- individuelle planer

Basert på anonymiserte oversikter fra de tre resultatenehetene, har vi valgt ut 21 enkeltvedtak og 18 individuelle planer. I stikkprøvekontrollen har vi undersøkt om innholdet i enkeltvedtaket/planen samsvarer med krav i regelverket.

³ Byrådsavdelingen har endret navn i løpet av revisjonsperioden. Før oktober 2019 var navnet byrådsavdeling for bolig, sosial og inkludering (BSBI).

⁴ Seksjonen endret tittel fra sosial, velferd og inkludering til sosial og velferd i løpet av revisjonsperioden. Deloitte registrerer at tidligere seksjonssjef for sosial, velferd og inkludering har endret tittel til seksjonssjef for rus, sosial og psykisk helse.

⁵ Den intervjuede lederen for forvaltningsenhet for psykisk helse gikk av med pensjon mot slutten av revisjonsperioden.

⁶ I Årstad gjennomførte Deloitte intervju med vikarierende fagleder.

⁷ Det var utfordrende å få brukerrepresentanter til å stille i intervju i den tredje bydelen.

Utvalgte enkeltvedtak ble skannet og anonymisert av forvaltningsenheten og overrekket til Deloitte i form av papirdokument. Individuelle planer ble sendt elektronisk til Deloitte i anonymiserte utgaver.

1.4.4 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju er sendt til de som er intervjuet for verifisering og det er informasjon fra de verifiserte intervjureferatene som er benyttet i rapporten.

Datadelen av rapporten er sendt til byrådsavdeling for arbeid, sosial og bolig ved kommunaldirektør, samt etat for psykisk helse og rustjenester ved etatsdirektør for verifisering. Faktafeil er rettet opp i endelig versjon. Høringsutkast av rapporten er sendt til kommunen for uttalelse. Høringsuttalelsen fra byråd for arbeid, sosial og bolig er å finne i vedlegg 1 til rapporten.

1.5 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteriene i hovedsak hentet fra Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) med forskrifter og veiledere, Lov om pasient- og brukerrettigheter og Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven).

Kriteriene er nærmere presentert innledningsvis under hvert tema.

2. Psykisk helsetjeneste i Bergen kommune

2.1 Organisering

Etat for psykisk helse og rustjenester (EPHRT) i Bergen kommune er organisert under **Byrådsavdeling for arbeid, sosial og bolig** (BASB). Organiseringen av EPHRT frem til 1. mars 2020 fremgår av organisasjonskartet i figur 1 (på side 16).⁸ Etatsadministrasjonen er ledet av en etatsdirektør som har en stab bestående av blant annet kvalitetsrådgiver, økonomirådgiver og personalrådgiver. Etaten har ansvar for flere underliggende resultatenheter som gir tjenester innenfor områdene rus og psykisk helse. EPHRT skal følge opp resultatenhetenes håndtering av fag, økonomi, personal og administrasjon, og skal videre sikre at resultatenheten gir tjenester i henhold til gjeldende lov- og regelverk, innen tildelte økonomiske rammer og i henhold til retningslinjer fra BASB.

Da revisjonen startet opp i 2019 var det seks **resultatenheter for psykiske helsetjenester**: Psykisk helse Arna/Åsane, Psykisk helse Bergenhus, Psykisk helse Fana/Ytrebygda, Psykisk helse Laksevåg, Psykisk helse Fyllingsdalen og Psykisk helse Årstad. Hver resultatenehet har en mindre administrasjon som er ledet av en resultatenehetsleder, og resultatenehetene har ansvar for de underliggende avdelingene *psykiatritjeneste, aktivitetssenter, boteam*⁹ og *bofelleskap*. Noen resultateneheter har også ansvar for bosenter, MO-senter og andre botilbud (mer om ulike botilbud i kapittel 4).

Resultatenhetene er fra mars 2020 organisert som byområdene nord, sør, vest og sentrum, og fremgår av figur 2 på side 17.

Forvaltningsenheten for psykisk helse inngår som en egen resultatenehet under EPHRT. Forvaltningsenheten behandler søknader og fatter vedtak om individuell oppfølging og tilrettelagte botilbud innen psykisk helse på vegne av alle resultatenehetene. Forvaltningsenheten for psykisk helse ble skilt fra forvaltningsenheten for pleie og omsorg i 2012, og har i dag 17 ansatte fordelt på 15,2 årsverk. De ansatte er blant annet leder, jurist¹⁰, en merkantil stilling, fem saksbehandlere, fem medarbeidere med ansvar for støttekontakter, samt lønnsmedarbeidere med ansvar for utbetaling av godtgjørelse til støttekontaktene i tjenestene.

2.2 VIP2025

Program for innovasjon, digitalisering og effektivisering (IDE-programmet) startet opp i BASB i 2019, og et av de sentrale prosjektene tilknyttet IDE-programmet er *vekst og innovasjon i psykisk helse 2025* (VIP 2025). Det har blant annet blitt opprettet arbeidsgrupper i forbindelse med VIP 2025, og disse består av faglederne i hver resultatenehet sammen med medarbeiderne med brukererfaring. Dette er et tjenesteutviklingsprosjekt som skal gå over tre år og arbeidsgruppene har ansvar for gjennomgang av ulike tema. Arbeidsgruppene startet opp med sitt arbeid 01.08.2019.

VIP 2025 skal også sørge for utviklings- og omstillingsarbeid i etaten.

2.3 Omorganisering fra mars 2020

Resultatenhetene fra 1. mars 2020 organisert inn i byområder: Psykisk helse Bergen Nord, Psykisk helse Bergen Sentrum, Psykisk helse Bergen Sør og Psykisk helse Bergen Vest.¹¹ Omorganiseringsprosessen med å slå sammen psykisk helse i byområder samt å opprette en ny resultatenehet for *bosentre med institusjonsrammer* har pågått siden slutten av august 2019. Denne omorganiseringen har medført at etaten har redusert fra seks resultateneheter til fem resultateneheter innen psykisk helse. Som en følge av dette har etaten gjennomført en omstillingsprosess for enhetsledere, fagledere og stabsansatte

⁸ Resultatenhetene er fra mars 2020 organisert som byområdene nord, sør, vest og sentrum.

⁹ Boteam følger opp hjemmeboende personer med psykiske lidelser

¹⁰ Juristen fungerer også som leders stedfortreder

¹¹ Psykisk helse Bergen Nord består av tidligere Psykisk helse Arna/Åsane og Psykisk helse Bergen Sør består av tidligere psykisk helse Fana/Ytrebygda. Psykisk helse Bergen Vest er en sammenslåing av psykisk helse Laksevåg og psykisk helse Fyllingsdalen, mens Psykisk helse Bergen Sentrum er en sammenslåing av psykisk helse Bergenhus og psykisk helse Årstad.

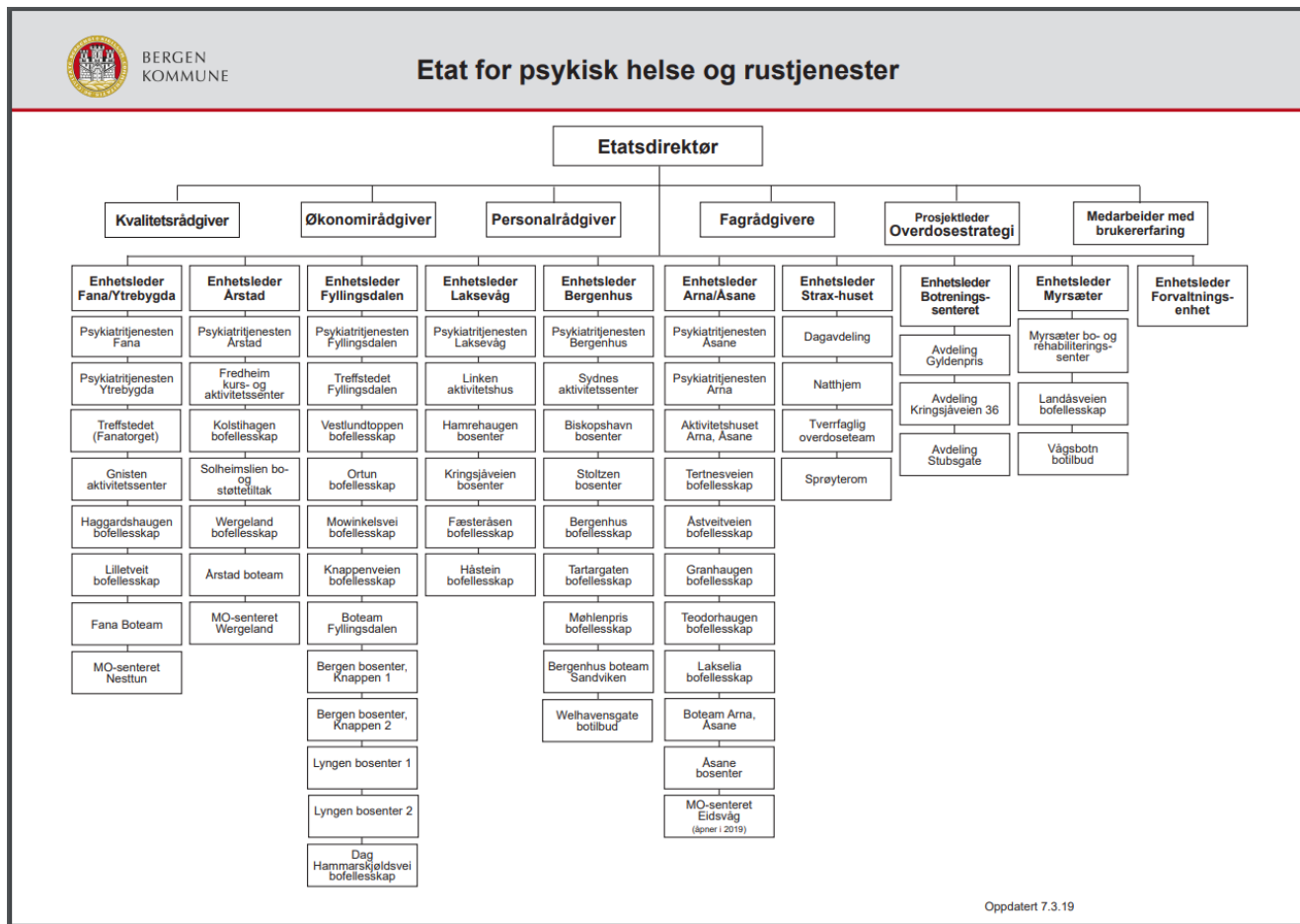
(økonomikonsulenter, lønnskonsulenter, personalkonsulenter og merkantile) i de seks aktuelle resultatenheter.¹²

Hovedoppgavene til byområdene er å yte lovpålagte helse- og omsorgstjenester, herunder:

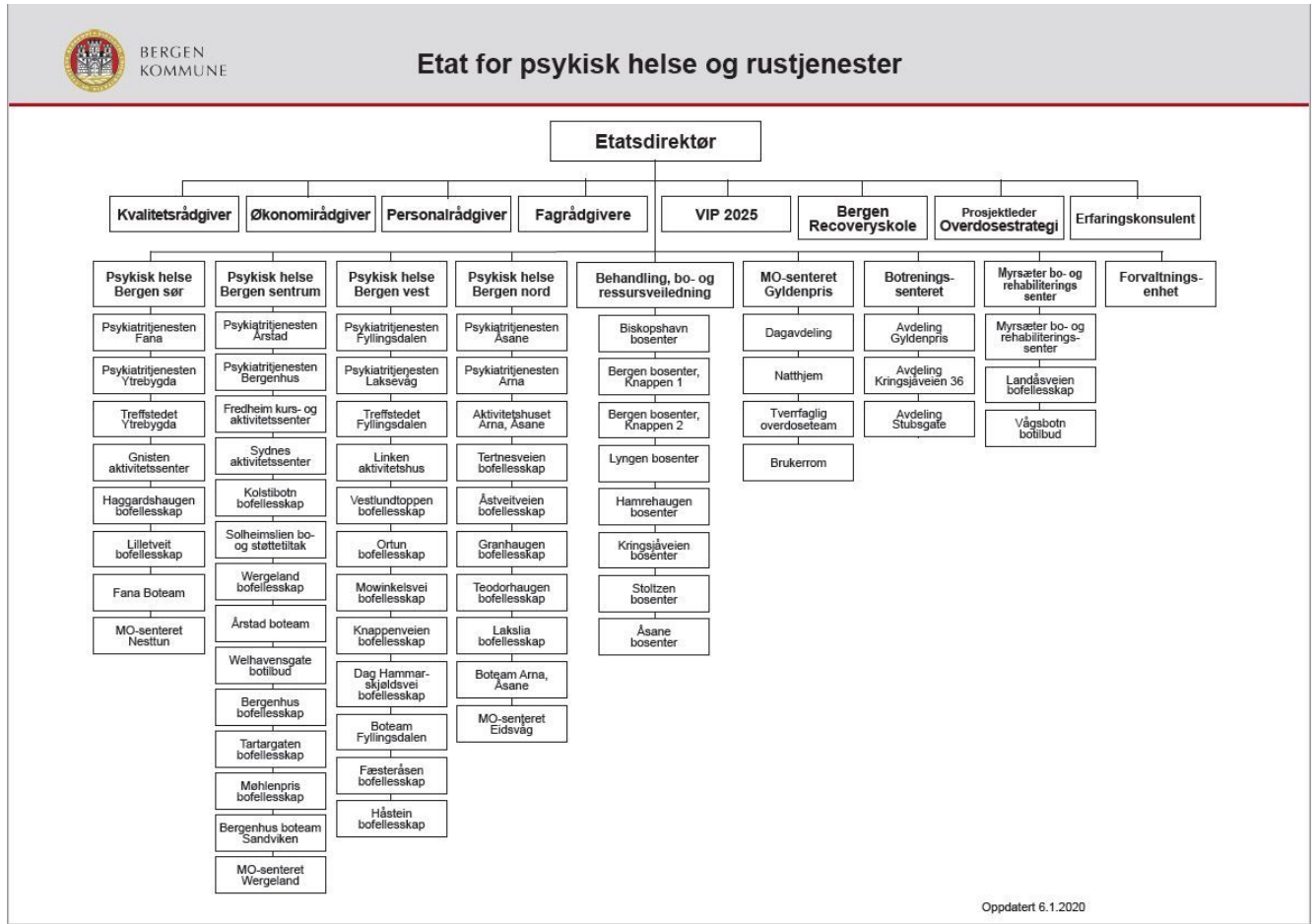
1. Helsetjenester i hjemmet (ambulerende tjenester) (jf. HOL 3-2. 6a).
2. Psykososial beredskap og oppfølging (jf. HOL 3-2. 3d)
3. Drift av tilrettelagte botilbud som en kommunal serviceytelse
4. Aktivitets- og gruppetilbud til psykisk syke

¹² Totalt 26 ansatte.

Figur 1: Organisering av EPHRT frem til 1. mars 2020



Figur 2: Organisering av EPHRT etter 1 mars 2020



3. System for oppfølging av etablerte mål

3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

I hvilken grad er det etablert et tilfredsstillende system for oppfølging av etablerte mål for psykisk helsearbeid i Bergen kommune?

Under dette:

- Hvordan følges strategi, mål og krav knyttet til kvalitet i psykisk helsetjeneste opp av byrådsavdelingen?
- I hvilken grad rapporteres det fra enhetene for psykisk helse på de krav som er satt, og hvordan følges dette opp av Etat for psykisk helse og rustjenester?
- I hvilken grad er det etablert system og rutiner, samt lagt til rette for erfaringsdeling for å sikre likeverdige tjenester på tvers av resultatenehetene?¹³

3.2 Revisjonskriterier

3.2.1 Kommunens ansvar for brukergruppen

§ 3-1 i helse- og omsorgstjenesteloven omtaler kommunen sitt ansvar for helse- og omsorgstjenester. Her står det at

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

3.2.2 Krav om styring av virksomheten

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd fremgår det at kommunens ansvar for nødvendig helse- og omsorgstjenester innebærer en plikt til å «planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.»

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten tydeliggjør hvilke plikter kommuneledelsen har når det gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av helse- og omsorgstjenestene (jf. §§ 6 til 9 i forskriften). Ifølge § 3 i forskriften har den som har det overordnede ansvaret for virksomheten ansvar for at det blir etablert og gjennomført systematisk styring av aktivitetene i virksomheten.

Videre fremgår følgende av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5:

Styringssystemet, jf. pliktene i § 6 – § 9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

§ 8 i forskriften omhandler plikten til å evaluere og sier blant annet at dette innebærer å kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres og at det skal vurderes om gjennomføringen

¹³ Deloitte har her slått sammen delproblemstillingene *Hvordan sikrer byrådsavdelingen at en får delt erfaringer på tvers av tjenester for å sikre best mulig kvalitet i tjenestene?* og *Er det etablert system og rutiner som sikrer likeverdige tjenester uavhengig av hvilken bydel brukerne bor i?*

er «egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen ...» (jf. § 8 del a) og b)). Videre står det under § 8 at kommunen skal

Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at de fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuierlig forbedring av virksomheten (§ 8 f)

Helsedirektoratet har gitt ut en veileder til forskriften.¹⁴ Innledningsvis fremgår det blant annet at kvalitet i denne sammenhengen innebærer at «tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt».

Veilederen slår videre fast følgende om § 8 a) i forskriften og plikten til å kontrollere at oppgaver og planer gjennomføres:

Øverste leder har ansvaret for at virksomheten kontrollerer at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres som planlagt. Plikten innebærer en selvstendig aktivitet fra den ansvarlige ved for eksempel å etterspørre status, følge med på målinger og resultater og sikre at frister for arbeidet overholdes

... Hyppighet og omfang av kontroll må tilpasses den enkelte virksomhet og tjenestene som ytes. Momenter ved vurderingen vil blant annet være om tjenestene som ytes er særlig risikofylte, om det har blitt innført en ny rutine, nye lovkrav eller lignende.

Videre viser veilederen til øverste leders ansvar når det gjelder § 8 b) og plikten til å vurdere effekt av gjennomføring:

Øverste leder har ansvaret for at virksomheten vurderer om oppgaver, tiltak, planer og målinger blir gjennomført på en forsvarlig og systematisk måte, i henhold til lovgivningen, og om det har ønsket effekt. Dette forutsetter kunnskap om hvordan oppgaver utføres i virksomheten, og oversikt over hvilke krav som stilles i regelverk, retningslinjer og styringskrav.

3.2.3 Bergen kommunes retningslinjer for internkontroll

Bergen kommune har etablert et rammeverk for internkontroll¹⁵ som beskriver ansvar og roller for ulike nivå i kommunen med hensyn til internkontroll.

Det fremgår i dette rammeverket at Bergen kommune benytter balansert målstyring i hele virksomheten som styringsprinsipp.

Om styringsdialogen mellom byrådsavdelinger og underliggende enheter fremgår det at denne skal være dokumenterbar gjennom fastsettelse av mål og resultatkrav i årsoppdrag/lederavtaler, risikovurderinger, møtereferater etc.

Det skal ifølge rammeverket gjøres skriftlige risikoanalyser både sentralt i byrådsavdelingene og i de underliggende enhetene. Risikokartlegginger og risikovurderinger (risikostyring) skal sikre at ressurser prioriteres til områder av virksomheten hvor sannsynlighet for og konsekvens av svikt, feil eller mangler er størst. Risikoanalyser sentralt i byrådsavdelingene vil danne grunnlag for prioritering av hvilke områder/enheter som skal følges opp fra byrådsavdelingsnivå.

Det blir videre vist til at byrådsavdelingene og deres underliggende enheter har myndighet til og ansvar for å sette i verk nødvendige, målrettede interkontrolltiltak på eget myndighets- og ansvarsområde. Tiltakene kan rette seg mot både systemer, arbeidsdeling og praksis. Dette kan være:

- tiltak som virker **forebyggende**, det vil si legger grunnlaget for rett ressursbruk gjennom utvikling av systemer og arbeidsdeling

¹⁴ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

¹⁵ Internkontroll i Bergen kommune. Overordnet rammeverk. Byråds sak 1401 /14. Deloitte er kjent med at dette rammeverket er under revisjon.

- tiltak som virker i samtid gjennom oppfølging av praksis og **løpende egenkontroll**
- **etterkontroller** som legger til rette for korrigerende og kontinuerlig forbedring av systemer og praksis (intern etterkontroll/revisjon)

3.3 Byrådsavdelingens oppfølging av strategi, mål og krav

3.3.1 Datagrunnlag

Etat for psykisk helse og rustjenester (EPHRT) har tre hovedkilder for sine mål: **planverk, budsjett og årsoppdrag**. Etatsdirektøren for EPHRT opplyser at både budsjettmål og årsoppdrag følger planverket.

3.3.1.1 Planverk

Bergen kommune har vedtatt *Plan for psykisk helse 2016–2020. Gode liv i et inkluderende samfunn*.¹⁶ Plan for psykisk helse setter tre hovedmål for kommunens arbeid med psykisk helse i tidsperioden. Målene fremgår i tabell 1 under:

Tabell 1: Hovedmål for arbeid med psykisk helse 2016 - 2020

Nr.	Målsetting
1	Å forebygge psykiske helseproblemer gjennom et bevisst helsefokus i all kommunal planlegging og virksomhet.
2	Å gi lett tilgjengelig og virksom hjelp til personer med lette og moderate psykiske lidelser.
3	Å fremme personlig vekst, selvstendighet og god mestring av dagliglivet for personer med alvorlige eller langvarige psykiske lidelser.

I planen er det videre elleve tema med til sammen 82 delmål for fireårsperioden. Det fremgår at *Plan for psykisk helse* omfatter alt arbeid knyttet til psykisk helse i Bergen kommune, og at noen av målene i planen dermed ligger til andre deler av kommunen enn EPHRT, for eksempel pleie og omsorgstjenestene. Deler av planen omhandler også prioriteringer og skal følges opp av nivå 1 i byrådsavdelingene, og ikke bare etaten.

Det fremgår av punkt 3 i vedtaket om *Plan for psykisk helse 2016–2020* at «det etableres et system for oppfølging av planen, med et årlig møte der de ulike byrådsavdelingene og etatene som har deltatt i å utarbeide planen møtes og rapporterer om status for arbeidet». Under punkt 6 i vedtaket fremgår det videre at «Bystyret orienteres om den videre oppfølgingen av planen med løypemeldinger to ganger i perioden».

Deloitte har merket seg at det har blitt lagt frem én statusrapport så langt i perioden, og at denne ble lagt frem for Bergen Bystyre 30. januar 2019. Deloitte får opplyst at det ikke har blitt gjennomført årlige møter der byrådsavdelingene og etatene møtes og rapporterer om status i arbeidet med plan for psykisk helse. Det blir opplyst om at byrådsavdelingene og etatene møttes i oktober 2018 for å utarbeide statusrapport som ble lagt frem for bystyret i januar 2019. Det opplyses videre at byrådsavdelingen jevnlig har hatt tosidig kontakt med etatene om oppfølgingspunktene, men ikke i et samlet møte. I forbindelse med verifisering av rapporten opplyser BASB at det arbeides med å ta stilling til om det skal lages en melding om de psykiske helsetjenestene, eller om neste statusrapport vil bli en del av et nytt planarbeid. Det blir

¹⁶ Plan for psykisk helse 2016 – 2020. Gode liv i et inkluderende samfunn. Bergen kommune. Vedtatt i Bystyret 19.10.2016 i sak 267-16. Deloitte får opplyst at BASB sammen med ny byråd har satt i gang en prosess med planlegging knyttet til hvordan byrådsavdelingen skal arbeide med psykisk helse etter at nåværende plan for psykisk helse ikke lenger er gyldig. Det fremgår at det høsten 2020 skal legges frem forslag til politisk nivå for hva som skal være styringsverktøy innenfor området fra 2021 (telefonsamtale med spesialrådgiver, psykisk helse, BASB, 30. april 2020).

påpekt i verifiseringen at aktivitetene denne våren er preget av «lockdown» på grunn av COVID-19 og at en del prosesser på grunn av dette er satt på vent.

Deloitte har ikke mottatt handlingsplaner eller lignende som beskriver hvordan og når de ulike målsettingene i Plan for psykisk helse skal følges opp og hvem som har ansvar for de ulike målene.

Videre har kommunen vedtatt en *Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen 2018–2022*¹⁷. Handlingsplanen for selvmordsforebygging er et samarbeid mellom Bergen kommune, Hordaland Fylkeskommune, LEVE Hordaland, Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og Helse Bergen HF. Handlingsplanen viser til 17 tiltak som skal følges opp, gjennomføring og hvem som er ansvarlig for gjennomføringen. BASB¹⁸ og/eller EPHRT er delansvarlig eller ansvarlig for gjennomføring i ni av tiltakene. Tiltak nummer 15 består i å:

Etablere en ressursgruppe bestående av de instansene som har deltatt i å utarbeide Handlingsplan for selvmordsforebygging. Gruppen knytter til seg aktuelle fagmiljøer og organisasjoner som vil bidra i gjennomføringen. De skal gjennom oppfølgingsmøter sikre, koordinere og evaluere gjennomføringen av planen.

Det fremgår videre at oppfølgingsmøtene skal gjennomføres årlig fra 2019 og at det er BASB som er ansvarlig for at dette gjennomføres. Deloitte får opplyst at det har vært gjennomført møter hvert halvår med hele ressursgruppen for oppfølging av planen, og at det vil bli fremmet en sak med statusrapport høsten 2020. BASB vurderer at statusrapporten blir lagt frem i rimelig tid fra vedtaket.

Kommunen opplyser at et annet relevant og retningsgivende dokument for EPHRT innen psykisk helsearbeid er *Veileder i recoveryorienterte praksiser for alle i EPHRT*.¹⁹ Veilederen er utarbeidet av EPHRT og følger opp hovedmål 3 i *Plan for psykisk helse* (se tabell 1) og flere av delmålene fra den samme planen.²⁰

Det blir i intervju vist til at både årsoppdraget og de enkeltvis oppdragene som tildeles EPHRT fra byrådsavdelingen, samt budsjettmålene, følger mål som er satt i *Plan for psykisk helse 2016 - 2020*.

Det fremgår i intervju at nivå 1 i BASB får forespørslers om oppfølging av *Plan for psykisk helse* fra politisk nivå, og at kommunaldirektør deretter spør EPHRT om oppdatering på utvalgte tema. Det blir utover dette ikke konkretisert hvordan denne oppfølgingen av planen gjennomføres.

Etatsdirektøren mener at det er god oppfølging av *Plan for psykisk helse* fra byrådsavdelingen gjennom blant annet årsoppdragene. I årsoppdraget for 2018 går følgende frem når det gjelder blant annet plan for psykisk helse 2016-2020:

Det forventes at ressursene benyttes best mulig for å bygge opp under de strategier og satsingsområder som byrådsavdelingen ved Kommunaldirektøren formidler og som er vedtatt i Plan for psykisk helse, Plan for rusfeltet 2018-2022 Samarbeid, mestring og verdighet, Handlingsplan for forebygging av overdoser og overdosedødsfall og Handlings- og økonomiplan 2018-2021.

I årsoppdraget for 2019 er «oppfølging av planer» også et eget punkt, og det blir vist til at plan for psykisk helse 2016-2020 fastsetter strategier og angir satsingsområder innen rus og psykisk helse (se tabell 3 under der det blir vist til dette punktet i årsoppdraget). Videre er det i årsoppdraget for 2019 vist til at det gjennom plan for psykisk helse er vedtatt at det skal opprettes treningsboliger for personer med psykiske lidelser, og videre angitt et oppdrag om å levere et fagnotat tilknyttet dette arbeidet.

¹⁷ Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen 2018 – 2022. Et forpliktende samarbeid mellom Bergen kommune, Hordaland Fylkeskommune, LEVE Hordaland, Ressurssenter om vald, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og Helse Bergen HF. Vedtatt i Bystyret i sak 136-17.

¹⁸ Omtalt som byrådsavdeling for bolig, sosial og inkludering (BSBI) i dokumentet. Byrådsavdelingen endret navn i 2019.

¹⁹ Ingenting om deg – uten deg. En veileder i recoveryorienterte praksiser for alle i Etat for psykisk helse og rustjenester.

²⁰ Etatsdirektøren forteller at recovery er en faglig filosofi som man ønsker å etterleve innen psykiske helsetjenester i kommunen. Filosofien er at man heller enn å fortelle brukerne hvilke tjenester de skal ha og hva som vil fungere for dem, skal involvere brukerne i større grad ved å etter spørre hva de selv har behov for og hva brukernes ressurser og mål er.

Etatsdirektøren viser også til at selve planen fastsetter strategier og angir satsingsområdene innen rus og psykisk helse, og at etaten opplever at kommunaldirektøren forventer at etaten utvikler operative strategier og følger opp konkrete tiltak og prioriteringer som fremheves i planen.

3.3.1.2 Budsjettmål

I Bergen kommunes handlings- og økonomiplan for 2019-2022²¹ fremgår det under tjenesteområdet psykisk helse at byrådet ønsker å satse på feltet psykisk helse i samsvar med føringene som er lagt i *Plan for psykisk helse 2016–2020*. Mål som er satt for området psykisk helse (voksne) i handlings- og økonomiplanen er som vist i tabell 2.

Tabell 2: Mål for psykisk helse i handlings- og økonomiplan 2019-2022

Overordnet mål	Mål	Indikator/ målemetode	Siste måling	Forventet 2018	Mål 2019	Mål 2022
En rettferdig og inkluderende by	Antall nye beboere i tilrettelagte botilbud for voksne skal økes (mål for 2022 gjelder for hele ØKPL-perioden).	Antall nye beboere i tilrettelagte botilbud per år	22	17	20	90
	Høy bruk av Individuell Plan (IP) og ansvarsgrupper innen psykisk helse voksne.	Antall brukere innen psykisk helse som har IP og/eller ansvarsgruppe i % av brukere i målgruppen for dette	95 %	95 %	95 %	95 %
	Høy deltagelse i aktivitetstilbud, arbeid og skole innen psykisk helse voksne	Antall brukere innen psykisk helse som deltar i aktivitetstilbud i % av antall brukere i resultatenheten	47 %	50 %	50 %	55 %

Økonomi- og handlingsplanen går videre inn på virkemidler for å nå målene som er satt, og en kort gjennomgang av driftsbudsjettet med endringer.

EPHRT utarbeider en årsmelding som inngår i kommunens årsmelding. I årsmeldingen for 2019²² blir det for tjenesteområdet psykisk helse blant annet rapportert på driftsregnskap per tjeneste, aktiviteter og milepæler og måltallene som er satt for området i handlings- og økonomiplanen for det gjeldende året (tilsvarende måltallene for 2019 som er vist i tabell 2).

Målene som er satt gjennom økonomi- og handlingsplanen blir fulgt opp gjennom jevnlig rapportering fra resultatenhetene i *Corporater*. Det rapporteres blant annet månedlig på antall brukere med individuell plan (IP), antall brukere i regelmessige aktivitetstilbud og antall nye brukere i tilrettelagte botilbud (mer om dette under avsnitt 3.4.1). Seksjonssjef for seksjon for rus, sosial og psykisk helse i BASB viser i intervju til at selv om rapporteringen fra resultatenhetene ligger åpent i *Corporater* slik at man kan sjekke status der, har seksjonssjef i hovedsak muntlige statusmøter med EPHRT. Rådgiver i seksjonen følger opp resultatene i *Corporater*.

Videre fremgår det at det årlig gjennomføres to revideringsmøter for bruk av *Corporater* der man blant annet ser på om målepunktene i *Corporater* er relevante, og om det må gjøres endringer i hva som rapporteres. Det er EPHRT som er initiativtaker til møtet med deltagelse fra blant annet rådgivere fra seksjon for rus, sosial og psykisk helse.

²¹ Handlings- og økonomiplan 2019-2022. Bergen kommune: <https://pub.framsikt.net/2019/bergen/bm-2019-h%C3%B8p-19-22/#/>

²² Årsmelding 2019. Bergen kommune: https://pub.framsikt.net/2019/bergen/mr-201912-%C3%A5rsmelding_2019/#/

3.3.1.3 Årlige oppdragsnotat

Kommunaldirektøren for BASB sender årlig oppdragsnotat til etatsdirektøren i EPHRT. I oppdragsnotatet for 2019, fremgår det at dokumentet skal svare på politiske føringer gitt av Byrådet og Bystyret i kommunen, samt «definere de strategiske og operative grepene som gjøres innenfor psykiatrifeltet».

I oppdragsnotatet fra 2019 er det satt opp 18 oppdrag med underpunkt. Oppdragene er fordelt på følgende tre områder²³:

- 1) Psykisk helse og rustjenester,
- 2) Innovasjon, digitalisering og effektivisering, og
- 3) Administrativ virksomhetsstyring²⁴.

Eksempel på oppdrag for 2019 med tilhørende tiltak fremgår i tabell 3:

Tabell 3: Eksempel på oppdrag og tiltak fra oppdragsnotat 2019

Oppdrag	Tiltak
#1 Oppfølging av planer	<p>Plan for psykisk helse 2016-2020, Plan for rusfeltet 2018-2022 og Handlingsplan for forebygging av overdoser og overdosedødsfall fastsetter strategier og angir satsingsområdene innen rus og psykisk helse.</p> <ul style="list-style-type: none">• Oppdrag 1.1 Etaten skal følger opp konkrete tiltak og prioriteringer som fremheves i planene. <p>Det ble vedtatt en merknad i Plan for psykisk helse om å opprette treningsboliger for personer med psykiske lidelser.</p> <ul style="list-style-type: none">• Oppdrag 1.2 Etaten skal levere et fagnotat innen 1. halvår 2019 om hvordan dette kan gjøres på en faglig god og kostnadseffektiv måte. <p>Handlingsplanen for forebygging av selvmord²⁵ ble vedtatt i november 2018. Etat for psykisk helse- og rustjenester skal være en viktig base for kompetanse om selvmordsforebygging.</p> <ul style="list-style-type: none">• Oppdrag 1.3 Etaten skal kartlegge hvor stor andel av de ansatte i etaten som har gjennomført VIVAT kurs. Det legges inn i <i>corporater</i> og telles årlig.• Oppdrag 1.4 Etaten skal innen utgangen av 2019 sikre at minst 6 ansatte innenfor etatens tjenester har/ får kompetanse som VIVAT instruktør. Instruktørene skal bidra til kursing av ansatte i Bergen kommune.

Andre oppdrag for 2019 innenfor psykisk helse og rustjeneste i kommunen er blant annet samarbeid med Byrådsavdeling for helse og omsorg for å komme til enighet uten bruk av tvisteorgan, innføring av pakkeforløp, sammenslåing og samling av tjenester, recoverycollege og forskning. Det er lagt inn ett oppdrag under overskriften Innovasjon, digitalisering og effektivisering (IDE): «Etaten skal iverksette prosjektet VIP 2025 i full-skala våren 2019 og dette er et av de sentrale prosjektene i IDE programmet». Det fremgår videre at byrådsavdelingen vil be om status for dette arbeidet i forbindelse med resultatoppfølgingsdialog.

Deloitte får opplyst at EPHRT per. 05.05.2020 ikke har mottatt oppdragsnotat for 2020.

Etatsdirektør gir uttrykk for at det er ønskelig at oppdragsnotatene i enda større grad blir konkretisert, slik at det blir synliggjort hva de ulike etatene og områdene skal ha ansvar for og ikke. EPHRT må bruke tid på å tyde oppdragsnotatet og finne ut hva konkret som skal gjennomføres i løpet av det neste året.

²³ I 2018 er kategoriene 1) psykisk helse og rustjenester, 2) Digitalisering og 3) Virksomhetsstyring

²⁴ Under overskriften Administrativ virksomhetsstyring er det lagt inn 6 overordnede oppdrag som knytter seg til blant annet etterlevelse av krav knyttet til informasjonssikkerhet og personvern og bruk av saksbehandlingssystemet BK360.

²⁵ *Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen 2018-2020*. Det fremgår at handlingsplanen er et samarbeid mellom Bergen kommune, Hordaland Fylkeskommune, LEVE Hordaland, Ressurssenteret om vald, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og Helse Bergen HF. I handlingsplanen blir det lagt frem 17 tiltak for å forebygge selvmord og BBSI og/eller etat for psykisk helse og rustjenester er satt opp som ansvarlig for 9 av tiltakene.

Etatsdirektør understreker samtidig at dette har bedret seg noe og at oppdragsnotatet for 2019 var mer konkret enn det som har vært tilfellet tidligere år.

BASB ved kommunaldirektør har tidligere år (før 2019) gjennomført to til tre resultatoppfølgingsmøter årlig med hver av etatsdirektørene med medarbeidere. I resultatoppfølgingsmøtene blir status knyttet til gjennomføringen av oppdragsnotatet og andre oppdrag utenom oppdragsnotatet gjennomgått. I disse møtene ble det tatt utgangspunkt i oppdragsnotatet, og det ble søkt i det vesentligste å la etatene få tid til å gå gjennom status for alle tildelte enkeltoppdrag i oppdragsnotatet.

Det ble i løpet av 2019 gjennomført ett resultatoppfølgingsmøte. I intervju blir det vist til at kommunaldirektøren i resultatoppfølgingsmøtet i 2019 ba etaten om å velge ut to områder de har jobbet godt med og to områder de ikke har fått til å gjennomføre tilfredsstillende, og legge frem disse. Det har ikke blitt ført referat fra disse møtene. Det blir i intervju med seksjonssjefer i BASB vist til at praksisen med å ikke referatføre møtene kan bli endret for å bedre dokumenterte oppfølgingspunkt fra møtet.²⁶

Etatsdirektøren opplyser om at EPHRT videresender oppdragsnotatet til resultatenehetene i sin etat, og at EPHRT årlig arrangerer en to-dagers samling for stab, administrasjon og resultatenehetsledere kort tid etter at oppdragsnotatet er mottatt. På denne samlingen blir oppdraget gjennomgått, og det legges en plan for videre arbeid og tilnærming. Oppdragsnotatet omfatter hele etaten, noe som innebærer at ikke alle resultateneheter skal følge opp alt som står i notatet. Deler av notatet kan for eksempel være oppdrag som bare er aktuelle for forvaltningsenheten for psykisk helse. Statsdirektør forteller videre at hun i etterkant av to-dagers samlingen operasjonaliserer oppdragsnotatet i enkeltvis oppdrag. Disse oppdragene blir sendt ut til resultatenehetene i løpet av året.

3.3.1.4 Oppdrag i løpet av året

Kommunen opplyser at BASB også i løpet av året bestiller nye oppdrag av EPHRT i etterkant av politiske vedtak, og at dette er saker som kommer utenom det som er fastlagt i overordnede planer og oppdragsnotat. Disse oppdragene skal også følges opp i resultatoppfølgingen med kommunaldirektør. I intervju blir det fortalt at enkeltoppdrag i løpet av året blir sendt direkte fra kommunaldirektør til etatsdirektøren i EPHRT, eller eventuelt fra seksjonssjef til etatsdirektør når oppdrag og/eller mandat er gitt fra kommunaldirektør til seksjonssjef.

Seksjonssjefene viser til at det med ny kommunaldirektør er tatt i bruk en endringslogg der EPHRT fører inn endringer og eventuelle nye oppdrag som kommer til i løpet av året. Bakgrunnen for at man tok i bruk endringslogg var å få dokumentert hvilke enkeltoppdrag som gis og eventuelle endringer/presiseringer av selve årsoppdraget. Det fremgår at innhold i årsoppdraget om omorganiseringen i EPHRT der bydelene skal slås sammen til byområder er ett eksempel på tema hvor det er anvendt endringslogg da oppdraget er presisert/endret i etterkant av at årsoppdraget ble sendt ut.²⁷

Seksjon for sosial, velferd og inkludering har jevnlig samtaler med EPHRT knyttet til faglig oppfølging og tjenesteleveranser. Målsettingen er at de skal ha møte en gang i uken, men praksis per i dag er en gang i måneden. Seksjonssjefene forteller at det har blitt mindre behov for formelle møter etter at man har tatt i bruk SharePoint og lignende for å kommunisere mer effektivt. Dette er del av satsingen byrådsavdelingen har på LEAN organisering og kontinuerlig forbedring.

3.3.1.5 Risikovurdering

Deloitte har mottatt to risikoanalyser som er gjennomført av BASB. En risikoanalyse fra 2017 og en risikoanalyse som ble utarbeidet januar 2020. Risikoanalysen fra 2017 fremstår noe overordnet og til dels uferdig. Den mangler i stor grad konkrete tiltak og har i liten grad tatt for seg områder knyttet til psykisk helsetjeneste. Risikoanalysen fra 2020 er omfattende og fremstår mer fullstendig. Analysen ble utarbeidet under to arbeidsmøter for toppledergruppen (ledere på nivå 1 og etatsdirektører for nivå 2) ledet av kommunaldirektør. Det er i analysen identifisert 52 mulige risikoforhold. BASB opplyser at det utfra disse risikoene ble valgt ut åtte tema/forhold som toppledergruppen vurderte som størst risiko og som dermed ble valgt ut for analyse. Det er fylt ut punkt knyttet til «årsak/effekt» for de åtte risikoområdene, mens det

²⁶ I forbindelse med verifisering av rapporten påpeker EPHRT at etaten i 2019 oversendte sin presentasjon fra resultatoppfølgingsmøtet etter ønske fra kommunaldirektør, da denne skulle legges til referat.

²⁷ Statsdirektør opplyser at det på revisjonstidspunktet er opprettet to endringslogger; én knyttet til sammenslåing av tjenester og én om opprettelse av byområder.

er foreslått tiltak for seks av forholdene. For ett av de identifiserte risikoområdene, personvern og informasjonssikkerhet, er det utarbeidet et forslag til tiltaksplan der det blant annet er lagt inn elleve oppgaver/ansvarsområder tilknyttet tiltak fra rapport etter forvaltningsrevisjon av informasjonssikkerhet i Bergen kommune. Risikoanalysen omfatter i hovedsak overordnede områder som gjelder på tvers av tjenestene i BASB, og i mindre grad konkrete risikoer knyttet til psykiske helsetjenester.

Det er ikke gjort en egen/samlet risikovurdering for psykisk helse i regi av etaten som oppsummerer hva etaten mener er de viktigste risikoene innen psykisk helsetjeneste og hvilke tiltak, tidsfrister og ansvar som er etablert for å redusere disse risikoene.

3.3.2 Vurdering

Bergen kommune har satt mål og krav for arbeidet med psykisk helsetjeneste gjennom planverk slik som Plan for psykisk helse 2016-2020, budsjettmål, og årsoppdrag.

Ved behandling av Plan for psykisk helse vedtok bystyret blant annet at det skulle etableres et system for oppfølging av planen, med et årlig møte der de ulike byrådsavdelingene og etatene som har deltatt i å utarbeide planen skal møtes og rapporterer om status for arbeidet. Det ble også vedtatt at bystyret skulle orienteres om den videre oppfølgingen av planen med løypemeldinger to ganger i perioden. Deloitte kan ikke se at denne oppfølgingen fullt ut har blitt gjennomført. Det har ikke vært etablert et system for oppfølging av planen eller årlige møter mellom byrådsavdelingene og etatene, men byrådsavdelingen opplyser at de har hatt jevnlig kontakt med de enkeltvise etatene som er omfattet av planen om oppfølgingspunktene. Deloitte er kjent med at bystyret har blitt orientert om oppfølging av planen *en* gang i perioden. Deloitte vil understreke at manglende systematikk i oppfølging av planen, ikke er ensbetydende med at det ikke har blitt jobbet målrettet med områdene i planen.

Deloitte merker seg også at det i årsoppdraget fra kommunaldirektøren blir presisert at plandokumentene skal følges opp. Deloitte vil likevel påpeke at dette oppdraget er av en relativt overordnet karakter og at byrådsavdelingen, eller etaten, med fordel kunne identifisert hvilke områder i planen en skulle ha spesiell oppmerksomhet mot, basert på en vurdering av risiko for manglende måloppnåelse. Samtidig vil Deloitte peke på at dersom årsoppdraget skal ha tilstrekkelig effekt bør det distribueres så tidlig som mulig på året. For 2020 var ikke årsoppdraget distribuert per 5. mai 2020.

Ellers viser undersøkelsen at byrådsavdelingen følger opp etaten gjennom jevnlig dialog og møter med etatsdirektør når det er behov for dette.

Undersøkelsen viser at det er gjennomført en risikovurdering for BASB i 2020. Før dette var det sist gjennomført en risikoanalyse i 2017. Risikoanalysene er i stor grad konsentrert om felles overordnede prosesser, og i mindre grad knyttet til psykisk helsetjeneste som tjenesteområde. Risikoanalysene fremstår også som noe ufullstendige (2017 analysen mer enn 2020 analysen). Det er ikke gjennomført risikovurdering for psykisk helse i regi av EPHRT. Deloitte vil vise til Bergen kommune sitt rammeverk for internkontroll hvor det fremgår at det skal gjøres skriftlige risikoanalyser både sentralt i byrådsavdelingene og i de underliggende enhetene. Samtidig er det viktig at de risikovurderingene som gjøres blir integrert i styringen for å sikre at en har oppmerksomhet rettet mot de områder hvor risikoen er størst.

Det gjennomføres årlig resultatoppfølgingsmøte mellom kommunaldirektør og etaten. Tidligere ble dette gjennomført flere ganger i året, mens for 2019 ble dette gjennomført én gang. Deloitte mener at det er viktig å gjøre en vurdering av hvor ofte det er nødvendig med slike møter og hvordan en best kan gjennomføre rapporteringen for at kommunaldirektør skal få tilstrekkelig innsikt i tjenesteområdet. Deloitte merker seg at det ikke har vært rutine for å referatføre og dokumentere disse oppfølgingsmøtene. Deloitte mener at dette bør gjøres for å sikre tilstrekkelig etterprøvnbarhet med hensyn til oppfølgingspunkt og avklaringer som gjøres i møtet. Deloitte vil vise til Bergen kommune sitt rammeverk for internkontroll hvor det understrekes at styringsdialogen mellom byrådsavdelinger og underliggende enheter skal være dokumenterbar.

3.4 Rapportering fra resultatene og oppfølging på dette av EPHRT

3.4.1 Datagrunnlag

Resultatenhetene i EPHRT får hovedsakelig sine føringer og målsettinger gjennom de samme dokumentene som etaten: *Plan for psykisk helse 2016-2020*, budsjettmål og det årlige oppdragsnotatet fra kommunaldirektøren som videresendes til resultatene fra etaten. Oppdragsnotatet blir sendt ut i

februar hvert år (med unntak av 2020, hvor oppdragsnotat ikke var sendt ut fra BSAB per 5. mai). Etatsdirektør opplyser at det også kommer andre oppdrag i tillegg til dette i løpet av året, og at disse oppdragene formidles skriftlig, men også muntlig gjennom for eksempel heldagsmøtene som etatsdirektøren gjennomfører med resultatenhetslederne én gang i måneden.

Resultatenhetene for psykisk helse rapporterer hovedsakelig på krav som er satt gjennom en årlig **driftsoppfølging, økonomirapportering** og bruk av **styringskort** (Corporater).

3.4.1.1 Driftsoppfølging

Etatsadministrasjonen gjennomfører årlig driftsoppfølging med hver av resultatenhetsene. Det fremgår av *Retningslinje for forbedrings- og kvalitetsarbeid i EPHRT*²⁸ at målet med driftsoppfølgingen er en strukturert gjennomgang av utvalgte tema, eksempelvis organisering, medarbeidere, tjenestekvalitet eller interne retningslinjer for tjenesteproduksjonen. Det fremgår videre at hensikten er å avdekke og forbedre risikoområder, samt formidle beste praksis slik at etaten som helhet er i stadig forbedring og utvikling.

Etatsdirektøren forteller at den årlige driftsoppfølgingen startet opp i 2017 og innebærer en kontroll av at enhetene har implementert de deler av oppdragsnotatet som de har fått i oppgave å gjennomføre. Driftsoppfølgingen består av at enhetene har muntlige og skriftlige gjennomganger og presentasjoner hvor de svarer ut spørsmålene som de får tilsendt i forkant av møtet. Det fremgår av tilsendt saksliste for driftsoppfølging for de to siste årene at oppfølging av virksomhetsstyring (for eksempel økonomi, personal, operasjonalisering av målsettinger/planer, internkontrollforskriften) er sentralt begge årene. Driftsoppfølgingen i 2019 hadde i tillegg «samhandling med spesialisthelsetjenesten og innad i kommunen» og «refleksjoner og innspill til VIP2025» som egne tema for gjennomgangen hos resultatenhetsene.

Driftsoppfølgingsmøtet har en tidsramme på omtrent 3 timer. Kommunen opplyser at referat fra driftsoppfølgingsmøtene lagres i kommunenes arkivsystem. Det blir vist til at det er EPHRT som skriver referat fra driftsoppfølgingen og at referatet blir gjennomgått med den aktuelle resultatenheten i etterkant.

Det blir i sakslisten for driftsoppfølgingen bedt om at avdelingsledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere med brukererfaring deltar på driftsoppfølgingen. Etatsdirektøren opplever at driftsoppfølgingen blir tatt på alvor i resultatenhetsene og at de forbereder seg godt til dette. Dette inntrykket blir bekreftet gjennom intervju i resultatenhetsene.

Etatsdirektør opplyser om at det i driftsoppfølgingen er fokus på oppfølging av oppdragsnotatet. Der kan det komme frem at det er områder som ikke er like godt fulgt opp. Representanter fra resultatenhetsene viser til at det på disse møtene blir pekt på mangler og utfordringer som resultatenhetsene opplever.

Både representanter fra etaten og resultatenhetsene viser til at det har variert hvordan eventuelle mangler og utfordringer som har blitt påpekt har blitt fulgt opp i etterkant. Etatsdirektør viser imidlertid til at en fremover vil følge bedre opp det som kommer frem i driftsoppfølgingsmøtene. Dersom det i driftsoppfølgingen fremkommer avvik i noen av resultatenhetsene skal dette nå følges opp i form av en internkontrolloppfølging sammen med resultatenhetsleder. Slik oppfølging i etterkant av driftsoppfølgingsmøtet var ikke praksis i 2017 og 2018. EPHRT opplyser at det i etterkant av driftsoppfølgingen i 2019 ble gjennomført økonomioppfølging av to enheter, samt en etterkontroll av egenbetaling for institusjonsopphold. Det er ikke etablert en plan for etterkontroller for etaten som omfatter resultatenhetsene. I forbindelse med verifiseringen av rapporten påpeker etaten at mangel på systematisk oppfølging eller prosedyre/standard for denne oppfølgingen ikke er ensbetydende med at avvik eller mangler ikke blir fulgt opp.

I tillegg til driftsoppfølgingsmøter arrangerer EPHRT månedlige ledermøter for resultatenhetslederne.

Gjennom intervju med resultatenhetsledere og fagledere i enhetene blir det vist til at resultatenhetsene gjennomgår oppdragsnotatet fra kommunaldirektør på avdelingsledermøte for å konkretisere og operasjonalisere hva oppdragsnotatet betyr for den aktuelle enheten. Videre er det flere som nevner at det er positivt at oppdragsnotatet for 2019 var mer konkret enn det som har vært praksis tidligere.

²⁸ BkKvalitet. Forbedrings- og kvalitetsarbeid i Etat for psykisk helse og rustjenester. ID: 2870. Gyldig fra 14.08.2019. Revisjonsfrist 13.08.2020.

Det blir videre fortalt at en del ansatte i resultatenehetene er mer positive til driftsoppfølgingen enn til rapporteringen i *Corporater*, da driftsoppfølgingen blir sett på som en mer hensiktsmessig rapportering.

3.4.1.2 Styringskort

Resultatenehetene ved resultatenehetsleder besvarer årlige, tertialvise og månedlige skjema i styringskortet i systemet *Corporater*. Etatsdirektøren forteller at hyppigheten på rapporteringen i *Corporater* er avhengig av kategori av mål. Noen av målene, blant annet antall brukere med IP, er budsjettmål, mens andre mål er egne kvalitetsmål utarbeidet av etaten.

Deloitte har fått tilgang til styringskortet til EPHRT i *Corporater*. Under fanen «Rapportering Etaten» fremgår det at resultatenehetene hvert tertial skal rapportere på 35 målepunkter som omhandler brukerne (f.eks. antall brukere i skole eller arbeid, nye brukere som har barn i alderen 0-18 år, brukere i målgruppen for IP eller ansvarsgruppe) og medarbeiderne (antall ansatte som deltar i regelmessig ekstern veiledning, antall avdelinger totalt sist tertial), mens de årlig rapporterer på følgende punkt:

- Antall foredrag/undervisningsoppdrag utenfor egen etat
- Antall ansatte med min. 40 % stilling som skulle fått tilbud om medarbeidersamtale
- Antall av disse som har gjennomført medarbeidersamtale
- Antall fast ansatte som sluttet siste år
- Antall fast ansatte totalt siste år

Etatsdirektør forteller at etaten sparer mye tid og ressurser på å benytte elektroniske system som *Corporater* for rapportering.

I etterkant av tertial- og årlige rapporteringer gjennomgår kvalitetsrådgiver i EPHRT innrapporterte tall for å identifisere avvik fra mål og krav, og dermed hva etaten eventuelt må ha fokus på. Etatsdirektør forteller at dersom det blir oppdaget avvik fra mål og krav gjennom rapporteringen i *Corporater*, så sender kvalitetsrådgiver ut felles oppdrag til alle resultatenehetene.

Kvalitetsrådgiver hos EPHRT sender også påminnelser til resultatenehetene om rapportering dersom dette ikke blir utført innen frist. Dette blir blant annet gjort fordi det ikke er mulig for EPHRT å generere en oversikt over innrapporterte tall i *Corporater* med mindre alle resultatenehetene har lagt inn sine tall. Dersom det er behov for det, blir det arrangert møter i Etatens kvalitetsutvalg (EKU) for å følge opp bruken av *Corporater*. Som nevnt under avsnitt 3.3.1 gjennomfører EPHRT også to årlige revideringsmøter for bruk av *Corporater* der man blant annet ser på om målepunktene i *Corporater* er relevante, og om det må gjøres endringer i hva som rapporteres. EPHRT gjennomfører møtene med deltagelse fra etatsadministrasjon, resultatenehetsledere, representanter fra BASB og representanter fra BkStyring²⁹. Det første møtet blir gjennomført før første tertialrapportering på våren, mens andre møtet er på høsten. I begge møtene blir alle kvalitetsindikatorer og skjema gjennomgått. I høstmøtet blir det vedtatt justeringer og korrigeringer før neste års rapportering. Begge samlingene ledes av etatens kvalitetsrådgiver.

I intervju med resultatenehetene blir det vist til at det er mange rapporteringskrav i *Corporater* og at det kreves mye manuelt arbeid for å få samlet inn tallene som skal rapporteres. I forkant av hver tertial- og årsrapportering til *Corporater*, samler en av lederne i resultatenehetene³⁰ inn tall som skal rapporteres fra avdelingene. I etterkant av innhenting av tall fra avdelingene skal tallene gjennomgås og kvalitetssjekkes av fagleder og enhetsleder før de blir rapportert gjennom *Corporater*. Flere av tallene som skal rapporteres tertialvis blir hentet inn gjennom manuell telling, da det ikke er mulig å hente dette ut av fagsystemet. Flere av de intervjuede viser til at innhenting av data fra avdelingene oppleves som omfattende og tungvint. En av de intervjuede forteller at det oppleves som om at medarbeidere på avdelingene i liten grad har eierskap til styringskortet, og mener videre at det ikke har blitt tilstrekkelig informert til alle ansatte hva som ligger i rapporteringen i *Corporater*. Vedkommende etterlyser mer informasjon til medarbeidere på dette området. Det blir blant annet pekt på at det er opp til hver resultatenehet hvor grundige de er når det gjelder rapportering på mål, da det er ikke noe systematikk i at EPHRT sjekker at det som rapporteres er riktig.

²⁹ BkStyring er systemeier av styringskort i *Corporater*

³⁰ Fagleder eller enhetsleder

Flere av de intervjuede forteller videre at de opplever det som lite hensiktsmessig å bli målt på en del av kategoriene i styringskortet, da rapporteringen i Corporater sier lite om kvaliteten på tjenestene. Eksempelvis blir det pekt på at resultatenehetene rapporterer på antall individuelle planer for brukere, men rapporteringen fanger ikke opp kvaliteten i den individuelle planen og hvorvidt brukernes ønsker kommer frem i planen. Rapporterte tall sier heller ikke noe om hvorvidt det er høy grad av utskifting av brukerne i boliger og aktivitetstilbud eller om det er de samme brukerne som benytter tjenestene år etter år. I forbindelse med verifisering av rapporten påpeker EPHRT at enkelte *forms*³¹ er budsjettmål (b) eller konsernmål (k). Disse kan ikke styres fra etaten da disse kommer fra konsernet. Resterende forms vedtas i fellesskap med samtlige resultatenehetsledere årlig. Det er videre resultatenehetsleders ansvar å videreformidle informasjon om disse til sin del av organisasjonen.

Etatsdirektør vedgår også i intervju at rapporteringen på brukere med individuell plan er noe spesiell, da antall ikke sier noe om kvalitet. Hun nevner også at det ikke er et mål i seg selv at man skal ha mange beboere i tilrettelagte botilbud, men at de som har behov for dette får tilbudet. Tellingen av brukere med tilrettelagt botilbud sier ingenting om dette eller kvaliteten i tilbudet.

3.4.1.3 Økonomirapportering

Det er utarbeidet en rapporteringskalender fra Økonomi konsern hos byrådsavdeling for finans, næring og eiendom³² som ligger tilgjengelig på *Allmenningen*.³³ I rapporteringskalenderen fremgår det blant annet hvilken dato enhetslederne skal sende statusrapport til økonomirådgiver i byrådsavdelingen, frister for når økonomirådgiverne på hver byrådsavdeling skal kvalitetssikre alle resultatenehetene som de skal følge opp knyttet til økonomi, og når byrådsavdelingene skal sende samlerapporter til Økonomiavdelingen.

Resultatenehetene opplyser at de rapporterer åtte ganger i året på økonomi.³⁴ Det er ansatt egne økonomikonsulenter på resultatenehetene som har ansvar for blant annet å bistå resultatenehetsleder i utarbeiding av prognoser og budsjettforslag.³⁵ Avdelingsledere er ansvarlig for oppfølging av sine budsjetter.

3.4.1.4 Årsrapport

Resultatenehetene utarbeider årsrapport som sendes til Økonomi konsern via EPHRT. Årsrapportene fra resultatenehetene innen psykisk helse for 2019 hadde felles oppsett med følgende overskrifter:

- Brukere: utviklingstrekk innenfor resultatenehetens tjenester i 2019
- Brukere: Resultatenehetens hovedmål og satsingsområder i 2019 – måloppnåelse
- Medarbeidere: Tiltak for å bedre arbeidsmiljø. Bedre likestilling og gi lavere sykefravær.
- Miljøtiltak og energiøkonomisering
- Spesielle hendelser og organisatoriske endringer i 2019

I tillegg fremgår det av årsrapportene hvem som er resultatenehetsleder, brutto utgifter, prosent sykefravær og antall ansatte, årsverk og brukere.³⁶

Årsrapportene er på én til to sider og inneholder kortfattet informasjon knyttet til de ovenfornevnte temaene. Under overskriften «Brukere: Resultatenehetens hovedmål og satsingsområder 2019 – måloppnåelse» fremgår det ikke systematisk hvilke mål resultatenehetene har blitt pålagt å jobbe mot (for eksempel gjennom årsoppdraget) og hva som har vært resultat av arbeidet. Det fremgår at de fleste resultatenehetene har arbeidet med recoveryorienterte tjenester og ellers at de har hatt egne satsingsområder som for eksempel kompetanseheving, sosiale tiltak og risikostyring.

³¹ I EPHRT benytter man begrepet «forms» for rapporteringspunkt eller rapporteringer

³² Byrådsavdelingen endret navn fra byrådsavdelingen for finans, innovasjon og eiendom (BFIE) til byrådsavdeling for finans, næring og eiendom (BFNE) i løpet av revisjonsperioden.

³³ Rapporteringskalender 2019: <https://allmenningen.bergen.kommune.no/aktuelt/okonominytt/rapporteringskalender-2019>

³⁴ Det rapporteres ikke i desember, januar, juli og august.

³⁵ Stillingsbeskrivelse for økonomikonsulent – EPHRT. Dok.nr. SD-18-1618. Allmenningen.

³⁶ Årsrapporter 2019 for resultatenehetene under EPHRT:

<https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/arsmeldinger/2019/resultatenehetene/arsrapporter-2019-for-resultateneheter-i-byrådsavdeling-for-arbeid-sosial-og-bolig>

3.4.1.5 Risikovurdering

Det blir i intervju vist til at både EPHRT og resultatenehetene bør arbeide mer systematisk med risikovurderinger. Det blir fortalt at det foreligger et risikovurderingsskjema i Corporater, men at den tekniske løsningen for dette er lite brukervennlig. Vurderingen blir gjennomført i en tabell med egne kolonner for avvik, der man skal fylle ut «hendelse», «årsak» og «potensiell konsekvens». Det blir fortalt om tekniske utfordringer underveis i rapporteringen ved at feltene som skal fylles ut forsvinner og at systemet er lite stabilt. Dette oppleves som upraktisk og krever mange tastetrykk.

EPHRT opplyser at det likevel gjøres kontinuerlige *enkeltvise* risikovurderinger som en del av arbeidet innen psykisk helsetjenester. Det blir vist til at det kontinuerlig gjennomføres risikovurderinger innenfor ulike områder som blant annet HMS, tjenesteyting på ulike nivå og til ulike målgrupper, daglig drift, biologisk smitte og økonomi. Deloitte får opplyst at det de siste årene har vært gjennomført et omfattende arbeid innenfor dette området og har vært høyt fokus på opplæring og gjennomføring av risikovurderinger i EPHRT.

Deloitte får opplyst at syv avdelinger i etaten i løpet av våren 2019 har vært pilot i kommunens nyanskaffede risikomodul i Bk Kvalitet. Det blir nå arbeidet med videre standardisering og tilpassing for å gjøre risikovurderinger som kan knyttes opp mot styrende dokument, uønskede hendelser/avvik og prosesser som også ligger i Bk Kvalitet. Risikomodulen er nå tilgjengelig og tatt i bruk av alle resultatenehetene.³⁷

I intervju blir det vist til at resultatenehetene er pålagt fra EPHRT å gjennomføre risikovurdering innen ulike områder, og at det er et eget punkt i den årlige driftsgjennomgangen som omhandler dette temaet. Det fremgår av program for driftsoppfølging for 2019 at det særskilt har vært et fokus på risikovurdering av biologisk smittefare, vold og trusler i 2019.³⁸ Det blir fortalt i intervju at resultatenehetene ellers gjennomfører risikovurderinger på områder der man ser behov for det.

Deloitte har fått tilsendt en oversikt over de risikovurderinger som i løpet av fire måneder er gjennomført i enhetene som har vært del av pilotprosjektet i Bk Kvalitet.³⁹ Oversikten viser at det er utført 75 vurderinger av risiko, og at det hovedsakelig er gjort vurderinger knyttet til åtte kategorier av risiko: Fysisk angrep/fysisk utagering, biologisk smitte, smitte gjennom sprøyter og kanyler, fare for skade på arbeidstaker ved transport av tjenestemottaker i bil, underrapportering av vold og trusler, verbal utagering/trakassering, uønskede personer i arbeidslokalet og besittelse og/eller bruk av våpen. EPHRT presiserer i forbindelse med verifisering at arbeid med risikovurderinger er en levende prosess og at flertallet av risikovurderinger som Deloitte har gjennomgått ikke var ferdigstilt.

3.4.2 Vurdering

Deloitte vurderer at det i stor grad blir rapportert på mål og krav som er satt for arbeidet i resultatenehetene og avdelingene til etaten. Undersøkelsen viser at resultatenehetene hovedsakelig rapporterer til etaten gjennom driftsoppfølging, økonomirapportering og gjennom styringskortet i Corporater. Rapporteringen gjennom Corporater blir av flere vist til som tungvint og det blir også nevnt at flere av målene det rapporteres på sier lite om kvaliteten i tilbudene. Deloitte merker seg at målene i styringskortet blir tatt opp til vurdering med jevne mellomrom, og vil oppfordre til å vurdere hvilke mål som er mest hensiktsmessige for å gi god styringsinformasjon både for BASB, EPHRT, samt resultatenehetene.

Særlig driftsoppfølgingsmøtene blir av flere vist til som gode. Undersøkelsen viser samtidig at utfordringer som kommer frem gjennom driftsoppfølgingen ikke i tilstrekkelig grad har blitt fulgt opp systematisk av etaten i etterkant. Deloitte merker seg at dette skal følges opp bedre fremover og det blir vist til at det i 2019 har blitt gjennomført oppfølging av noen tema og enheter. Deloitte vil understreke viktigheten av at rapporterte utfordringer følges opp, både knyttet til økonomi, men også knyttet til andre områder som vedrører kvalitet i tjenestene, regeletterlevelse m.m. Slik oppfølging i form av systematiske etterkontroller

³⁷ E-post fra EPHRT 27.04.2020

³⁸ I program for driftsoppfølging 2019 blir det vist til SD-18-1309 Ufravikelig prosedyre for forebygging av biologisk smittefare og SD-18-1308 Ufravikelig prosedyre for systematisk forebygging, håndtering og oppfølging av vold og trusler.

³⁹ Tilsendt i e-post fra EPHRT 27.08.2019. EPHRT opplyser at denne oversikten gir et representativt utvalg av etatens risikovurderinger

er sentralt for å ivareta god internkontroll i tjenestene (jf. Rammeverk for internkontroll i Bergen kommune). Plan for etterkontroller kan med fordel utarbeides på bakgrunn av en risikovurdering.

Deloitte merker seg at en del av risikovurderingene som har blitt gjennomgått i undersøkelsen i all hovedsak er knyttet til HMS og at flere av risikovurderingene er mangelfulle. Det blir vist til at dette er et arbeid som er påbegynt i det nye kvalitetssystemet og at risikovurderingene som ble gjennomgått ikke er ferdigstilt. Dette gjør at det etter Deloittes vurdering p.t. i liten grad foreligger en samlet oversikt over risikobildet i resultatenehetene som er underlagt etaten. Deloitte mener at god oppfølging av resultatenehetene også krever en risikoanalyse som sier noe om hvor det er risiko for manglende måloppnåelse, regeletterlevelse o.l. slik at etaten kan følge opp med risikobaserte etterkontroller i samsvar med kommunens rammeverk for internkontroll.

3.5 System, rutiner og erfaringsdeling for å sikre likeverdige tjenester på tvers av resultatenehetene

3.5.1 Datagrunnlag

3.5.1.1 Omorganisering av resultatenehetene for å få mer «like» tjenester

Frem til mars 2020 var det forskjell mellom resultatenehetene med hensyn til hvilke tjenester som ble tilbydd. For eksempel hadde Psykisk helse Fyllingsdalen ansvar for flere bosenter, mens Psykisk helse Fana/Ytrebygda ikke hadde bosenter tilknyttet enheten.

Som nevnt i kapittel 2 har EPHRT siden august 2019 arbeidet med en omstillingsprosess der fire av de tidligere resultatenehetene har blitt slått sammen til to byområder (Psykisk helse Årstad og Psykisk helse Bergenhus til Psykisk helse Bergen Sentrum og Psykisk helse Laksevåg og Psykisk helse Fyllingsdalen til Psykisk helse Bergen Vest).⁴⁰ Tidligere Psykisk helse Fana og Ytrebygda er blitt Psykisk helse Bergen Sør, og Psykisk helse Arna og Åsane er blitt Psykisk helse Bergen Nord. I tillegg er ansvaret for bosentrene med institusjonsrammer flyttet ut av de enkelte byområdene og inn i en ny resultatenehet som utelukkende skal ha ansvar for bosenter (behandling, bo- og ressursveiledning, Psykisk helse).

EPHRT viser til at begrunnelsen for omorganiseringen som ble gjennomført 1. mars 2020 var å gjøre tjenestene mer like i byområdene, og at det frem til dette tidspunktet var store forskjeller på hvordan avdelingene bydelsvis løste oppgavene. Det blir videre vist til at organiseringen i dag legger grunnlaget for å kunne utvikle mer like tjenester på tvers av byområder.

Etatsdirektøren forteller at det også var hensiktsmessig å få samlet ansatte som arbeider i bosentrene med institusjonsrammer innen psykisk helse. Det er til sammen 140 årsverk og rundt 300 ansatte innenfor disse tjenestene. Etatsdirektør forteller at det er felles problemstillinger knyttet til blant annet trusler, vold og medisinerer i forbindelse med arbeid i bosentrene, og at det vil være en fordel å samle ansvaret for disse tjenestene slik at en lettere kan dele erfaringer for eksempel knyttet til bruk av tvang og arbeidstidsordninger.

Etatsdirektør viser til at det vil bli mer rom for erfaringsdeling og deling av «beste praksis» på tvers av byområdene når tjenestene de tilbyr blir mer like. Etatsdirektør forteller at lederne i enhetene har gitt gode tilbakemeldinger knyttet til den fremtidige organiseringen av resultatenehetene. Det har så langt ikke vært noen motstand mot omleggingen, noe etatsdirektøren mener viser til at tiden er moden for disse endringene.

3.5.1.2 Møteplasser

Det er etablert flere fora for faglig kompetansedeling og fagutvikling med representanter fra flere eller alle resultatenehetene i EPHRT. Det er etaten som arrangerer dette, og det er blant annet jevnlig møter i følgende fora:

⁴⁰ Fana/Ytrebygda og Arna/Åsane har gått gjennom sammenslåing av resultateneheter tidligere, men har nå skiftet navn til henholdsvis byområde sør og byområde nord.

- fagledernettsverk⁴¹,
- felles ledermøter,
- fagsamlinger for både enhetsledere og avdelingsledere,
- MB-nettverk (for medarbeidere med brukererfaring),
- arbeidsgrupper under etatens kvalitetsutvalg,
- nettverk for barneansvarlige

Etatsdirektøren gjennomfører i tillegg heldagsmøte med resultatenhetslederne én gang i måneden. Det blir i intervju vist til at ansatte i avdelingene en til to ganger i året blir invitert til ledermøte for å presentere case fra deres arbeidsplass, og at det er lagt opp til at man får drøfte hvordan man vil løse case på tvers av resultatenheterne.

I intervju blir det nevnt at det er lagt til rette for erfaringsdeling i ulike fora også på tvers av nivå og tjenester i kommunen, hvor EPHRT møter fagfolk fra barn- og familietjenestene, etat for tjenester for utviklingshemmede (TTU), hjemmesykepleien og NAV. Det blir vist til at det er satt som mål å ha slike overordnede samarbeidsmøter med disse fagetatene én gang i året.

Det gjennomføres også en del uformelle møter på tvers av tjenestene i resultatenheterne uten involvering fra etaten. Det gjennomføres blant annet møter for avdelingsledere innenfor institusjonstjenestene og de tilrettelagte boligene to ganger årlig, og jevnlige møter mellom henholdsvis lederne for aktivitetssentrene og ledere for de ambulerende tjenestene. Det blir også gjennomført uformelle nettverkstreff for resultatenhetslederne om lag fire ganger i året der det er rom for å drøfte ulike tema og problemstillinger.

En av faglederne viser til at de jevnlige møtene på tvers av resultatenheterne er med på å sikre likeverdige tjenester til brukerne.

Det blir av flere nevnt at det er lav terskel for å ta kontakt med kollegaer i samme fagstilling eller andre i en annen resultatenhet. Det fremgår for eksempel at det er vanlig praksis å dele informasjon om ulike kurs, aktiviteter eller andre aktuelle tema på e-post. Mange av de intervjuede har arbeidet lenge innenfor de psykiske helsetjenestene i kommunen og har opparbeidet seg et godt nettverk. Samtidig er denne kontakten i liten grad systematisert og det er ofte personavhengig hvem av resultatenhetslederne som har tett kontakt med hverandre for å drøfte problemstillinger eller annet. Det blir videre nevnt at man som nysatt resultatenhetsleder uten erfaring fra Bergen kommune ville brukt tid på å få oversikt over kultur og system for samhandling mellom resultatenheterne.

Resultatenheterne opplyser at de har jevnlige interne ledermøter der avdelingslederne i enheten deltar.⁴² De ulike avdelingene har mulighet til å melde inn saker til disse ledermøtene og eventuelt på denne måten dele erfaringer. Det fremgår at det er fast praksis i ledermøtene at resultatenhetsleder deler saker fra resultatenhetsledermøte i etaten som er av interesse for avdelingene, og det blir i en av resultatenheterne fortalt om at avdelingslederne også noen ganger tar opp problemstillinger som har blitt diskutert i de uformelle møtene mellom avdelingslederne i avdelingsledermøtene.

3.5.1.3 Kvalitetsarbeid, system og rutiner

Kvalitetsarbeid i etaten

*Retningslinje for forbedrings- og kvalitetsarbeid i EPHRT*⁴³ slår fast at formålet med forbedrings- og kvalitetsarbeidet er å «sikre at arbeidsoppgaver blir utført i tråd med gjeldende lover, forskrifter og annen styrende dokumentasjon i Bergen kommune». Videre skal arbeidet sikre at EPHRT fremmer kontinuerlig kvalitetsarbeid innen HMS, prosess- og tjenestekvalitet, informasjonssikkerhet og ytre miljø. Retningslinjer definerer videre ansvaret til etatsdirektør, enhetsleder, nærmeste leder og alle ansatte innenfor kvalitetsarbeidet (se tabell 4 på side 33). Det fremgår ikke av retningslinjen hvilket ansvar som ligger til henholdsvis kvalitetsrådgiver og fagleder når det gjelder kvalitetsarbeid (mer om disse rollene i neste avsnitt).

⁴¹ Deloitte får opplyst at fagledernettsverkssamlingene startet opp 7. oktober 2019 og at det skal være fire samlinger årlig. Faglederne har mottatt informasjon om at «Fagledernettsverk bør benyttes til erfaringsdeling, samt å arbeide med faglig problemstillinger som meldes inn».

⁴² To av resultatenheterne oppgir å ha ledermøte hver 14. dag, mens en resultatenhet har ledermøte hver fjerde uke.

⁴³ Kilde: Bk Kvalitet. Forbedrings- og kvalitetsarbeid i Etat for psykisk helse og rustjenester. ID: 2870. Gyldig fra 14.08.2019. Revisjonsfrist 13.08.2020.

Etatsdirektøren viser til at det var to omfattende tilsyn fra Arbeidstilsynet ved Strax-huset (nå kalt MO-senteret Gyldenpris) og MO-senteret på Nesttun i 2017. Det ble funnet 19 avvik ved de to sentrene, noe som utløste et økt fokus på kvalitetsarbeid hos EPHRT. På bakgrunn av funnene gjort i tilsynene ble blant annet en fagrådgiverstilling gjort om til kvalitetsrådgiverstilling for å ha mer systematisk fokus på kvalitetsarbeid i etaten. Etatsdirektør forteller at EPHRT har blitt bedre på dokumentasjon etter opprettelsen av kvalitetsrådgiverstillingen.

I 2019 ble det i EPHRT påbegynt et arbeid med å innføre kommunens nye kvalitetssystem (Bk Kvalitet). EPHRT har startet opp et arbeid med å legge inn beskrivelser av prosesser og overordnede prosedyrer i kvalitetssystemet. Arbeidet var på revisjonstidspunktet ikke ferdigstilt.

Kvalitetsrådgiver i etaten leder blant annet tre arbeidsgrupper som utarbeider og reviderer styrende dokumenter for EPHRT. Hver arbeidsgruppe består av tre fagledere (representanter fra 3 resultatenheter), kvalitetsrådgiver, samt eventuelle andre eksterne eller interne representanter ved behov.⁴⁴ Kvalitetsrådgiver innkaller til første møte. Det fremgår av referat fra møte i Etatens kvalitetsutvalg (EKU) august 2018, at det skal gjennomføres fire årlige møter i arbeidsgruppene, samt ved behov. Møter gjennomføres i forbindelse med enhetsledermøte i september, november, januar, april/mai.

De styrende dokumentene godkjennes endelig i etatens kvalitetsutvalg (EKU) før de blir tilgjengeliggjort i sak- og arkivsystemet BK360 og deretter automatisk blir tilgjengeliggjort på *Allmenningen*. Deloitte får fortalt at Bk Kvalitet etter planen skal kobles opp mot Allmenningen på samme måte som BK360. På sikt skal dermed all styrende dokumentasjon for etaten også ligge tilgjengelig på Bk kvalitet.

Det foreligger flere styrende dokumenter for etaten og resultatenheterne på *Allmenningen*. De styrende dokumentene er delt inn i fem ulike kategorier: *ufravikelige prosedyrer*, *veiledende prosedyrer*, *reglement*⁴⁵ *veiledning*⁴⁶ og *avtale*. Under kategorien *ufravikelig prosedyre* ligger det blant annet dokument som omhandler IPLOS i Profil, legemiddelhåndtering og forebygging av biologisk smittefare. Under kategorien *Avtale* foreligger samarbeidsavtalene mellom EPHRT og henholdsvis Etat for barn og familie, Etat for hjemmebaserte tjenester og Etat for sosiale tjenester, mens det under *veiledende prosedyre* foreligger dokument om bruk av fagsystemet Profil (autorisasjon og tilgang, superbrukere, endringer i Profil etc.) og middagslevering til hjemmeboende. Resultatenhetslederne skal sikre at de styrende dokumentene blir kjent i deres underliggende avdelinger. De lokale kvalitetsutvalgene (LKU) skal videre drøfte behov for lokalt tilpassede rutiner (mer om lokale rutiner under avsnittet *lokalt kvalitetsarbeid* under).

I tillegg til at det ble opprettet en kvalitetsrådgiverstilling i etaten, ble det også på samme tid (om lag 2 år siden) opprettet faglederstillinger i resultatenheterne. Det blir i intervju vist til at faglederstillingene skal være sentrale i arbeid med kvalitetsarbeid og internkontroll i resultatenheterne på samme måte som kvalitetsrådgiveren har denne rollen i etaten. I forbindelse med verifiseringen av rapporten påpeker EPHRT at kvalitetsrådgiver i EPHRT og faglederne i resultatenheterne har ulik funksjon og ansvarsområde. Kvalitetsrådgiver er en av stillingene i etatsdirektørs stab, og skal støtte etatsleder med kvalitetsarbeid. Fagleder i resultatenheterne er resultatenhetsleders stedfortreder, og møter med enhetsleders fullmakt. Det er ulikt hvilke oppgaver enhetsleder delegerer til fagleder i daglig drift

Det er ikke utarbeidet stillingsbeskrivelser for kvalitetsrådgiver og fagleder. Deloitte får opplyst at etaten er i prosess med å utarbeide stillingsbeskrivelser for roller som ennå ikke har fått dette. I intervju blir det vist til at det er variasjon mellom resultatenheterne når det gjelder hvilken kompetanse og hvilke arbeidsoppgaver faglederne har. Det fremgår videre at faglederstillingene blir formet av resultatenhetslederne og behovene de har.

Lokalt kvalitetsarbeid

Resultatenhetene utarbeider selv sine lokale prosedyrer, veiledere og lignende. Noen av de lokale rutiner og retningslinjer blir utformet med utgangspunkt i overordnede veiledende prosedyrer. Det fremgår av *Allmenningen* at det er utarbeidet veiledende prosedyrer for blant annet transport av tjenestemottaker i

⁴⁴ Det blir i intervju vist til at økonomirådgiver, personalrådgiver, fagrådgiver og etatsdirektør deltar ved behov på ulike tema.

⁴⁵ I denne kategorien foreligger det utelukkende stillingsbeskrivelser

⁴⁶ Under dette: En veileder i recoveryorienterte praksiser, Felles HMS-håndbok for BASB og Opplæring og kursinformasjon i Profil.

bil, samhandling med pårørende, overføring av brukere mellom avdelinger og oppfølging av barn som pårørende.

De lokale dokumentene skal godkjennes i lokalt kvalitetsutvalg (LKU). Det fremgår av *retningslinje for forbedrings- og kvalitetsarbeid i EPHRT* at LKU ledes av resultatenhetsleder og at gruppen skal bestå av minimum resultatenhetsleder, avdelingsledere, verneombud og tillitsvalgt. LKU skal videre ha møter minimum hvert kvartal og rapporterer til EKU. De står ikke nevnt at fagleder skal delta i LKU i retningslinjen.

Avvik skal være fast på agenda i LKU sine møter. Etatsdirektør opplyser at det har blitt gjennomført opplæring i resultatenheterne på hvordan man skal melde avvik i Bk Kvalitet. EPHRT kan nå hente ut gode statistikker på avvik. Det fremgår at etaten før første gang skulle presenterte statistikk fra BK Kvalitet over hvilke avvik som blir meldt i tjenestene høsten 2019.

I Bk Kvalitet fremgår det hva som er ansvarsdelingen når det gjelder kvalitetsarbeidet i EPHRT og resultatenheterne:

Tabell 4: Ansvar for kvalitetsarbeid i EPHRT

Rolle	Ansvar
Etatsdirektør	Ansvar for endelig godkjenning av retningslinjen etter behandling i EKU, samt at prosedyren blir oppdatert og revidert
Enhetsleder	<ul style="list-style-type: none">• Ansvar for at retningslinjen gjøres kjent hos alle ansatte, og at den blir fulgt.• Resultatenhetsleder har ansvar for å sikre god og systematisk styring av resultatenheten.• Resultatenhetsleder har ansvar for å dokumentere virksomhetsstyringen av enheten.• Sikre at avvik meldes iht. gjeldende rutiner for avvik og informeres om i Lokale kvalitetsutvalg og Arbeidsmiljøgrupper.
Nærmeste leder	Ansvar for å saksbehandle meldinger om avvik og uønskede hendelser.
Alle ansatte	<ul style="list-style-type: none">• Ansvar for å utføre arbeid i tråd med gjeldende lover, forskrifter og annen styrende dokumentasjon i Bergen kommune.• Ansvar for å melde avvik og uønskede hendelser.

Når det gjelder de tre resultatenheterne som Deloitte har undersøkt, blir det i to av resultatenheterne holdt fire faste møter i LKU årlig. I den tredje resultatenheten blir det vist til at det avholdes møter i LKU når det er saker til utvalget, og at det ikke har vært avholdt møter i utvalget i 2019. I intervju fremgår det at dersom det er saker til LKU, blir møtene lagt til avdelingsledermøtene som avholdes hver 14. dag. Bakgrunnen for at det er felles avdelingsledermøte og møte i LKU ligger blant annet i at det er mange felles tema i begge fora, for eksempel vil det være naturlig å drøfte risikoanalyse av biologisk smitte i begge fora. Fagleder har nevnt at avdelingsledermøtene og LKU-møtene burde deles i to separate møter.

Den ene av de tre resultatenheterne har utarbeidet en lokal veileder for kvalitetsarbeidet. Dette er ikke utarbeidet i de to andre resultatenheterne. I to av de tre resultatenheterne blir det vist til at lokale rutiner og retningslinjer ligger i BK360. I den tredje resultatenheten blir det vist til at både Bk Kvalitet og BK360 har blitt lansert som mulige plasseringer for lokale retningslinjer og rutiner, men at det foreløpig ikke er endelig bestemt hvor prosedyrene og retningslinjene skal ligge lagret. I denne resultatenheten ble lokale retningslinjer og rutiner på revisjonstidspunktet lagret på et internt område som alle ansatte i resultatenheterne har tilgang til.

For enkeltvis områder viser undersøkelsen at det også i ulike grad er utarbeidet rutiner for sentrale arbeidsprosesser i de tre resultatenheterne. For eksempel er det en av de tre undersøkte resultatenheterne som har utarbeidet en lokal retningslinje for individuell oppfølging som skal brukes av «alle ansatte i avdeling psykisk helse og rustjenester» i den aktuelle resultatenheten, mens det ikke finnes retningslinjer for dette i de to andre resultatenheterne. Videre fremgår det at to av de tre resultatenheterne utarbeider samarbeidsavtale med brukere som flytter inn i tilrettelagte boliger i de aktuelle resultatenheterne, men det

er ikke et felles oppsett på samarbeidsavtalene som Deloitte har fått tilsendt fra disse resultatenehetene (se mer om individuell oppfølging i kapittel 4.3).

Det blir også vist til at det hender at et LKU melder inn behov for overordnede rutiner og/eller retningslinjer til EKV.

I ett av intervjuene blir det vist til en positiv utvikling i kvalitetsarbeidet siden vedkommende begynte å jobbe i psykisk helse i 2000, blant annet gjennom en bedre struktur på arbeidet. Det blir også nevnt at kvalitetsrådgiver hos EPHRT i stor grad er tilgjengelig for å svare på spørsmål fra faglederne. Blant annet har kvalitetsrådgiver satt opp fast tidspunkt i uken for drop-in samtaler for fagledere som ønsker å drøfte kvalitetsarbeidet.

I forbindelse med verifisering av rapporten kommenterer EPHRT at det pågår et arbeid i fagledernetverkene og andre arbeidsgrupper med å identifisere hvilke rutiner som eksisterer og hvor en bør utvikle felles rutiner. Dette arbeidet ble startet opp i 2019.

3.5.1.4 Felles Forvaltningsenhet for psykisk helse

Forvaltningsenhet for psykisk helse ligger innenfor EPHRT og behandler søknader og fattar vedtak om tjenester på vegne av resultatenehetene i etaten, og skal med dette blant annet sikre likeverdige tjenester for brukerne i kommunen uavhengig av resultatenehet. Forhenværende leder for forvaltningsenheten viser til at de ansatte i forvaltningsenheten opplever at det er en fordel å sitte samlet (og ikke hver for seg i de enkelte resultateneheter) slik at man kan dele erfaringer og forsøke å få lik praksis i tildeling av tjenester på tvers av resultatenehetene.

Forvaltningsenheten er organisert slik at det er én saksbehandler som følger opp hver resultatenehet. Alle søknader om tjenester i resultatenehetene går via dedikert saksbehandler og vedtak blir godkjent av leder for forvaltningsenheten. Det fremgår at saksbehandlerne i forvaltningsenheten for psykisk helse forholder seg til Helsedirektoratet sin Veileder for saksbehandling⁴⁷, samt veilederne *Arbeidsprosesser i forvaltningsenheten i Bergen kommune og Kriterier for tildeling av pleie og omsorgstjenester*⁴⁸ (mer om dette under avsnitt 5.3.1).

Forhenværende leder for forvaltningsenheten har inntrykk av at lovpålagte tjenestene stort sett er likeverdige i de ulike resultatenehetene. Hun understreker at det ikke er mulig å få fullstendig likhet i tildeling av psykiske helsetjenester. Brukere kan ha samme type utfordringer, men likevel ulike hjelpebehov, og dermed er det også vanskelig å ha ensrettede retningslinjer på hva som er nødvendig helsehjelp. Det kan variere fra individ til individ hva som er nødvendig helsehjelp og dermed kan det lett bli til at det er forskjell på hva hver enkelt får av tjenester, ettersom tildeling av tjenester baseres på individuelle vurderinger. Forvaltningsenheten vurderer om en bruker har krav på tjenester gjennom en vurderingssamtale med søkeren. I vurderingssamtalen er både saksbehandler i forvaltningsenheten og representant fra den aktuelle resultateneheten til stede. Det er vedtaket og behovene til bruker som avgjør hva innholdet i tjenestene blir. Det er frivillig å motta tjenestene.

Gjennom intervju i resultatenehetene blir det trukket frem at forvaltningsenheten for psykisk helse er en viktig bidragsyter for å sikre mer likeverdige tjenester på tvers av resultatenehetene. I ett av intervjuene blir det likevel gitt uttrykk for at dagens ordning med én saksbehandler med ansvar for en egen resultatenehet kan føre til store forskjeller i tjenester. Vedkommende mener det ville være mer hensiktsmessig om saksbehandlerne i større grad arbeidet i team, slik at for eksempel to saksbehandlere kunne ha vekslet på å behandle saker i to resultateneheter.

Det blir vist til at saksbehandlerne i forvaltningsenheten, men også representanter fra resultatenehetene som deltar i vurderingssamtalen, trolig gjør noen ulike vurderinger av hva som er kriterier for å få tildelt ulike tjenester, og at dette kan påvirke hvilke tjenester brukere får tilbud om. Helsedirektoratet har i

⁴⁷ Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § § 3-2 første ledd nr.6, 3-6 og 3-8. Publikasjonsnummer IS-2442. Helsedirektoratet.

⁴⁸<https://allmenningen.bergen.kommune.no/faghjelpen/helse-og-omsorg/fagtema-i-helse-og-omsorg/slik-saksbehandler-du-soknader-om-pleieog-omsorgstjenester>

veilederen *sammen om mestring* valgt å dele psykiske helseproblemer i tre *hovedforløp* for å lette fremstillingen av problemstillinger, relevante tiltak og tilnæringsmåter.⁴⁹ I intervju blir det vist til disse hovedforløpene og at det ikke er tatt i bruk lignende kriterier i sjekklister, maler eller lignende i forvaltningsenheten. På grunn av at det er én saksbehandler for hver av resultatene og ingen felles sjekklister eller maler, mener vedkommende at det er forskjeller mellom resultatene når det gjelder vurdering av hvilke typer utfordringer/problemstillinger som skal ligge til grunn for ulike tiltak eller tilnæringsmåter for brukere med ulik alvorlighetsgrad i problemstillinger.

Det blir i intervju vist til at forvaltningsenheten arbeider med å samkjøre arbeidet med vedtak om tjenester ytterligere ved blant annet å drøfte case i morgenmøtene som avholdes ukentlig.

3.5.1.5 Utfordringer med å tilby likeverdige tjenester i enhetene

Resultatene i de ulike resultatene skal utføre en del lovpålagte tjenester, og for brukerne av tjenestene er det *hvor* de er bosatt som styrer hvilken resultatenehet som leverer disse tjenestene. Når det gjelder lavterskeltilbudene i resultatenehetene, som aktivitetssentrene, er det mer fleksibelt. En bruker fra Årstad kan for eksempel benytte seg av aktivitetshuset i Åsane dersom vedkommende ønsker dette.

Det blir vist til forskjell i befolknings sammensetning i de ulike bydelene i kommunen, og at det dermed er forskjell i tilgjengelige ressurser i de ulike resultatenehetene. Eksempelvis blir det vist til at man i Årstad bydel må prioritere brukere med alvorlige og sammensatte problemstillinger, mens en bruker i en annen bydel hvor hovedandelen av brukerne har lette til moderate psykiske utfordringer kan ha mer tilgjengelige ressurser. Det blir gitt uttrykk for at det oppleves som utfordrende at det ikke er sammenheng mellom for eksempel befolkningsdemografi, rapporterte vedtakstimer og antall søknader, og budsjettet som blir tildelt resultatenehetene. Etaten opplyser at budsjett tildeles på bakgrunn av fjorårets budsjettildeling og justeres for lønns- og priskompensasjon. I tillegg gjøres en fordeling av ressurser basert på omsorgsnivå i tilrettelagte botilbud.

Videre fremgår det at bydelene har ulike måter å jobbe på knyttet til hvilke krav de stiller til brukerne. For eksempel vises det til at bydelene rapporterer store forskjeller på behov for tjenester på kveld, natt og helg på forespørsel fra EPHRT. Mens én bydel rapporterte om seks brukere med dette behovet, rapporterte andre resultateneheter om opptil 100 brukere med samme behovet.

Det blir også vist til at hvilket distriktpsikiatrisk senter (DPS) man er tilknyttet vil utgjøre en forskjell for hvilke tjenester brukerne i de ulike bydelene har tilgang på. Det er fire DPS innenfor området Bergen kommune: Kronstad DPS, Bjørgvin DPS, Betanien DPS og Solli DPS. Årstad bydel er tilknyttet Kronstad DPS. I intervju med representanter fra Årstad blir det vist til at Kronstad DPS, som et av Norges største DPS, har stor pågang av henvisninger og at det dermed er vanskelig å få pasienter henvist hit. Det fremgår at selv om samarbeidet med Kronstad DPS er bra, betyr den store pasientmassen at brukere som kanskje i andre bydeler ville ha fått tilbud hos DPS noen ganger i Årstad vil bli henvis til psykisk helsetjeneste i kommunen i stedet.

Resultatenehetene Arna og Åsane ble slått sammen til én resultatenehet i 2013. Resultatenhetsleder forteller at det i forbindelse med sammenslåingen tok noe tid før man systematisk arbeidet med å sikre likeverdige tjenester for brukerne i Arna og Åsane. Ledelsen måtte bruke en del tid på samarbeidsklima i resultateneheten. Resultatenhetsleder oppfatter at de fleste ansatte ser at det er hensiktsmessig med et større fagmiljø. Et større fagmiljø og erfaringsdeling mellom tjenestene kommer i neste runde brukerne til gode gjennom likeverdige tjenester og bred fagkompetanse.

3.5.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at etaten har etablert formelle fora der det blant annet legges til rette for erfaringsdeling mellom resultatenehetene. Deloitte merker seg videre at det er lav terskel for å kontakte hverandre på tvers av bydelsområder og at det er etablert en del uformelle fora mellom tjenestene der

⁴⁹ Det blir i veilederen presisert at det vil være glidende overganger og overlappinger mellom de ulike forløpene, og at den enkeltes problemer og situasjon kan raskt endre seg. «Fortløpende vurdering må ligge til grunn for tilretteleggingen slik at hver enkelt får rett tilbud. Lett tilgjengelige, fleksible, individuelt tilpassede tjenester er hovedprinsippet for alle. Tiltakene som iverksettes må tilpasses den situasjon og sammenheng hver enkelt er i, og støtte opp under brukerens egen bedringsprosess». *Sammen om mestring*. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. s.48. Helsedirektoratet.

man kan drøfte felles utfordringer og dele erfaringer. Arbeid med case og diskusjoner på tvers synes etter Deloitte vurdering som hensiktsmessige tiltak.

Felles forvaltningsenhet og sammenslåing av resultatenheter er også tiltak som skal medvirke til likeverdige tjenester på tvers av bydelene. Likevel blir det vist til at det kan være utfordrende å sikre helt likeverdige tjenester. Både fordi vurderinger kan være personavhengige, og fordi tilbudet i de ulike bydelene kan være noe forskjellig. Blant annet blir det i undersøkelsen vist til at ordningen med å ha en saksbehandler som følger opp hver sin resultatenhet, kan utgjøre en risiko for at det er systematiske forskjeller i vedtakene som fattes mellom enheten. Deloitte vil i den sammenheng presisere viktigheten av at kommunen som del av sitt kontinuerlige forbedringsarbeid etablerer gode rutiner for å sikre mest mulig like vurderinger av lignende saker som blir behandlet i forvaltningsenheten for psykisk helse. Undersøkelsen viser at de tre resultatenheterne som er undersøkt arbeider ulikt med kvalitetsarbeid. Det fremgår også i andre deler av rapporten (se for eksempel avsnitt 4.3 om individuell oppfølging) at det varierer om og på hvilke områder de tre undersøkte resultatenheterne har utarbeidet skriftlige rutiner.

Deloitte merker seg at det har vært et økt fokus på kvalitetsarbeid i tjenesten. Undersøkelsen viser at det er satt i gang et arbeid med å utarbeide felles beskrivelser av arbeidsprosesser og tilhørende rutiner for de ulike tjenestene, men at dette arbeidet ikke er ferdigstilt. For å sikre tilstrekkelig felles tilnærming til sentrale arbeidsoppgaver som er sammenfallende på tvers av bydelene bør det kartlegges hvilke områder det eksisterer rutiner for i de ulike enhetene, og om disse bør være felles for alle enhetene. Deloitte mener det er positivt at det er startet et slikt arbeid i fagledernetverk og andre arbeidsgrupper. Ved hjelp av dette arbeidet kan man vurdere hva som er beste praksis med hensyn til rutiner og dele disse på tvers. Dette vil sikre en felles faglig tilnærming, i tillegg til å være ressurs sparende for den enkelte resultatenhet.

Det er etablert stillinger i resultatenheterne og etaten som skal ivareta oppgaver knyttet til kvalitetsarbeidet. Undersøkelsen viser imidlertid at det ikke er utarbeidet stillingsbeskrivelser for disse rollene, og at rollene heller ikke er nevnt i sentrale retningslinjer på området. Deloitte mener at manglende skriftliggjøring av roller og oppgaver utgjør en risiko for at rollen og oppgavene tolkes ulikt i tjenestene og blir personavhengig. Undersøkelsen viser at det i den ene av de tre undersøkte resultatenheterne ikke ble gjennomført møte i lokalt kvalitetsutvalg (LKU) i løpet av 2019. Dette er ikke i samsvar med *retningslinje for forbedrings- og kvalitetsarbeid i EPHR*.

4. Etablering av kommunale tilbud

4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

I hvilken grad har kommunen etablert et tilfredsstillende tilbud for psykisk syke når det gjelder:

- Individuell oppfølging
- Bolig og oppfølging i bolig
- Aktivitetstilbud
- Støtte til å delta i meningsfullt arbeid

4.2 Revisjonskriterier

4.2.1 Individuell oppfølging

§ 3-3 i helse- og omsorgstjenesteloven omhandler helsefremmende og forebyggende arbeid. Her står det at kommunen

(...) ved ytelse av helse- og omsorgstjenester (skal) fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

I § 3-2 fremgår det videre at kommunen blant annet skal tilby «andre helse- og omsorgstjenester» som helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt (§ 3-2 punkt 6 a og b.)

I Helsedirektoratets veileder, *sammen om mestring*, blir det påpekt at kommunen i stor grad selv kan organisere sine tjenester på en måte som sikrer den enkelte en helhetlig helse- og omsorgsfaglig vurdering, og en individuell oppfølging og behandling. Hvilke tjenester kommunen plikter å gjøre tilgjengelig for befolkningen vil følge av en tolkning av begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» i § 3-1 første ledd og de øvrige bestemmelsene i kapittel 3.⁵⁰

Det går videre frem i veilederen at personer med mer moderate problemer som mottar tjenester for en kortere periode kan ha behov for individuell oppfølging i form av en fast kontaktperson i tjenesteapparatet, selv om de ikke har rett til koordinator.

4.2.2 Bolig og bo-oppfølging

§ 3-7 i Helse- og omsorgstjenesteloven fastslår i at

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

I Helsedirektoratets nasjonale veileder *sammen om mestring*⁵¹, blir det påpekt at bolig er avgjørende for helse, selvstendighet og deltakelse. Det fremgår at lokalt psykisk helsearbeid (og rusarbeid) skal forebygge og redusere problemutvikling og fremme brukerens mestring av eget liv. Hjelp til mestring av eget liv kan blant annet være støtte til å skaffe bolig, arbeid og å yte hjelp i bolig.

⁵⁰ Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet IS-2076, mars 2014. s.9.

⁵¹ Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet IS-2076, mars 2014.

I veilederen står det videre at kommunen har plikt til å sørge for nødvendige oppfølgingstjenester i bolig og at

Oppfølgingstjenester i bolig og nærmiljø spenner over et bredt spekter av helse-, omsorgs- og velferdstjenester som råd og veiledning, praktisk bistand til dagliglivets gjøremål, ivaretagelse av boligen, deltakelse i arbeid og fritidsaktiviteter eller økonomihåndtering. Tjenestene må ta utgangspunkt i den enkeltes behov, og legge til rette for at brukeren tar aktivt del i prosessen med å skape trivsel og opprettholde sin egen bo- og livssituasjon.

Det blir videre vist til at booppfølgingstjenester vil kunne omfatte «personlig assistanse» og/eller «helsetjenester» i hjemmet», og derved kreve enkeltvedtak når tjenestene forventes å vare lenger enn to uker.

Regjeringens nasjonale strategi for boligsosialt arbeid (2014 – 2020) *Bolig for velferd*⁵² ble lagt frem i mars 2014 og har som mål å samle og målrette den offentlige innsatsen overfor vanskeligstilte på boligmarkedet. Mål 3 i strategien er at «den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv» og under dette:

- Sikre god styring og målretting av arbeidet
- Stimulere til nytenking og sosial innovasjon
- Planlegge for gode bomiljøer

4.2.3 Aktivitetstilbud og meningsfylt arbeid

Under ledd tre i § 3-3 i helse- og omsorgstjenesteloven står det følgende:

Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

I veilederen *Sammen for mestring* blir det omtalt hvordan sosial deltakelse på naturlige møteplasser gir personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer mulighet til å etablere nettverk og relasjoner. Det står videre at «kommunen bør legge til rette for at det etableres tilbud og møteplasser hvor alle kan delta ut fra sine forutsetninger, uavhengig av livssituasjon og økonomisk evne».

Sosialtjenesteloven slår fast at NAV-kontoret skal bistå personer som har utfordringer med å komme i arbeid og legge til rette for at flest mulig får delta i og opprettholde tilknytning til arbeidslivet (jf. § § 29 flg.). *Sammen for mestring* viser til at NAV-kontorene, ofte i samarbeid med helse- og omsorgstjenestene, utover det ordinære tiltaksapparatet også tilbyr en rekke tilbud for personer med psykiske helse- og rusmiddelproblemer.

I regjeringen sin strategi for god psykisk helse (2019-2022) *Mestre hele livet*⁵³ står det blant annet at det å gi de som står i fare for å falle ut, eller som har falt ut av arbeidslivet på grunn av sykdom, en mulighet til å stå i arbeid eller komme tilbake til arbeidslivet er et sentralt mål. Det står videre at langt flere med psykiske helseplager bør få mulighet til å arbeide og at erfaringene viser at individuell tilrettelegging fungerer.

4.3 Individuell oppfølging

4.3.1 Datagrunnlag

EPHRT har ansvar for individuell oppfølging til mennesker med psykiske helseutfordringer.⁵⁴ I 2019 var det 1245 personer som mottok individuell oppfølging fra psykiske helsetjenester i Bergen.⁵⁵ Individuell oppfølging omfatter hjemmetjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Tilbudet vil være individuelt tilpasset og kan gis i form av ulike tiltak slik som samtaler, støtte, eksponeringsbehandling og

⁵² Bustad for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014 – 2020). Departementa. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasional_strategi_boligsosialt_arbeid.pdf

⁵³ Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)

⁵⁴ Plan for psykisk helse 2016-2020. Side 24.

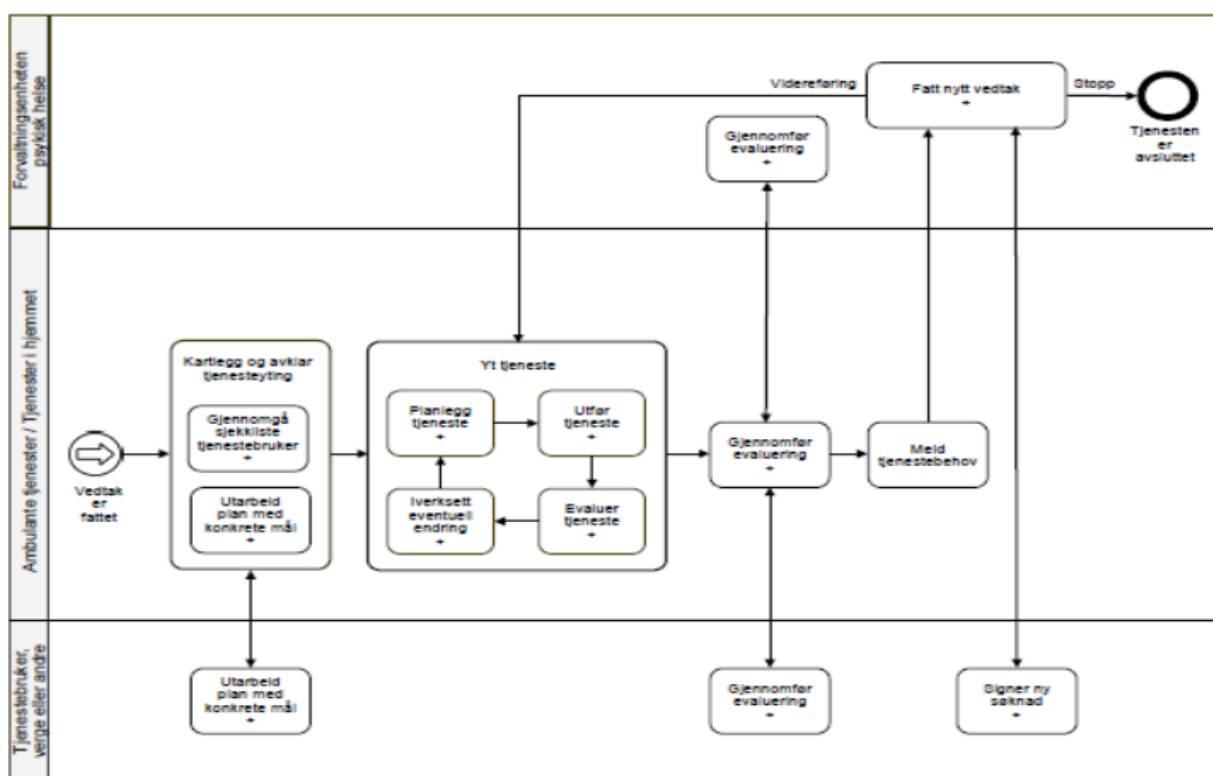
⁵⁵ Årsmelding 2019. Tjenestemråde 03D-Psykisk helse. Bergen kommune

koordinering av ulike tjenestetilbud.⁵⁶ Forvaltningsenheten fattet vedtak om psykiatrisk og somatisk hjemmesykepleie (PSS).

For personer som får avslag på søknad om psykiatrisk hjemmesykepleie (PSS) og som ikke blir vurdert til å være bundet til hjemmet, tilbyr kommunen oppfølging over en kortere periode. Oppfølgingen kan være i form av månedlige samtaler over en periode der man møtes på arenaer, som for eksempel kontoret til psykiatritjenesten, for samtaler (PSYOPP). Denne tjenesten er ikke vedtakspliktig, og den er ikke tidsbegrenset (for mer om hvordan vedtak fattes se kapittel 5).

Det er i Bk Kvalitet utarbeidet en beskrivelse av arbeidsprosess for utføring av ambulante tjenester / Tjenester i hjemmet (PSS og PBH og HSY) som beskriver stegene etter at et vedtak er fattet.

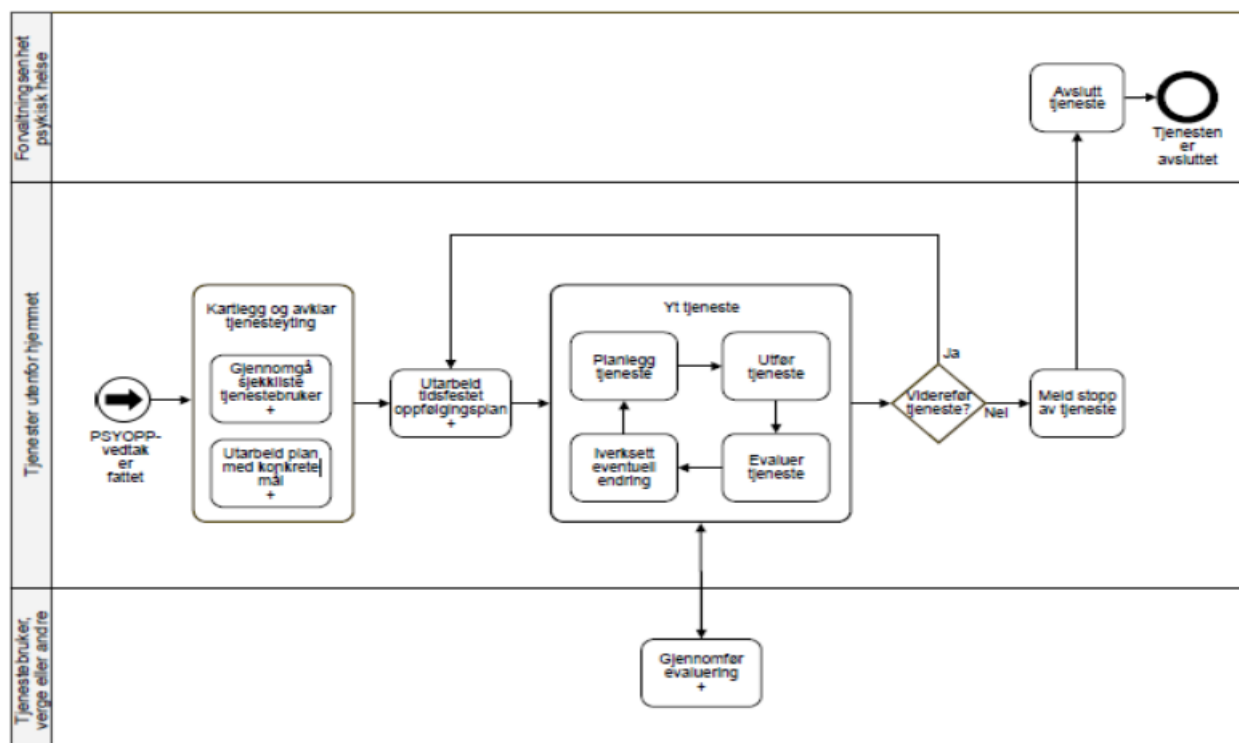
Figur 3: Arbeidsprosess for utføring av ambulante tjenester/tjenester i hjemmet (PSS, PBH og HSY)



Det er utarbeidet en tilsvarende beskrivelse av arbeidsprosess for utføring av Tjenester utenfor hjemmet (PSYOPP).

⁵⁶ Presentasjon i Utvalg for helse og sosial 5. februar 2020: *Psykiske helsetjenester i Bergen kommune*. Audun Pedersen, spesialrådgiver psykisk helse i Byrådsavdeling for arbeid, sosial og bolig.

Figur 4: Arbeidsprosess for tjenester utenfor hjemmet (PSYOPP)



Arbeidet med beskrivelse av arbeidsprosesser og tilhørende rutiner og prosedyrer i Bk Kvalitet er ikke ferdigstilt. Det er i liten grad lagt inn prosedyrer og rutiner for de ulike stegene i arbeidsprosessene.

Resultatenhetene rapporterer jevnlig på andel brukere som har tildelt PSS og PSYOPP. I tabellen under fremgår det hvor mange brukere med henholdsvis PSS og PSYOPP hver av resultatenhetene hadde i 2019.

Tabell 5: Andel brukere med PSS og PSYOPP i 2019

Bydel	Antall brukere med PSS (2019)	Antall brukere med PSYOPP (2019)
Bergenshus	145	121
Fana/Ytrebygda	82	123
Fyllingsdalen	86	67
Laksevåg	75	79
Årstad	88	132
Arna/Åsane	110	134
Sum	589	656

4.3.1.1 Primærkontakt

Det blir i *Plan for psykisk helse 2016-2020*⁵⁷ påpekt at det er avgjørende med helhet i, og koordinering av, tjenestene som gis til brukerne, for at hjelpen skal komme best mulig til nytte. Det blir videre vist til at det finnes flere gode verktøy for dette, men at det viktigste er å ha en koordinator eller primærkontakt som

⁵⁷ Plan for psykisk helse 2016–2020. Gode liv i et inkluderende samfunn. Bergen kommune. Vedtatt i Bystyret 19.10.2016 i sak 267-16. s.23

holder oversikten og ser til at de ulike bidragene henger sammen. I tillegg blir det vist til ulike planer som brukes for å koordinere arbeidet.

Deloitte får opplyst at alle brukere av psykiske helsetjenester skal få tildelt en individuell oppfølgingskontakt/primærkontakt fra den bydelen de får tjenester fra.⁵⁸ Deloitte kan ikke se at denne rollen er omtalt i skriftlige rutiner for etaten. Undersøkelsen viser at resultatene som er undersøkt har etablert en ordning med primærkontakt, men at praksis er noe forskjellig mellom bydelene. I to av resultatene som Deloitte har intervjuet fremgår det at hver av brukerne i hovedsak får tildelt én primærkontakt. I en av de tre resultatene, er det imidlertid praksis at alle brukere får en primærkontakt fra et team bestående av tre ansatte. Om primærkontakten ikke er tilgjengelig kan en av de andre i gruppen bistå. Teamorganiseringen gjør bruker mindre sårbar ved fravær av primærkontakt da brukeren og de andre ansatte på teamet har kjennskap til hverandre. Gjennom intervju med brukerrepresentant i en bydel hvor det ikke er etablert et slikt team, men der en er avhengig av en bestemt kontaktperson, blir det vist til flere utfordringer. Brukerrepresentanten forteller om hyppig utskifting av ansatte innen psykisk helsetjeneste, noe som har ført til at vedkommende flere ganger har måttet bytte primærkontakt. Bruker opplever dette som svært belastende da dette blant annet har ført til at vedkommende gjentatte ganger har måttet fortelle om sin bakgrunn og historie. Brukerrepresentantene forteller at det er flere brukere i bydelen som har måttet bytte kontaktperson flere ganger på grunn av utskifting av personalet.

4.3.1.2 Planer for oppfølging av den enkelte bruker

Resultatene opplyser at dersom det er brukere med behov for individuell oppfølging, så sikres dette gjennom at det etableres en konkret plan for den enkelte i form av:

- oppfølgingsplan
- behandlingsplan
- samarbeidsavtale
- kriseplan og/eller
- individuell plan (IP)

Oppfølgingsplan er en plan som utarbeides sammen med bruker og der man gjennomgår brukers behov for oppfølging av psykisk helsetjeneste. Det er i hovedsak psykiatritjenesten i resultatene som utarbeider oppfølgingsplan sammen med «sine» brukere, og det blir skilt mellom to typer oppfølging: brukerne som har lovpålagt vedtak på oppfølging fra psykiatrisk sykepleier (PSS) og brukere som får et tilbud av psykiatritjenesten uten at det er en lovpålagt tjeneste (PSYOPP⁵⁹). Oppfølgingsplan for brukere med PSS-vedtak tar utgangspunkt i vedtaket som er gitt av forvaltningsenheten for psykisk helse, mens oppfølgingsplan for brukere med PSYOPP er en avtale mellom bruker og tjenesteutfører som beskriver hvilke typer oppfølging bruker skal ha.

Det er ikke utarbeidet overordnede skriftlige retningslinjer eller felles rutiner/mal for arbeidet med oppfølgingsplan for brukere i EPHRT. I forbindelse med verifiseringen av rapporten påpeker EPHRT at arbeidsprosessen tilknyttet *revidering* av oppfølgingsplaner fremgår av et prosesskart i Bk Kvalitet. (Figur 4). I dette prosesskartet for tjenester utenfor hjemmet (PSYOPP) fremgår det at man skal utarbeide tidfestet oppfølgingsplan i Profil og at planen skal inneholde konkrete mål. Det går videre frem at oppfølgingsplanen kan inngå som del av individuell plan (IP) dersom tjenestemottaker har dette. Det vises videre til at det skal gjennomføres evaluering av tjenesten. Det fremgår ikke hvor ofte eller hvordan en slik evaluering skal skje.

I en av de tre resultatene som har blitt undersøkt er det utarbeidet en lokal *retningslinje for individuell oppfølging* som skal brukes av alle ansatte i avdeling psykisk helse og rustjenester i den aktuelle bydelen. I retningslinjen er det blant annet beskrevet formål og bruksområde for retningslinjen, samt hvilke roller som har ansvar for ulike handlinger knyttet til individuell oppfølging som for eksempel oppfølgingsplan. Det fremgår at det foreligger skjema for oppfølgingsplan i pasientjournalen.

⁵⁸ Andre begrep som brukes er primærkontakt/primærsykepleier/kontaktsykepleier.

⁵⁹ Ikke vedtakspiktig tjeneste. Tjenesten gis ved at bruker oppsøker psykiatrisk sykepleier på kontor. *Kriterier for tildeling av pleie- og omsorgstjenester*. Bergen kommune. Oppdatert 28.08.2019.

I en av de tre resultatenehetene Deloitte har undersøkt blir det vist til at oppfølgingsplanene blir evaluert hver tredje måned, og at avdelingsleder og ansatte jevnlig går gjennom alle planer for oppfølging av brukere. Videre blir det vist til at primærkontakter har løpende evaluering sammen med bruker. I en av de andre resultatenehetene fremgår det at det ikke gjennomføres jevnlig/faste evalueringer med mindre bruker og kontaktperson er enige om at det skal gjøres. Denne resultateneheten har utarbeidet et skjema for oppfølgingsplan der det er en egen kolonne kalt «evalueringdato» som kan fylles ut. I den tredje resultateneheten har de ikke retningslinjer for jevnlig evalueringer av oppfølgingsplaner, men har lagt ansvaret for eventuell evaluering av planene på den enkelte brukers primærkontakt.

To av de tre resultatenehetene utarbeider **samarbeidsavtale** med brukere som flytter inn i tilrettelagte boliger i de aktuelle bydelene. Det er ikke felles oppsett på samarbeidsavtalene som Deloitte har fått tilsendt fra disse resultatenehetene. Deloitte har fått tilsendt et eksempel på en samarbeidsavtale fra den ene resultateneheten. Det fremgår at det overordnede målet med avtalen er å «ivareta personlige ferdigheter for å kunne leve mest mulig selvstendig i egen bolig». Videre er det lagt inn beskrivelse av hva bruker har behov for når det gjelder praktiske forhold slik som innkjøp, legemiddelhåndtering, behov for følge til lege/tannlege og renhold. Fagleder viser til at avtalen skal sikre individuell oppfølging som skal samsvare med vedtak på tjenester for hver enkelt bruker. Avtalen skannes og legges inn i fagsystemet Profil. Det finnes ikke per i dag en felles mal for samarbeidsavtale i denne resultateneheten, men det blir vist til at det er satt ned en arbeidsgruppe som skal utarbeide et forslag til felles veileder og mal for bruk av samarbeidsavtale i denne resultateneheten.

I malen for individuell samarbeidsavtale fra den andre resultateneheten fremgår det at det er en gjensidig bindende avtale mellom tjenestemottaker og personell i den aktuelle avdelingen. Videre er det lagt opp til at man skal fylle inn dato for 1.- 4. evaluering og informert samtykke fra bruker. I selve avtalemalen skal det gå frem navn på beboer, primær- og sekundærkontakt. Videre skal det fylles ut blant annet faste avtaler, skjema for ADL⁶⁰-ferdigheter, avtaler om hjelp til daglige gjøremål, nettverksbygging, sosiale aktiviteter, medisiner, økonomi og tiltaksplan ved tilbakefall.⁶¹

En **behandlingsplan** utarbeides av spesialisthelsetjenesten. Dersom det foreligger en behandlingsplan får den aktuelle resultateneheten tilgang til denne etter samtykke fra bruker. I to av de tre resultatenehetene bruker de i liten grad eller ikke i det hele tatt behandlingsplaner.

En **kriseplan** tar for seg hva som skal skje dersom bruker får tiltagende symptomer. Kriseplanen utarbeides gjerne i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenestene og kommunen. Kriseplanen beskriver symptomer som bruker og hjelpeapparat må være oppmerksom på, og hvilke tiltak som skal settes inn i de ulike stadiene for å dempe «symptomtrykket». Kriseplanen inneholder også kontaklinformasjon til sentrale personer i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Kriseplanene er mye brukt i bofelleskap og bosentre, da disse planene gjør det lettere for de ansatte i boligene å vurdere når det er nødvendig med innleggelse og når andre tiltak er tilstrekkelig. Det blir ikke foretatt faste evalueringer av kriseplanene, men det blir gjort fortløpende vurderinger. Dersom de ansatte ser at brukeren sine psykiske vansker blir redusert, og at brukeren har behov for endring i kriseplanen, kontakter de DPS for samarbeid om nærmere planlegging.

Individuell plan tilbys brukere som har behov for koordinerte tjenester (arbeidet med individuell plan blir nærmere beskrevet i kapittel 6).

4.3.1.3 Oppsøkende behandlingsteam

I *Plan for psykisk helse 2016-2020* blir *oppsøkende behandlingsteam/ACT-team* pekt på som en av de viktigste satsingsområdene som byrådet ønsker å bygge videre ut i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

(F)ACT står for (Flexibel) Assertive Community Treatment, eller Oppsøkende ambulant behandling. Dette er team som fokuserer sterkt på de alvorligst syke som i liten grad gjør seg nytte av alminnelige behandlingstilbud. De har ofte sammensatte utfordringer med psykose, rus, bostedsløshet og noen også kriminalitet. De har gjerne en historie med mange innleggelse i sykehus, ofte med tvang. ACT teamene

⁶⁰ Activities of daily living. Beskriver "dagliglivets aktiviteter" som for eksempel av- og påklledning, matlaging og personlig hygiene.

⁶¹ Dokumentet er på til sammen 13 sider.

er en måte å samle både kommunale og spesialisthelsetjenester i samme team, og skal alltid ha en medarbeider med brukererfaring i teamet.

I statusrapporten for arbeidet med Plan for psykisk helse 2016-2020 som ble lagt frem for bystyret 30. januar 2019⁶², fremgår det at FACT-team nå dekker alle bydelene i Bergen kommune. Det er til sammen fire FACT-team i kommunen; ett team tilknyttet hver av DPS-ene i kommunen.

Det er Bergen kommune som søker om støtte til teamene fra Fylkesmannen, men ansvaret for å drive teamene ligger hos spesialisthelsetjenesten. Kronstad DPS har hatt FACT-team i en lengre periode, mens dette er et nyere konsept i Bjørgvin DPS, Betanien DPS og Solli DPS. Etatsdirektør opplyser at ACT/FACT-team er et samhandlingsteam bestående av ansatte fra Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten. Brukere som får oppfølging av FACT-team har behov for koordinerte tjenester. Etatsdirektøren forteller at det er noen demografiske utfordringer knyttet til fordelingen av teamene, det er for eksempel et større behov i Årstad bydel som er tilknyttet Kronstad DPS.

FACT-teamet er et fleksibelt, aktivt oppsøkende behandlingsteam i lokalmiljøet til brukerne. FACT-teamet er tverrfaglig og er sammensatt av psykiatere, psykologer, sosionomer, medarbeider med brukererfaring, sykepleiere/vernepleiere og jobbspesialister. Oppfølging gjennom FACT-team er frivillig, og i en av resultatene blir det fortalt at brukere som har takket nei til oppfølging får et telefonnummer som de kan ringe til dersom de likevel ønsker slik oppfølging.

Det blir videre vist til at FACT-teamet skal fange opp de brukerne som er ferdig med behandling hos spesialhelsetjenesten, men ikke klarer å møte opp til avtaler hos psykisk helse, og hvor det dermed er risiko for at de kan «falle mellom to stoler».

4.3.1.4 Recoverybasert tilnærming

Alle psykiske helsetjenester i Bergen kommune skal arbeide ut fra et recoveryorientert fundament. Etaten har utarbeidet en *Veileder i recoveryorienterte praksiser - Ingenting om deg – uten deg*.

I Recoveryveilederen blir innledningsvis ett av hovedmålsettingene i Plan for psykisk helse 2016-2020 presentert (se Tabell 1 for alle tre hovedmålene i planen):

Å fremme personlig vekst, selvstendighet og god mestring av dagliglivet for personer med alvorlige eller langvarige psykisk lidelser og/eller rusmiddelproblemer.

Videre blir de bærende prinsippene for arbeidet med recoveryorienterte tjenester presentert⁶³:

1. Å se brukeren som en person - ikke som en diagnose
2. Å ha fokus på personens egne valg og muligheter - ikke påtvinge vedkommende hjelpernes ønsker for ham eller henne
3. Å bygge et jevnbyrdig forhold til den som skal få hjelp - ikke satse på forpliktelse fra brukeren til å følge den behandlingen hjelperen bestemmer
4. Å formidle håp, tjenesteyterne må formidle at det er håp om bedring for at recovery skal være mulig

Veilederen forklarer videre hva som menes med recovery-begrepet, og legger frem noen ulike verktøy, ferdigheter og mål som kan fremme en recoveryprosess: Motiverende intervju, systematisk etisk refleksjon, åpen dialog og (tjenestemottakerens egne) ferdigheter og mål. Det er videre lagt inn fire oppgaver som man kan arbeide med i resultatenehetene.

⁶² Bystyret 30.01.2019. Sak 8/19.

⁶³ Disse bærende prinsippene innen recoveryorienterte tjenester fremgår også under avsnitt 3.2. *Ideologier og verdier* i Plan for psykisk helse 2016-2020.

Det blir i intervju vist til at det utenom denne veilederen ikke er utarbeidet retningslinjer knyttet til recovery og hvordan man skal arbeide recoverybasert.⁶⁴ Det fremgår i intervju at EPHRT er i ferd med å utarbeide nanolæring i recovery for de ansatte.⁶⁵

4.3.1.5 Rask psykisk helsehjelp

Det blir i intervju vist til utfordringer med å følge opp personer med lette eller moderate psykiske problemer. Det blir av flere pekt på at personer med lette eller moderate psykiske utfordringer ikke får et like godt tilbud som de alvorlig psykisk syke brukerne i kommunen. Hoveddelen av ressursene innen psykisk helsetjeneste går til brukergrupper med alvorlige psykiske utfordringer, mens mennesker med moderate psykiske lidelser per i dag har enkelte tilbud om kurs, som for eksempel kurs i depresjonsmestring (KID-kurs).

Gjennom VIP 2025 ønsker blant annet Bergen kommune å se på hvordan de kan gi tjenester til en større andel brukere innen psykiske helsetjenester. Noe av det kommunen ønsker å undersøke gjennom VIP 2025, er hvordan kommunen kan gi gode og forsvarlige tjenester til alle, også til brukere med lette og moderate psykiske utfordringer.

I Plan for psykisk helse 2016-2020 er det satt et mål om å etablere tilbud om rask psykisk helsehjelp i løpet av planperioden.

Rask psykisk helsehjelp skal være et lavterskeltiltak som både er lett tilgjengelig, uten krav om vedtak eller henvisning. Målet er å gi direkte hjelp til flere personer, slik at moderate problemer ikke utvikler seg. Behandlingen skal redusere symptomene og styrke både funksjonen og livskvaliteten for de som mottar hjelp. Å styrke arbeidsevnen og forhindre langtidsfravær for de som er i jobb er et vesentlig mål.

I Bergen kommunen er det planlagt å etablere ett bydekkende team, og det er budsjettert med oppstart høsten 2020.⁶⁶

4.3.2 Vurdering

Forvaltningsenheten for psykisk helse har etablert et tilbud om individuell oppfølging for brukere med behov for psykiske helsetjenester. Deloitte merker seg også at det er etablert flere ulike tilbud for å møte individuelle behov for tjenester, også tilbud som ikke er vedtakspliktig (PSYOPP) for de som ikke får innvilget søknad om psykiatrisk hjemmesykepleie (PSS), men som likevel kan ha behov for noe støtte og bistand.

En viktig del av tilbudet er å etablere en primærkontakt som følger opp brukerne og etablere planer som tydeliggjør formålet med tilbudet og mål for arbeidet. Undersøkelsen viser at det har vist seg sårbart for brukerne med én kontaktperson dersom det for eksempel er utskifting av personell. Andre resultatenheter har løst dette med å etablere mindre team rundt flere brukere. Deloitte mener at det er viktig at en deler erfaringer på tvers av resultatenheter og legger til rette for å etablere beste praksis i alle enheten slik at man samlet sett får et helhetlig og best mulig tilbud til brukerne. Deloitte mener at primærkontaktens rolle bør fremgå av rutiner for tjenesten.

Undersøkelsen viser også at det er ulik praksis og varierende bruk av oppfølgingsplaner, samarbeidsavtaler o.l. i resultatenheter som er undersøkt. Resultatenheter har også i ulik grad utarbeidet maler, sjekklistor eller retningslinjer for hvordan de skal gå frem i dette arbeidet med å utarbeide planer for den enkelte bruker. Deloitte påpeker at felles retningslinjer og rutiner for hvordan dette arbeidet skal gjennomføres vil være med å sikre at likeverdige tjenester og at beste praksis blir etablert i alle resultatenheter. Deloitte vil spesielt peke på at det ikke er etablert felles retningslinjer for å sikre jevnlig evaluering av oppfølgingsplaner. Jevnlig evaluering er avgjørende for å sikre at tjenestene til enhver tid er tilpasset brukernes behov og at en får ønsket effekt. Deloitte merker seg at evaluering går frem av beskrivelsen av

⁶⁴ I forbindelse med verifisering av rapporten kommenterer EPHRT at Recovery er en filosofi og faglig tilnærming, og ikke en konkret metodikk som kan operasjonaliseres i detalj. Etaten vurderer det ikke som verken ønskelig eller hensiktsmessig å utarbeide retningslinjer for slikt arbeid, ut over overordnet veileder, samt at element fra recoveryorientert tilnærming reflekteres i innhold i andre styrende dokument.

⁶⁵ Nanolæring er korte e-læringskurs som har som formål å formidle kunnskap/informasjon på en effektiv måte.

⁶⁶ Budsjett for Bergen kommune 2020: <https://pub.framsikt.net/2020/bergen/bm-2020-hop20-23/#/budsa/orgstructuremain/03D>

arbeidsprosessene rundt individuell oppfølging, men at det ikke er etablert nærmere rutiner for hvordan dette skal gjennomføres.

Deloitte merker seg at flere av de intervjuede opplever at brukergruppen med mer moderate psykiske vansker i dag ikke har et tilstrekkelig tilbud, men at det er planlagt å etablere et tiltak høsten 2020 som skal imøtekomme dette i samsvar med mål i Plan for psykisk helse.

4.4 Bolig og oppfølging i bolig

4.4.1 Datagrunnlag

Bergen kommune beskriver utfordringer og setter mål for bolig og oppfølging i bolig⁶⁷ gjennom *Plan for psykisk helse 2016-2020* og *Boligmelding for 2014-2020*⁶⁸.

I Bergen kommunes *Plan for psykisk helse 2016-2020* blir kommunens botilbud til psykisk syke beskrevet, samt hvilke utfordringer kommunen har innenfor dette området. Planen setter opp to målsettinger for tema «bolig og støtte til å bo»:

1. et tilstrekkelig antall boliger og tilrettelagt oppfølging til mennesker med psykiske lidelser, som ikke selv kan skaffe bolig eller mestre et boforhold
2. å sikre helhetlig og koordinert samarbeid med andre hjelpeinstanser for brukere i boligene.

Plan for psykisk helse viser videre til noen utfordringer innenfor kommunes botilbud til psykisk syke, som for eksempel at det er for få hensiktsmessige boliger med gode tjenester til målgruppen, mangel på tilstrekkelige ambulante tjenester på kveld og helg for mennesker som trenger bistand i bolig, og at det er en økende grad av brukere med sikkerhetsproblematikk og atferdsutfordringer. EPHRT opplyser at bildet var noe annet i 2019 enn i 2016 da planen ble utformet, og at det ikke på samme måte er mangel på hensiktsmessige boliger med gode tjenester i dag.

Det fremgår i planen at Bergen kommune har et mer utvidet botilbud innen psykisk helsetjenester enn andre store bykommuner i Norge, og at bakgrunnen for dette er at kommunen i forbindelse med *Opptrappingsplan for psykisk helse (1998-2008)*⁶⁹ i stor grad brukte midler på å opprette tilrettelagte botilbud. Resultatet ble mange boliger med tilknyttede ansattbaser. Etatsdirektøren viser til at dette er et ressurskrevende oppsett. Situasjonen ved igangsettingen av opptrappingsplanen var at man forsøkte å få langtidsinnlagte hos spesialisthelsetjenesten ut i boliger, mens situasjonen i dag er annerledes med tanke på at brukere har kortere opphold hos spesialisthelsetjenesten. Ettersom det er en lav grad av utflytting fra disse boligene bli det lange ventelister for å få plass i bolig. Ved utgangen av 2019 var det 35 personer på venteliste til tilrettelagt bolig (i 2018 var det 36 på venteliste ved utgangen av året). Av de som ventet på tilbud var 9 utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten, og alle har omfattende hjelpebehov på døgnbasis.⁷⁰

4.4.1.1 Kategorier av botilbud

Etatsdirektøren opplyser om at EPHRT per i dag har 73 *institusjonsplasser* innen psykisk helsetjeneste i kommunen (punkt 4 og 5 i tabell 6), samt 300 plasser i *tilrettelagte boliger* totalt (punkt 1-3 i tabell 6). Det blir vist til at tilrettelagte boliger, det vil si boliger tilknyttet boteam og plasser i bofellesskap (1-3 i tabellen under) tildeles som en kommunal serviceytelse etter kommunale retningslinjer (ikke en lovpålagt tjeneste), men at det blir fattet vedtak om tildeling av tjenesten. Det er klagerett på vedtakene jfr. forvaltningsloven § 29. Det fremgår videre at brukerne av tilbud 1-3 har leiekontrakt med kommunen (jf.

⁶⁷ I boligmeldingen er det begrepet «booppfølging» som benyttes

⁶⁸ Boligmelding 2014-2020. Bergen kommune:

http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak/0/VEDLEGG/2014279783-4762360.pdf

⁶⁹ St.prp. 63 (1997-98): <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1>

⁷⁰ Årsmelding 2019. Tjenestoområde 03D-psykisk helse. Bergen kommune: https://pub.fransikt.net/2019/bergen/mr-201912-%C3%A5rsmelding_2019/#/budsa/mainmenu/03d

husleieloven), mens beboerne i bosenter og psykiogeriatriske avdelinger (4-5) har institusjonsplass med tilhørende ordning for egenbetaling (jf. Forskrift om egenbetaling for institusjon).

Tabell 6 viser en oversikt over hvilke typer botilbud som tilbys psykisk syke i Bergen kommune.

Tabell 6: Kategorier av botilbud⁷¹

Type botilbud	Beskrivelse
1 Boliger tilknyttet boteam (OMBPS2)	<ul style="list-style-type: none"> Bolig med kommunal leiekontrakt som er tilknyttet en felles tjenestebase. Det forutsettes at personen mestrer å bo i bolig uten bemanning i direkte tilknytning til boligen, men med tilgjengelig personale fra 08:00 – 15:00.
2 Bofellesskap med dagbemanning (OMBPS3)	<ul style="list-style-type: none"> Tilrettelagt bolig med leiekontrakt for personer med behov for tjenester på dag/kveld. Fellesareal hvor sosiale aktiviteter ivaretas.
3 Bofellesskap med døgnbemanning (OMBPS4)	<ul style="list-style-type: none"> Tilrettelagt bolig med leiekontrakt for personer med behov for tjenester hele døgnet. Fellesareal hvor sosiale aktiviteter ivaretas.
4 Heldøgns omsorgstilbud i institusjon (Bosenter)	<ul style="list-style-type: none"> Plass tildeles etter vedtak (jfr. Helse og omsorgstjenesteloven § 3-1 jf. § 3-2 punkt 6) Egenbetaling etter «Forskrift om egenbetaling for institusjon»
5 Psykiogeriatriske avdelinger i sykehjem	<ul style="list-style-type: none"> Sykehjemsplass Vedtak fattes etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 jf. § 3-2 punkt 6c. Egenbetaling etter «Forskrift om egenbetaling for institusjon».

Etatsdirektør opplyser at tilbud 1-4 er plassert under ansvaret til resultatenehetene for psykisk helse, mens tilbudet som beskrives under punkt 5 ligger til Etat for sykehjem sitt ansvarsområde.⁷²

EPHRT har utarbeidet en prosedyre for *tildeling av tilrettelagt botilbud for personer med alvorlig og langvarig psykiske lidelser*.⁷³ Det går her fram at tildeling av bolig skjer etter følgende prioriteringskriterier:

- Søker som er inneliggende i spesialisthelsetjenesten, og meldt utskrivningsklar.
- Søker uten fast eller egnet bolig.
- Sammensetning i bolig, tid søker har stått på venteliste, samt søkers ønske og behov skal hensyntas ved tildeling

Mer om tildeling av bolig og ventelister på bolig i kapittel 5 om vedtak om tjenester.

Det er etablert egne *boteam* ved de enkelte resultatenehetene. Boteamene har ansvar for å følge opp beboere i kommunale boliger som er tilknyttet en felles tjenestebase. Personalet i boteamet er tilstede ved tjenestebasen på dagtid, hvor beboere i de tilknyttede boligene kan henvende seg.

4.4.1.2 Tilgjengelighet

Venteliste for tilrettelagt bolig for siste halvdel av 2019 fremgår i figur 5. Figuren viser at det fra juli til desember 2019 var mellom 13 og 16 personer på venteliste for å få plass i bofellesskap med døgnbemanning og mellom 8 og 15 personer på venteliste for plass i bofellesskap med dagbemanning. For venteliste for plass i omsorgsbolig/bolig tilknyttet bo-team var antallet mellom 3 og 10 personer i løpet av

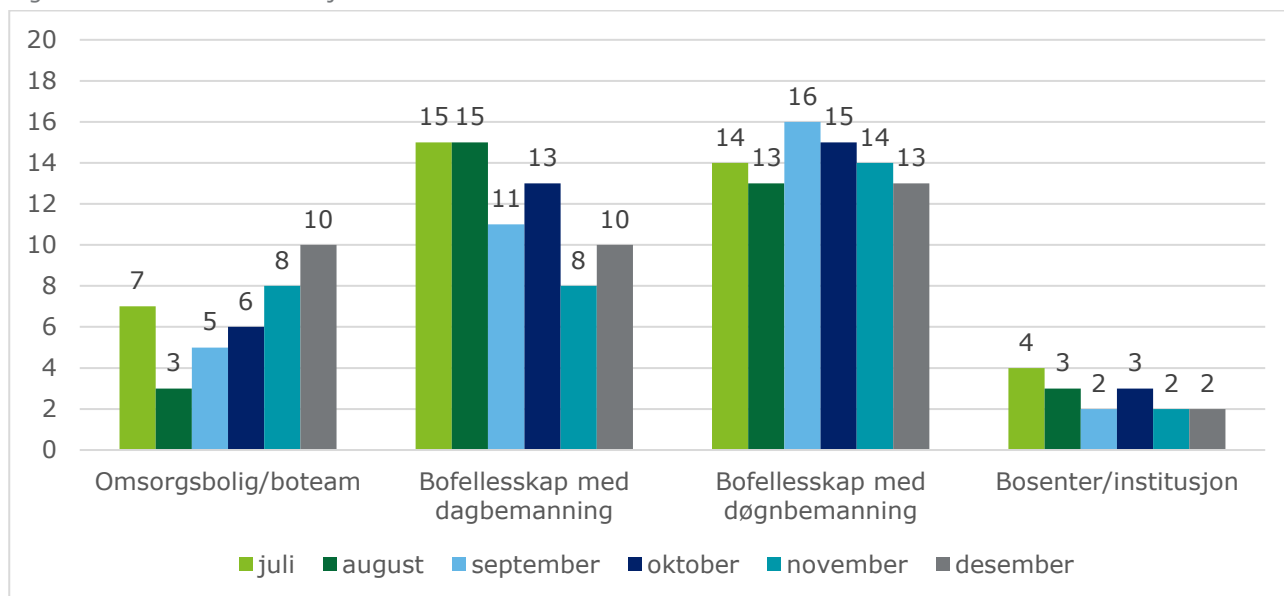
⁷¹ Bergen kommune. Ufravikelig prosedyre. Vedlegg 1 – tjenestekategorier. Revisjonsdato 28.12.2018. Gyldig til 01.03.2020. Dok. nr: SD-18-479

⁷² Etat for sykehjem er del av byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet. Det er EPHRT som bestiller vedtak på plass til psykisk syke i psykiogeriatrisk avdeling, men sykehjemmene er utførerledd.

⁷³ Tildeling av tilrettelagt botilbud for personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser. ID: 2859. Gyldig fra 14.08.2019. Revisjonsfrist 13.08.2020.

siste halvår i 2019, mens personer på venteliste for plass på bosenter var mellom 2 og 4 i samme periode (se tabell 6 for beskrivelse av de ulike kategoriene av botilbud).

Figur 5: Oversikt venteliste juli-december 2019



Etaten opplyser at det ikke er gjort beregninger på ventetid for brukere på venteliste til de ulike botilbudene, det er dermed ikke tilgjengelige tall for hvor lenge brukere i gjennomsnitt må vente før de får plass i et ønsket botilbud.⁷⁴ Det blir vist til at det spesielt er lange ventelister for å få bytte bolig til et lavere omsorgsnivå, og i en av resultatenehetene forteller de om en bruker som har stått på venteliste i 2 år.

Det blir opplyst at dersom en bruker som bor i døgnbemannede boliger ønsker å flytte til et lavere omsorgsnivå i kommunal regi, er det ingen regel for at vedkommende skal prioriteres i kø eller på venteliste.

Etaten opplyser samtidig at det er flere grader av omsorgsnivå, og at det har vært flere tomme plasser på laveste omsorgsnivå i perioder i 2019 i mangel på aktuelle beboere som passer til disse. Det fremgår i intervju at tildelingen av plasser i boligene blir vurdert ut fra hvem som er vurdert å ha størst behov og ikke for eksempel ventetid på ledig plass.

Forvaltningsenheten rapporterer på hvor personer som står på venteliste eventuelt har bosted mens de venter på plass. Det fremgår av oversikten i Corporater at en stor del av personene som står på venteliste har plass i bolig på et annet omsorgsnivå i kommunen. Tabell 7 viser status knyttet til bosituasjon for søkere på venteliste i desember 2019.

Tabell 7: Bostatus for søkere på venteliste desember 2019

	Omsorgsbolig/ Bo-team	Bofellesskap med dagbemanning	Bofellesskap med døgnbemanning	Bosenter/ institusjon
Bostedsløs ⁷⁵	0	3	1	0
Annet omsorgsnivå ⁷⁶	8	6	6	0
Helse Bergen	2	0	4	1
DPS	0	1	2	1

⁷⁴ Etaten opplyser at forvaltningsenhet for psykisk helse har god oversikt på ventelistetid og en slik beregning er vurdert som lite hensiktsmessig.

⁷⁵ Etaten viser til at «Bostedsløs» vil si personer uten bosted eller som bor uønsket hos foreldre eller andre.

⁷⁶ Etaten viser til at «annet omsorgsnivå» vil si at bruker har bolig, men at boligen ikke er tilpasset brukers behov.

	Omsorgsbolig/ Bo-team	Bofellesskap med dagbemanning	Bofellesskap med døgnbemanning	Bosenter/ institusjon
Kjøp av plass	0	0	0	0

Det fremgår i figuren over at fire av personene på venteliste er registrert som bostedsløse; dette vil si at de enten ikke har bosted eller at de bor uønsket hos sine foreldre eller andre. Det blir vist til at for personer med akutt behov for bolig gis det bistand til kontakt med NAV som har den lovmessige forpliktelsen til å framskaffe midlertidig bolig.

Det er satt som mål for psykisk helsetjeneste at «antall nye beboere i tilrettelagte botilbud skal økes». Etatsdirektør opplyser at det ikke er et mål i seg selv at det skal være mange boende i tilrettelagte botilbud, men at de som trenger det skal få plass. Dette krever også at beboere som ikke lenger har et behov for tilrettelagt bolig må hjelpes til å skaffe ordinær bolig. I 2018 var målet for nye beboere 25, og i 2019 var målet 20 nye beboere. Resultatet for 2018 og 2019 var henholdsvis 14 og 17 nye beboere i tilrettelagte botilbud. Dette viser at det i for liten grad er utskifting av beboere i boligene sammenlignet med målene som er satt. Flere av de intervjuede i resultatene opplever at det burde arbeides mer strukturert med å motivere brukere i tilrettelagte boliger til å bo mer selvstendig. Blant annet blir det vist til at det kunne vært hensiktsmessig å opprette faste evalueringstidspunkt for brukere i tilrettelagte botilbud. Videre blir det også pekt på at ansatte kan bli bedre på å orientere brukere om ordninger for startlån, og at man kan bli bedre til å oppfordre brukere til å skaffe egen bolig.

Det blir også vist til at for å kunne motivere en bruker til å flytte til en bolig med lavere omsorgsnivå, er det viktig at kommunen har et alternativt tilbud klart før man begynner prosessen. Resultatenhetene disponerer ikke boliger og kan derfor ikke avgjøre om, og eventuelt når, brukerne får flytte til et lavere omsorgsnivå. Det fremgår gjennom intervju at dersom bruker ønsker å flytte, for eksempel fra et bofellesskap med dagbemanning til en bolig tilknyttet bo-team, kan avdelingsleder for bofellesskapet melde fra til forvaltningsenheten om endringer i behov hos bruker. Brukerne kan også selv sende en søknad med ønske om bytte av bolig til forvaltningsenheten. Dersom bruker ønsker å flytte ut av boligen til egen privat eid eller leid bolig gir resultatenheten hjelp og veiledning i denne prosessen.

4.4.1.3 Oppfølging i bolig

I Bergen kommune er booppfølgingen primært en tjeneste utført av NAV, men tjenestene som ytes fra resultatenhetene i EPHRT grenser opp mot, og overlapper i noen grad disse tjenestene fra NAV.⁷⁷ EPHRT yter tjenester til beboere i ulike botiltak:

- Enkeltanlegg der det gis bistand til beboerne med utgangspunkt i en base i anlegget (se tabell 6 for oversikt over ulike typer tilrettelagte botilbud innen psykisk helsetjeneste).
- Ambulerende oppfølging til husstander i enkeltboliger, både i kommunale utleieboliger, private leide boliger, og til husstander som eier sin egen bolig.

I statusrapporten for oppfølgingen av plan for psykisk helse i 2019 blir det vist til at Bergen, sammenlignet med andre store bykommuner i Norge, har en relativt stor andel av de totale oppfølgingsressursene knyttet til ansattbaser i botilbudene, og at dette gir lite fleksibilitet i ressursbruken. Det fremgår i intervju med seksjonssjef for økonomi og administrasjon og seksjonssjef for rus, sosial og psykisk helse at Bergen kommune er i et skifte når det gjelder hvordan man skal levere tjenester innen psykisk helsetjenester. For eksempel satses det i økende grad på å ha mer differensierte boliger og å benytte ambulerende team. Dette er en måte å organisere bemanningen mer fleksibelt slik at man ikke binder opp ansatte til en base med brukere som ofte har svingende behov.

I *Boligmelding 2014–2020*⁷⁸ blir det vist til at kommunen i forbindelse med en økt satsing på boliger til vanskeligstilte og utprøving av nye modeller for booppfølging ser behov for en helhetlig gjennomgang av booppfølgingstjenestene. Det blir blant annet vist til at det bør lages en fullstendig oversikt over alle

⁷⁷ Boligmelding 2014-2020. Bergen kommune s. 48.

⁷⁸ Boligmelding 2014-2020. Bergen kommune.

tjenester innen booppfølging som gis innen rus og psykisk helse, samt at samhandlings- og synergieffekter internt i kommunen og mot andre samarbeidspartnere bør vektlegges.

BASB viser i forbindelse med verifiseringen til at det ble avholdt møter mellom rådgivere på byrådsavdelingsnivå og på etatsnivå for å se på booppfølging på tvers av EPHRT og etat for sosiale tjenester (EST) tidlig i boligmeldingsperioden, men at man raskt konkluderte med at det var store forskjeller i hva som legges i begrepet *booppfølging*. Eksempelvis er booppfølgingen fra NAV kun definert til å gjelde for booppfølging av rusavhengige.

I forbindelse med verifiseringen påpeker også EPHRT at de ikke bruker booppfølging som begrep for tjenestene som ytes av etaten. EPHRT yter tjenester etter Helse- og omsorgstjenesteloven i form av *Praktisk bistand*. Praktisk bistand dekker det som kommer inn under «dagliglivets gjøremål», for eksempel vask, støvsuging, sengetøyskift m.m. Videre kan praktisk bistand dreie seg om personlig stell og hjelp til egenomsorg. Disse tjenestene er søknadspliktige og tildeles av forvaltningsenheten, hvor det eventuelt blir fattet vedtak om tjenesten. Praktisk bistand i hjemmet forutsetter ikke at søkeren bor i kommunalt tildelt botilbud og kan også ytes i privat fremskaffet bolig.

Brukerne som har vedtak på opphold i omsorgsbolig/tilrettelagt bolig får individuell oppfølging etter behov. Når en person får vedtak om tilrettelagt bolig det blir gjort en vurdering innledningsvis knyttet til hvilke tjenester brukeren har behov for i boligen. Når bruker deretter får tildelt bolig blir det årlig gjennomgått hvilke behov brukerne har og hvilke tjenester brukerne vil ha behov for fremover. Det fattes vedtak om tilbudet skal endres eller videreføres. For beboere på institusjon inngår alle tjenester den enkelte har behov for som en del av vedtaket om institusjonsplass.

Det konkrete innhold i tjenestene vil variere fra person til person, avhengig av livssituasjon, mestringsnivå, og de konkrete utfordringer den enkelte ønsker å adressere. I tabell 8 fremgår det hvilke tjenester og oppfølging som etter behov kan ytes til brukerne i de ulike botilbudene.

Tabell 8: Tjenester som kan ytes i boligtilbudene⁷⁹

Type botilbud	Tjenester som kan ytes etter behov:	
Boliger tilknyttet boteam (OMBPS2)	<ul style="list-style-type: none"> • Støttesamtaler • Bistand til legemiddelhåndtering • Støtte/veiledning til personlig hygiene 	<ul style="list-style-type: none"> • Støtte/veiledning i daglige gjøremål, inkludert å skape struktur i hverdagen eller motvirke isolasjon • Støtte til praktisk bistand hushold
Bofellesskap med dagbemanning (OMBPS3)	<ul style="list-style-type: none"> • Støttesamtaler • Bistand til legemiddelhåndtering • Støtte/veiledning til personlig hygiene 	<ul style="list-style-type: none"> • Støtte/veiledning i daglige gjøremål, inkludert å skape struktur i hverdagen eller motvirke isolasjon • Tilbud om felles aktiviteter • Støtte til praktisk bistand hushold
Bofellesskap med døgnbemanning (OMBPS4)	<ul style="list-style-type: none"> • Støttesamtaler • Bistand til legemiddelhåndtering • Støtte/veiledning til personlig hygiene • Støtte/veiledning i daglige gjøremål, inkludert å skape struktur i hverdagen eller motvirke isolasjon 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilbud om felles aktiviteter • Tilgjengelig personale på natt • Støtte til praktisk bistand hushold
Heldøgns omsorgstilbud i institusjon (Bosenter)	<ul style="list-style-type: none"> • Støttesamtaler • Medisinsk oppfølging og behandling • Tilbud om sosiale aktiviteter • Alle måltider 	<ul style="list-style-type: none"> • Støtte/veiledning til personlig hygiene • Støtte/veiledning i daglige gjøremål, inkludert å skape struktur i hverdagen • Støtte til praktisk bistand hushold

⁷⁹ Tildeling av tilrettelagt botilbud for personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser - Vedlegg 1 - tjenestekategorier. BK Kvalitet ID: 2860. Gyldig fra 14.08.2019. Revisjonsfrist 13.08.2020.

Psykogeriatriske avdelinger i sykehjem

- Støtte/veiledning til personlig hygiene
 - Støtte/veiledning i daglige gjøremål, inkludert å skape struktur i hverdagen
 - Støttesamtaler
 - Pleie
 - Medisinsk oppfølging og behandling
 - Tilbud om sosiale aktiviteter
 - Alle måltider
 - Støtte til praktisk bistand hushold
-

I en av resultatenehetene er det utarbeidet en egen *retningslinje for etablering i bolig*⁸⁰ som de ulike avdelingene i denne resultateneheten har tilpasset til sine beboere. Det fremgår av retningslinjen at formålet med denne er å «kvalitetssikre alle prosesser ved innflytting/etablering av bolig, med det formål å gi den enkelte beboer en trygg og god bostuasjon». Det er satt opp fem ulike tiltak knyttet til etablering av bolig, (Informasjon om bruker, kontaktetablering, bemanning, overlapping/overflytting/innflytting og kontrakt), samt hvem som er ansvarlig for at de ulike tiltakene blir gjennomført. Det fremgår blant annet at avdelingsleder og primærkontakt har ansvar for å etablere kontakt med tidligere bosted/institusjon/hjelpeapparat og å avtale møte for samtale. Det er lagt ved lenke til individuell samarbeidsavtale, avtale om hjelp til legemiddelhåndtering og resultatenehetens retningslinje for tildeling av tjenester ved tilrettelagt botilbud for personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser.

Det er ikke etablert tilsvarende retningslinje i de to andre resultatenehetene som har blitt undersøkt. Det blir i verifisering vist til at EPHRT har utarbeidet en prosedyre for *overføring av brukere mellom avdelinger*. Formålet med prosedyren er å sikre «forutsigbar og formålstjenlig informasjonsoverføring samt kontinuitet når en person som mottar tjenester fra psykiatritjenesten flytter fra en bydel til en annen». I prosedyren fremgår det blant annet oppgaver når tjenesteyter mottar informasjon om flytting og hvem som er ansvarlig utfører. Det er blant annet avdelingsleder som er ansvarlig for at det utnevnes ny primærkontakt som overtar hovedansvaret for tjenestemottakers tjenestetilbud etter flytting.

Gjennom intervju fremgår det at det i to av bofellesskapene har vært lite fokus på veiledning / oppfølging av brukerne den siste tiden blant annet på grunn av utfordringer med høyt fravær blant de ansatte. Denne utfordringen har krevd en del arbeid med personalgruppen, noe som har ført til mindre oppmerksomhet rettet mot oppfølging og veiledning av brukerne.

Flere av de intervjuede forteller om at de bruker recoverybasert tilnærming i arbeid med brukerne (Se avsnitt 4.3.1.4. for mer om recoverybasert tilnærming). Det fremgår at det ikke er utarbeidet retningslinjer utover veilederen i recoverybaserte praksiser, men som tidligere nevnt i avsnitt 4.3.1.4 er EPHRT er i ferd med å utarbeide nanoløring i recovery for de ansatte. Å arbeide recoverybasert vil blant annet innebære at de ansatte oppfordrer brukere til å i større grad prøve å utfordre seg selv slik at de kan lære seg å leve med symptomene og sykdomsbildet ute i samfunnet. Eksempler på dette kan være å oppmuntre noen av brukerne til å bli selvstendig i nettbanken og å lese av strøm. En av de intervjuede enhetslederne forteller at når det gjelder arbeidet med recoverybasert praksis er kommunens hovedutfordring problemstillingen med langtidsboende brukere i de tilrettelagte boligene som det er utfordrende å motivere til større selvstendighet.⁸¹ I de tre resultatenehetene vi har undersøkt blir det vist til at det arbeides etter recovery-filosofien.

4.4.1.4 Helhetlig og koordinert samarbeid med andre hjelpeinstanser for brukere i boligene

Psykisk helsetjeneste ble flyttet ut av byrådsavdeling for helse og omsorg sitt ansvarsområde i 2012. Etatsdirektøren viser til at psykisk helse etter flyttingen har fått en tettere samhandling med sosialtjenestene, boligetaten og inkluderingsetaten og at dette samarbeidet er en fordel for brukerne. EPHRT har inngått samarbeidsavtaler med flere kommunale etater.

Når det gjelder målet om å sikre helhetlig og koordinert samarbeid med andre hjelpeinstanser for brukere i boligene, blir det i statusrapporten for oppfølgingen av plan for psykisk helse i 2019 likevel vist til at dette fortsatt er utfordrende. Dette blir også bekreftet i denne undersøkelsen. Etatsdirektør viser blant annet til at det har vært en del diskusjoner mellom etaten og andre kommunale helsetjenester når det gjelder

⁸⁰ Retningslinje for etablering i bolig. Psykisk helse og rustjenester Årstad. Opprettet 17.07.2017.

⁸¹ Det blir påpekt at VIP2025-satsingen tar for seg denne utfordringen, og at dette var hovedtema på oppstartsmøtet for VIP2025 i september 2019.

fordeling av ansvar for brukere som har behov for tjenester fra flere kommunale tjenesteytere, og at dette også har vært diskutert med Fylkesmannen. Det fremgår at det blant annet er utfordringer knyttet til grenseflaten mellom psykisk helse og hjemmesykepleien, sykehjemstjenester og etat for tjenester til utviklingshemmede. Også andre viser til at det ikke er tilstrekkelig avklart hvem som skal levere hvilke tjenester blant annet til utviklingshemmede med psykisk sykdom, og at disse brukerne dermed kan havne som «kasteballer» mellom psykiske helsetjenester og etat for tjenester til utviklingshemmede. Det fremgår at dette er en utfordring for om lag 10 brukere, og at bakgrunnen for utfordringen er at tjenestene ikke blir enige om hva som er hovedutfordringen for brukerne – utviklingshemming eller psykiske utfordringer.

I resultatenehetene blir det også vist til utfordringer knyttet til grenseflatene opp mot andre tjenesteytere, når det gjelder brukere med særskilte behov. Denne brukergruppen kan «falle mellom to stoler» fordi det er uenighet om hva som er den mest dominerende lidelsen i sykdomsbildet til brukerne. I en av resultatenehetene blir det pekt på at det er en utfordring at det for eksempel er lite formelt samarbeid mellom resultateneheten og etat for boligforvaltning. Eksempelvis kan en bruker få melding fra Namsmannen om at vedkommende må flytte ut, uten at resultateneheten på forhånd har fått beskjed om utfordringer knyttet til mulig utkastelse. Resultateneheten har formidlet til etat for boligforvaltning at de ønsker å bli ringt opp når det blir signert husleiekontrakt for en bruker, da dette vil gjøre det enklere for resultateneheten å følge opp. Det blir videre vist til at det i liten grad er formelt samarbeid mellom NAV og den ene resultateneheten når det gjelder brukere med psykiske vansker. Det er noe uformelt samarbeid mellom enhetene, men dette gjelder i hovedsak bo-oppfølging til personer med rusproblematikk, og ikke psykiske syke brukere.

Etatsdirektøren understreker at det ikke er innbyggerne som skal tilpasse seg kommunen sine strukturer, men kommunen som må tilpasse seg innbyggernes behov. Per i dag er det diagnosen til brukerne som avgjør hvem som skal yte tjenester, mens etatsdirektøren etterlyser at heller funksjonsnivået hos bruker burde være vektet når man avgjør hvilke tjenester i kommunen som skal være tjenesteytere.

4.4.2 Vurdering

Kommunen er forpliktet til å medvirke til å skaffe boliger med hjelpe- og vernetiltak til de som har behov for det (jf. §3-7 i helse- og omsorgstjenesteloven). Ifølge den nasjonale veilederen *sammen for mestring* er bolig en svært sentral del av arbeidet med å fremme brukernes mestring i eget liv. Bergen kommune har etablert flere botilbud for brukere med psykiske helseutfordringer som er tilpasset brukergrupper med ulike behov. Undersøkelsen viser at det er venteliste for å få tildelt plass i flere av botilbudene for psykisk syke mennesker i kommunen, og at det finnes eksempel på at brukere har stått på venteliste i opptil to år for å få bolig som er tilpasset deres behov. Det blir i denne sammenheng vist til at det er utfordringer knyttet til at mange brukere blir boende i tilrettelagte boliger i betydelig lengre tid enn det som er ønskelig fra kommunens side, og at målet om å øke antall nye beboere i tilrettelagte botilbud ikke blir oppnådd. Det kommer frem i undersøkelsen at resultatenehetene selv peker på at de i for liten grad evaluerer endrede behov for tilrettelagt botilbud og at det ikke i tilstrekkelig grad blir satt i verk tiltak for å motivere brukerne til å bo mer selvstendig/få et tilbud på et annet omsorgsnivå. Deloitte vurderer at det vil være formålstjenlig med en mer strukturert oppfølging når det gjelder dette arbeidet, for eksempel gjennom jevnlig evalueringer, og veiledning til de ansatte om hvordan de kan arbeide for å motivere de aktuelle brukerne til større selvstendighet.

Botilbudet må sees i sammenheng med tjenestene som tilbys i hjemmet. Kommunene har plikt til å sørge for nødvendige oppfølgingstjenester i bolig (§ 3-2 i helse- og omsorgstjenesteloven). Den nasjonale veilederen *sammen om mestring* påpeker at veiledning og oppfølging i bolig, for å bedre evnen til å bo for de som har behov for det, er et viktig element for å oppfylle formålene og utføre kommunens oppgaver både etter sosialtjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

Undersøkelsen viser at det er etablert en rekke tilbud for å bistå og følge opp brukere både i egen bolig og i kommunalt tilrettelagt bolig slik som for eksempel praktisk bistand i hjemmet. Boligoppfølging er tjenester som ytes på tvers av flere byrådsavdelinger. Deloitte merker seg at det i *Boligmelding 2014-2020* blir vist til et behov for en helhetlig gjennomgang av booppfølgingstjenestene i kommunen. Dette er etter det Deloitte er kjent med ikke gjennomført, selv om det er gjennomført innledende møter knyttet til dette. I statusrapporten for oppfølgingen av plan for psykisk helse i 2019 blir det også vist til målet om å sikre

helhetlig og koordinert samarbeid med andre hjelpeinstanser for brukere i boligene, og at dette fortsatt er utfordrende. Denne undersøkelsen understreker behovet for en slik gjennomgang av grenseflatene mellom de ulike tjenestene. Det blir blant annet vist til at noen brukere havner i en «gråson» mellom etater og byrådsavdelinger da det er uenighet om hva som er hovedutfordringer og dermed hvem som skal ha hovedansvar for brukerne. Et forsvarlig helse- og omsorgstilbud forutsetter at kommunale aktører og tjenester samarbeider om tilbudene, og Deloitte mener at det er viktig at kommunen gjennom retningslinjer, aktuelle samarbeidsarenaer og -avtaler tydeliggjør hvilken rolle de ulike aktørene har og når de ulike aktørene skal involveres.

4.5 Aktivitetstilbud

4.5.1 Datagrunnlag

I *Plan for psykisk helse 2016-2020* er det satt opp fire mål som omhandler dagtilbud til brukere av psykiske helsetjenester:

- At alle brukere av psykiske helsetjenester skal ha god informasjon om det som finnes av tilrettelagte kulturtilbud
- Ansatte skal arbeide aktivt for at brukerne får innflytelse på og deltar i driften av aktivitetssentrene, og slik få muligheter for personlig vekst og utvikling
- Aktivitetstilbudene skal i tillegg til kulturelle aktiviteter, vektlegge fysisk aktivitet og økt kunnskap om kosthold og helse
- Aktivitetstilbudene skal arbeide aktivt for økt deltakelse i nærmiljø og samfunnsliv

Resultatenhetene rapportere jevnlig på «andel brukere i regelmessig aktivitetstilbud». I årsmeldingen for Bergen kommune for 2018 blir det vist til at det har vært satt mål om at 50 % av brukerne i bydelene skal delta i aktivitetstilbud (aktivitetstilbud, arbeid og skole). I 2018 blir det rapportert at det er 49 % av brukerne som deltar i slike aktiviteter, mens rapporterte tall fra 2019 viser at 38 % av brukerne deltar i aktivitetstilbud, arbeid og skole. Det fremgår i årsmeldingen for 2019 at det er deltakelse i skole og arbeid som har sunket betydelig ved slutten av 2019.⁸²

4.5.1.1 Aktivitetssentre

Det er opprettet aktivitetssentre for mennesker med psykiske lidelser i hver av de bydelsinndelte resultatenhetene i kommunen:

- Fredheim kurs- og aktivitetshus: bydekkende tilbud i Årstad bydel
- Sydnes aktivitetshus: Bergenhushus bydel
- Toppe aktivitetshus: Arna/Åsane bydel
- Gnisten aktivitetssenter: Fana/Ytrebygda bydel
- Treffstedet Fyllingsdalen: Fyllingsdalen bydel
- LINKEN aktivitetshus: Laksevåg bydel

Aktivitetssentrene er lavterskeltilbud som ikke krever vedtak eller søknad for å kunne benyttes. Det fremgår i *Plan for psykisk helse 2016-2020* at kommunen over mange år har arbeidet for å gjøre aktivitetssentrene mer mangfoldig i tilbud og mer brukerstyrte. Det fremgår videre at det blant annet settes krav til at sentrene holder åpent på kveldstid og i helger dersom brukerne ønsker dette og at det er viktig at de som trenger det får tilbud om nødvendig transport for å kunne benytte sentrene, men at det ikke er behov for en generell hente-bringeordning.

Etatsdirektøren forteller at brukere som for eksempel har utfordringer knyttet til sosial angst har god effekt av å delta på aktiviteter i regi av aktivitetssentrene. Noen brukere har vedtak om samtale med psykiatrisk sykepleier, og man forsøker ofte å fase ut dette tilbudet ved at brukeren tar del i aktivitetstilbudet og gjennom dette blir mer selvstendige.

⁸² Årsmelding 2018 Bergen kommune. Tjenesteområde 03D-psykisk helse: https://pub.framsikt.net/2018/bergen/mr-201812-%C3%A5rsmelding_2018_web/#/budsa/mainmenu/03d
Årsmelding 2019 Bergen kommune. Tjenesteområde 03D-psykisk helse: https://pub.framsikt.net/2019/bergen/mr-201912-%C3%A5rsmelding_2019/#/budsa/mainmenu/03d

Aktivitetssentrene i bydelene som har blitt undersøkt er i hovedsak åpne fra mandag til fredag. På «Treffstedet» i Fyllingsdalen er det også åpent på ettermiddagene i helgene etter ønske fra brukerne. På grunn av åpningstid i helgene er Treffstedet i utgangspunktet stengt tirsdag og fredag, men resultatenheten har gjort en avtale med Fyllingsdalen menighet om at de kan tilby aktiviteter på Treffstedet på tirsdager. I tillegg arrangeres det kurs, med påmelding for interesserte brukere, på fredager. På den måten er det et tilbud til brukerne på Treffstedet hele uken.

Det fremgår at det er aktive brukerråd tilknyttet de tre aktivitetssentrene. Brukerrådene har faste møter og er blant annet deltakende i å bestemme hvilke aktiviteter som blir tilbudt på aktivitetssentrene. I tillegg forteller brukerne at det er forslagskasser på noen av aktivitetssentrene og at de ansatte ofte spør brukerne hvilke aktiviteter de kan tenke seg å være med på (mer om brukermedvirkning under avsnitt 7.4.1).

Det blir nevnt i intervju med både brukerrepresentanter og enhetsledelsen i bydelene at det er lite nyrekruttering av brukere til aktivitetene på aktivitetssentrene, og at det er få yngre mennesker som benytter seg av tilbudene.

Det fremgår at brukerne av Fredheim kurs- og aktivitetssenter i Årstad bydel i hovedsak ønsker et tilholdssted med aktivitetstilbud og i mindre grad er interesserte i tilbud om kurs. Det blir videre fortalt at behovet til brukerne av Fredheim kurs- og aktivitetssenter har endret seg ved at brukerne er sykere og mindre selvhjulpne nå enn før, og de har dermed behov for mer individuell oppfølging. Dette krever at personalet har en annen kompetanse enn det som tidligere var tilfelle.

Aktivitetssenteret Toppe Aktivitetshus i Arna/Åsane er lokalisert på Toppe i Mjølkeråen og ble høsten 2017 etablert ved sammenslåing av tidligere Treffpunktet Arna og Toppe Aktivitetshus.⁸³ Brukerne som er bosatt i Arna mistet dermed sitt lokale aktivitetssenter, Treffpunktet Arna, på Øyrane torg. For å kompensere for avstanden til nytt aktivitetssenter ble det opprettet en kjøre/hente-ordning for brukerne av tilbudet. Praksis er at det er fast tidspunkt for oppmøte på Øyrane torg og at det blir avtalt individuelt på telefon hvem som møter opp på avtalt hentested. Brukerne kjøres også tilbake til Øyrane Torg på ettermiddagen. Det er EPHRT som organiserer transport av brukere. Resultatenhetsleder i Arna/Åsane forteller at transporttjenesten er et tilbud som ble brukt mye i starten etter sammenslåingen, men at det er mindre benyttet i dag.⁸⁴

Det fremgår i intervju at nedleggingen av Treffpunktet Arna har ført til at om lag fem av brukerne av aktivitetssenteret i Arna ikke lenger benytter seg av noen aktivitetstilbud. Resultatenheten i Arna/Åsane har forsøkt å kontakte brukerne per telefon for å oppmuntre dem til å møte opp på aktivitetssenteret i Åsane. Brukerrepresentantene opplever at både lang reisevei og skifte av miljø er årsak til at noen av brukerne i Arna ikke benytter seg av tilbudet om aktiviteter i Åsane. Resultatenheten opplyser at noen av brukerne fra Arna som ikke lenger deltar på aktiviteter gjennom aktivitetshuset har begynt i fast jobb, og at tallene på brukere som har falt fra kan være noe lavere enn først antatt.

Det er vedtatt at aktivitetssenteret i Åsane i løpet av 2020 skal flyttes fra Toppe og inn i lokalene der resultatenheten har sine kontorer. En av grunnene for å flytte aktivitetssenteret er at tilbudet med dette vil bli mer tilgjengelig for en større andel brukerne da det vil bli enklere å komme seg til aktivitetssenteret med kollektivtransport etter flyttingen. Kapasiteten til å ta imot brukere vil også bli bedre ved flytting til nytt og større lokale. Brukerrepresentantene forteller at de er fornøyde med planene for det nye aktivitetssenteret i Åsane, men opplever samtidig, med tanke på relativt nylig nedlegging av aktivitetssenteret i Arna, at det for mange brukere har vært mange forandringer på kort tid. Brukerrepresentantene forteller videre at de har engasjert seg for å beholde tilbudet om transport til aktivitetssenteret i Åsane for brukerne bosatt i Arna, men at dette er ikke avklart.

Enhetene rapporterer jevnlig i Corporater på antall brukere som benytter seg av tilbudene på aktivitetssentrene. Tabellen under viser tall for tredje tertial 2019. Det var til sammen 622 brukere av aktivitetssentrene i 2019. I tabellen fremgår det at det er relativt store forskjeller mellom bydelene når det gjelder hvor mange av brukerne av psykiske helsetjenester som deltar i aktivitetstilbud. Det kan være

⁸³ Resultatenhetene i Arna og Åsane ble slått sammen i 2013.

⁸⁴ Det blir fortalt at resultatenheten ønsker å finne bedre løsninger for en liten gruppe som ikke har anledning å komme seg til det nye aktivitetshuset på egen hånd, og at dette ligger i VIP2025-planen.

verdt å merke seg i denne sammenheng er at det er relativt store forskjeller mellom bydelene når det gjelder grad av selvstendighet hos brukerne. Fyllingsdalen bydel har for eksempel flere institusjonsplasser, mens Fana/Ytrebygda har ingen institusjonsplasser, noe som gjerne vil påvirke hvor aktuelle tilbudene på aktivitetssentrene er for hele brukergruppen. Det fremgår i intervju at det kan være utfordrende å få brukere som bor i tilrettelagte boliger til å benytte seg av tilbudene på aktivitetssentrene, og at dette delvis er på grunn av at boligene har egne aktivitetstilbud.

Tabell 9: Andel faste brukere i regelmessige aktivitetstilbud tredje tertial 2019

	Prosentdel faste brukere i regelmessige aktivitetstilbud	Antall brukere i regelmessige aktivitetstilbud	Antall brukere av resultatenhets tjenester totalt
Bergenhus	34 %	103	306
Fana/Ytrebygda	55 %	149	270
Fyllingsdalen	18 %	40	228
Laksevåg	43 %	101	233
Årstad	40 %	104	259
Arna/Åsane	41 %	125	307
Totalt		622	1603

4.5.1.2 Informasjon om tilbud

På Bergen kommune sine hjemmesider er det tilgjengelig informasjon om aktivitetstilbud i bydelene. Det er, utenom lenke til aktiviteter i bydelene, lagt til informasjon om Fredheim kurs- og aktivitetshus. Fredheim kurs- og aktivitetshus er et byomfattende tilbud, og ikke bare et tilbud for brukerne i Årstad bydel. Det er også lagt inn informasjon om og lenke til *andre aktivitetstilbud*⁸⁵ og *hvordan delta*.⁸⁶

Tabellen under viser hvilken informasjon man får om aktivitetshusene i Fyllingsdalen, Arna/Åsane og Årstad gjennom Bergen kommune sine nettsider.⁸⁷ Som fremstilt i tabellen er det relativt store forskjeller mellom de tre bydelene når det gjelder hvor mye informasjon man får om aktiviteter og tilbud på kommunen sine hjemmesider. Det er videre ulikt hvorvidt informasjonen er oppdatert, om man får kontaktinformasjon til de ansatte på aktivitetssenteret eller eventuelt samarbeidspartnere og om det er lagt inn lenke til egne sider på sosiale media.

Tabell 10: Informasjon om aktivitetssenter i de tre resultatenhetsene på Bergen kommunes hjemmesider

Aktivitetssenter	Informasjon
Treffstedet	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjon om aktivitetshuset Treffstedet • Organisering av Treffstedet • Brukermedvirkning på Treffstedet • Presentasjon av de ansatte på Treffstedet • Henvisning til 17 aktuelle nettsider for mennesker med psykiske utfordringer og deres pårørende • Samarbeidspartnere • Siste nytt (planlagte turer, program for aktiviteter oktober-desember 2019)

⁸⁵ Lenke til informasjon om Amalie Skrams Hus, Fontenehuset, Kraftverksprosjektet og Psykiatrilianansen.

⁸⁶ Det er på den samme siden lagt inn lenke til et *Aktivitetskart*, men denne lenken lar seg ikke åpne (ved forsøk 13.01.2020 og 05.05.2020).

⁸⁷ Undersøkt 13.01.2020. Tilbud i aktivitetssentrene har fra mars 2020 vært påvirket av restriksjoner som følge av COVID-19. Det fremgår av Bergen kommune sine hjemmesider at aktivitetssentrene per 3. juli 2020 har åpnet igjen etter en periode med nedstenging grunnet COVID-19. Aktivitetssentrene har per juli redusert drift og begrenset antall mennesker inne om gangen. For noen av aktivitetssentrene fremgår det at deltagere må melde seg på aktiviteter i forkant.

Aktivitetscenter	Informasjon
	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiviteter (planlagte turer, program, bilder fra turer etc.) • Kontaktinformasjon med lenke til Treffstedets side på Facebook
Fredheim kurs- og aktivitetshus	<ul style="list-style-type: none"> • Oppdatert program for aktiviteter • Informasjon om faste aktiviteter (kulturvandring, Aspergergruppe, allsang, maleverksted, søm/håndarbeide) • NettTV-innslag fra <i>innspillkonferansen for Autisme og touretteutvalget</i> • Informasjon om Fredheim kurs- og aktivitetssenter • Kontaktinformasjon med lenke til Fredheim kurs- og aktivitetssenters side på Facebook
Toppe aktivitetshus	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjon om aktivitetshuset Arna/Åsane • Program for aktiviteter høsten 2019 • Turoversikt for høsten 2019 • Kontaktinformasjon

Sidene til Fredheim kurs- og aktivitetshus og Treffstedet på Facebook er aktivt i bruk. Det fremgår av intervju at Fredheim kurs- og aktivitetshus også sender ut SMS til brukerne om tilbud og aktiviteter. På Treffstedet sin side på Facebook er det oppdatert informasjon om aktiviteter for gjeldende måned.

I intervju med brukere av to av aktivitetssentrene i kommunen blir det fortalt at de ansatte er flinke til å informere om aktiviteter og tilbud til brukerne.

Brukerrepresentantene forteller at det er en oppslagstavle der ansatte henger opp informasjon om tilbud eller annen informasjon til brukerne, men at brukerne ikke alltid får med seg informasjonen som blir slått opp på tavlen. Det blir vist til et eksempel der de faste aktivitetene på et aktivitetssenter ble avlyst to uker på rad på grunn av gjennomføring av kurs for noen påmeldte brukere. Brukerne opplevde at de var dårlig informert om dette, men påpeker at det tidligere ikke har vært slike tilfeller med manglende informasjon.

I statusrapport for plan for psykisk helse, som ble lagt frem for Bergen bystyre i januar 2019, fremgår det at et pilotprosjekt som kalles *Aktivitetskartet* er under planlegging. Dette er et interaktivt verktøy som vil gi oversikt over alle aktuelle tilbud og som også gir gode kommunikasjonsmuligheter begge veier. Deloitte registrerer at det er lagt inn lenke til Aktivitetskartet på Bergen kommune sine nettsider, men denne lenken er ikke fungerende.⁸⁸

4.5.1.3 Andre aktivitetstilbud

Aktivitetssentrene i de tre bydelene vi har undersøkt nærmere har også samarbeid med en del aktivitetstilbud utenfor og innenfor egne lokaler som de tilrettelegger for at brukerne kan delta på. For eksempel har brukerne av aktivitetssenteret i Arna/Åsane treningstilbud gjennom MUDO Gym i Åsane. Videre blir brukerne oppfordret til å bruke frivillighetssentralen i Åsane der de blant annet har sanggruppe, U82-huset og strikkegruppe. I Fyllingsdalen blir det fortalt at resultateneheten har et tett samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut i Bergen kommune, og det er nå startet opp tilbud om behandling på Treffstedet hver tirsdag og torsdag.

Aktivitetssentrene har også samarbeid med *Kunst, kultur og psykisk helse* i Bergen kommune som blant annet tilbyr kulturprogrammet *Den kulturelle lykkepille* til aktivitetssentrene. Dette innebærer jevnlig kurs, konserter og forestillinger. *Kunst, kultur og psykisk helse* tilrettelegger også for andre kunst- og kulturtilbud for mennesker med psykiske helseplager, og står blant annet bak *Tidsskriftet Kraftverk* som to ganger i året utgir en dikt- og kortprosasamling med tekster utformet av uetablerte skrivere som er eller har vært psykisk syke.

⁸⁸<https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-omsorg/helsetjenester/aktivitetstilbud-psykisk-helse/aktivitetstilbud-innen-psykisk-helse>. Sist forsøkt åpnet 03.07.2020.

I tillegg til tilbudene gjennom aktivitetssentrene i bydelene finnes det andre tilbud som alle i kommunen kan benytte seg av som for eksempel det kreative senteret Amalie Skrams Hus, rehabiliteringstilbudet Fontenehuset og idrettslaget Psykiatricaliansen.

Psykiatricaliansen er et idrettslag som ble startet opp i Fyllingsdalen. Psykisk helse Fyllingsdalen har vært aktivt i oppstarten av idrettslaget, men i dag er psykiatricaliansen brukerstyrt, og gir et tilbud til mange brukere i Fyllingsdalen og andre bydeler. Det blir fortalt at Psykiatricaliansen også er populært blant yngre brukere.

4.5.2 Vurdering

Bergen kommune har etablert aktivitetssentre med dagtilbud for mennesker med psykiske lidelser i alle de bydelsvise resultatenehetene. Undersøkelsen gir ingen indikasjoner på at aktivitetssentrene ikke fungerer etter hensikten. Deloitte merker seg likevel at det oppleves som utfordrende for aktivitetssentrene å tiltrekke seg både nye og yngre brukere med dagtilbudene. Undersøkelsen viser også at det er variasjoner i om, hvordan, og i hvor stor grad aktivitetshusene informerer brukerne og eventuelle nye brukere, om tilbud, aktiviteter og ansatte på aktivitetshusene. Det var på revisjonstidspunktet også variabelt i hvor stor grad informasjonen om dagtilbudene på aktivitetssentrene i resultatenehetene var oppdatert, men det fremgår at de ansatte er gode på å informere brukerne om tilbud og aktiviteter gjennom blant annet SMS. Deloitte vil understreke viktigheten av å formidle riktig og tilstrekkelig informasjon om tilbud og aktiviteter til brukerne av aktivitetssentrene, slik at dette bidrar til at både nye og etablerte brukerne har anledning til å delta i tilbudene og holde seg oppdatert på eventuelle endringer.

4.6 Støtte til å delta i meningsfullt arbeid

4.6.1 Datagrunnlag

I *Plan for psykisk helse* blir det vist til at det de siste årene har vært økt fokus på arbeid og utdanning for mennesker med psykiske lidelser, og at det nå er dokumentert at utdanning og arbeid er viktige faktorer for tilfriskning og bedre fungering. I planen er det satt opp mål for hvordan kommunen skal satse på arbeid og utdanning innenfor området psykisk helse. Blant annet fremgår det her at

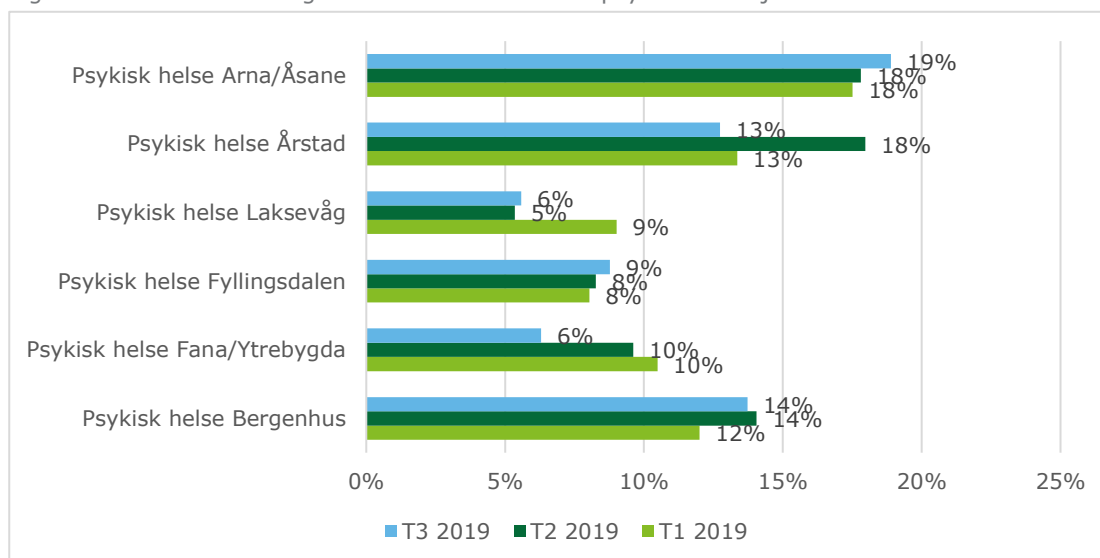
- Bergen kommune skal i samarbeid med NAV øke satsingen på at personer med alvorlige psykiske lidelser kommer i ordinært arbeid/studier
- Øke antallet medarbeidere med brukererfaring i ordinære stillinger der deres kompetanse er relevant

4.6.1.1 Andel brukere i arbeid og arbeidstrening

I statusrapporten fra arbeidet med plan for psykisk helse fremgår det at modellen som kalles IPS (Individual Placement and Support) er en stor satsing innenfor arbeid med psykisk helse i NAV. Det blir videre vist til at psykisk helsearbeid tradisjonelt har bestått av mye individuelle samtaler, men at ordinært arbeid, gjerne parallelt med behandling, i stadig større grad skal tilbys.

Tertialvis utvikling av andel brukere av psykiske helsetjenester som er i arbeid i resultatenehetene i 2019 fremgår i figur 6. Som fremstilt i figuren er det noe nedgang i to av resultatenehetene i løpet av året, med en endring fra henholdsvis 9 % til 6 % og 10 % til 6 % fra første til tredje tertial.

Figur 6: Tertiær utvikling 2019: andel brukere av psykisk helsetjeneste som er i arbeid



I intervju blir det vist til at det er bygget opp flere gode tiltak og programmer for å få brukere ut i arbeid og utdanning. Spesielt blir det vist til tiltak som en del av samarbeidet mellom kommunen og NAV. Blant annet blir kommunens egne arbeidsmarkedsbedrifter nevnt som viktige arena for arbeidstrening. Det blir også vist til at IPS er det tiltaket som gir best resultater i form av å få brukere ut i ordinært arbeid.

For de av etatens brukere som mottar tjenester fra oppsøkende behandlingsteam (FACT-team), er det dedikerte jobbspesialister i alle disse teamene som målrettet arbeider med at brukeren skal komme i arbeid (mer om FACT-team under avsnitt 4.3.1). Det fremgår i *plan for psykisk helse 2016-2020* at tiltaket finansieres av NAV ved at jobbspesialister fra NAV integreres i behandlingsteam i spesialisthelsetjenesten og tilbyr støtte til å finne ordinært arbeid til brukerne, parallelt med at de går i behandling. En av målsetningene i Plan for psykisk helse 2016-2020 er at Bergen kommune i samarbeid med NAV skal øke satsingen på at personer med alvorlige psykiske lidelser kommer i ordinært arbeid/studier.⁸⁹

Etatsdirektør viser også til at det har kommet oppdrag fra BASB om hvordan man kan organisere egen jobbspesialist/IPS-kordinator i resultatenehetene. Det blir vist til at kommunaldirektør har gitt uttrykk for at det er langt fra aktivitetstilbudene som tilbys i bydelene i dag, til det som kan defineres som en meningsfull arbeidshverdag, og at det derfor er ønskelig å få jobbspesialister/IPS-kordinatorer inn i resultatenehetene. I intervju med en resultatenehetsleder blir det vist til at jobbspesialister i resultatenehetene er noe som flere ganger har blitt drøftet på resultatenehetsledermøte hos EPHRT. De tre resultatenehetene som har blitt undersøkt opplyser at det per mars 2020 ikke ennå er etablert en slik ordning med jobbspesialist eller IPS-kordinator i resultatenehetene. I forbindelse med verifisering av rapporten påpeker EPHRT at det ble ansatt IPS-kordinator i etaten februar 2020.

Etatsdirektøren bekrefter at etaten per i dag ikke er kommet langt nok med å tilby brukere av psykiske helsetjenester støtte til meningsfullt arbeid. Det går frem i intervju med resultatenehetene at heller ikke de har egne tilbud på dette området. Å tilby støtte til meningsfullt arbeid for brukere i psykiske helsetjenester er ett av fokusområdene i forbindelse med VIP2025 (se mer om VIP2025 i avsnitt 2.2).

Ingen av brukerrepresentantene Deloitte intervjuet har tilbud om arbeidstrening, men de forteller at de får informasjon om arbeidstreningkurs eller lignende av ansatte på aktivitetssenteret.

4.6.1.2 Medarbeidere med brukererfaring

Utdanningsprogrammet Medarbeidere med Brukererfaring (MB) er et ettårig utdanningsprogram der egne erfaringer fra psykisk sykdom eller rus utvikles til nyttig kunnskap for å hjelpe andre. Programmet har

⁸⁹ Plan for psykisk helse 2016-2020.

pågått i over 13 år og EPHRT opplyser at det per i dag er medarbeidere med erfaringskompetanse/brukererfaring på alle nivå i etaten, både i administrative og brukernære stillinger.⁹⁰

I plan for psykisk helse 2016-2020 blir det vist til at MB-ene bidrar med sin kompetanse i fagteamene og at de bringer håp om bedring til brukerne av de psykiske helsetjenestene. Det fremgår videre at flere av MB-ene har gått videre til utdanning ved høyskole eller universitet eller fått seg jobb utenfor psykiske helsetjenester. Noen har også søkt og fått arbeid som miljøarbeidere eller erfaringskonsulenter.⁹¹

Etatsdirektøren forteller at det er opprettet et eget fagnettverk for medarbeidere med brukererfaring, og at møtene i dette nettverket blir holdt i etatens lokaler. En medarbeider med brukererfaring som er ansatt sentralt hos EPHRT har ansvar for innkalling og referat i forbindelse med møtene. Etatsdirektøren stiller i nettverksmøtene for å svare på eventuelle spørsmål.

Samtlige resultatenheter Deloitte har intervjuet, har ansatt medarbeidere med brukererfaring. I 2019 var det til sammen ansatt 21 medarbeidere med brukererfaring i resultatenheter. Det går frem av intervjuene at dette er ordinære ansatte på lik linje med alle andre ansatte, men at de ofte blir brukt i samtaler med brukerne da de har en unik innsikt i aktuelle problemstillinger. Det blir videre fortalt at brukerne kan være mer villige til å snakke med personer de opplever at deler deres erfaringer.

4.6.2 Vurdering

EPHRT har per i dag ikke et eget tilbud om støtte til meningsfullt arbeid til brukerne med psykiske helseutfordringer. Det kommer frem at tilbud om meningsfylt arbeid er et av områdene kommunen ønsker å satse på gjennom VIP2025. Undersøkelsen viser at det i dag finnes et tilbud gjennom oppsøkende behandlingsteam/FACT-team, men ikke alle er omfattet av dette. Etaten har fått i oppdrag fra BASB å undersøke hvordan man kan organisere jobbspesialister i resultatenheter og at dette har blitt drøftet på resultatenhetsledermøter i etaten. Deloitte merker seg at tilbudet om jobbspesialister/IPS-kordinator i resultatenheter ikke er iverksatt på revisjonstidspunktet, men at det er ansatt en IPS-kordinator på etatsnivå.

Som en del av arbeidet med meningsfullt arbeid er det i Plan for psykisk helse 2016-2020 satt mål om antall medarbeidere med brukererfaring. Undersøkelsen viser at etaten og alle resultatenheter har ansatt medarbeidere med brukererfaringer.

⁹⁰ Etaten blir målt på antall medarbeidere med erfaringskompetanse i styringskortet se også avsnitt 7.4.

⁹¹ Plan for psykisk helse 2016-2020. s. 36.

5. Vedtak om tjenester

5.1 Problemstilling

I dette kapitlet skal vi svare på følgende problemstilling:

I hvilken grad er vedtak om tjenester i samsvar med sentrale krav i forvaltningsloven?

5.2 Revisjonskriterier

I helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 blir det slått fast at forvaltningsloven⁹² gjelder for kommunens virksomhet innenfor helse og omsorg. Det vil si at tildeling av tjenester blir vurdert som enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b), altså «et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer». Reglene i forvaltningsloven gjelder ved tildeling av hjemmebaserte tjenester og institusjonsplass.

Forvaltningsloven stiller en rekke krav til saksbehandlingen i kommunen i forbindelse med enkeltvedtak. Blant annet skal vedtak som blir fattet

- Inneholde begrunnelse. Begrunnelsen skal gis samtidig med at vedtaket blir fattet.⁹³⁹⁴ Kravene til begrunnelsens innhold fremgår av § 25. Her går det frem at begrunnelsen skal
 - vise til de regler vedtaket bygger på
 - nevne de faktiske forhold vedtaket bygger
 - nevne de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn
- Inneholde informasjon om klageadgang, klagefrist, klageinstans og fremgangsmåten ved klage.⁹⁵
- Inneholde opplysninger om partens innsynsrett i sakens dokumenter.⁹⁶

Etter § 7-5 i pasient- og brukerrettighetsloven er fristen for å klage fire uker. For vedtak om tjenester som ikke blir regnet som nødvendige helse- og omsorgstjenester, har søker tre ukers klagefrist i samsvar med forvaltningsloven § 29 første ledd:

Fristen for å klage er 3 uker fra det tidspunkt underretning om vedtaket er kommet frem til vedkommende part

Forvaltningsloven § 17 krever også at kommunen sikrer at en sak er så godt opplyst som mulig før vedtak fattes. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, der det er beskrevet at målet med saksbehandling og tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester er «at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang.» Når det gjelder utredningsplikten som følger av forvaltningsloven § 17 blir det i veilederen blant annet vist til en rekke ulike opplysninger det kan være aktuelt å innhente for å vurdere behovet for tjenester. I veilederen blir det også vist til at opplysninger som er registrert i IPLOS er en del av pasienten/brukerens journal, og er en viktig del av den relevante dokumentasjonen som må innhentes når et tjenestebehov blir utredet.

Forvaltningsloven § 11a viser til at forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre en sak uten ugrunnet opphold. I saker som gjelder enkeltvedtak, skal det gis foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt. Det foreløpige svaret skal gis «snarest mulig», det vil si så snart organet blir klar over at saksbehandlingen vil ta uforholdsmessig lang tid. I svaret skal det

⁹²Justis- og beredskapsdepartementet: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). LOV-1967-02-10.

⁹³ jf. forvaltningsloven § 24 første ledd.

⁹⁴ Det fremgår av forvaltningsloven § 24 andre ledd at i andre saker enn klagesaker kan forvaltningsorganet la være å gi samtidig begrunnelse dersom det innvilger en søknad og det ikke er grunn til å tro at noen part vil være misfornøyd med vedtaket.

⁹⁵ jf. forvaltningsloven § 27 tredje ledd første punktum. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-5 er fristen for å klage fire uker.

⁹⁶ jf. forvaltningsloven § 27 tredje ledd første punktum.

gjøres rede for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere, og såvidt mulig angis når svar kan ventes. Foreløpig svar kan unnlates hvis det må anses «åpenbart unødvendig», men dette er ment som en «forholdsvis snever unntaksadgang».

5.3 Vedtak om tjenester

5.3.1 Datagrunnlag

5.3.1.1 Retningslinjer og rutiner for generell saksbehandling

Det er forvaltningsenheten for psykisk helse som fatter vedtak om psykiske helsetjenester. Deloitte får opplyst at saksbehandlerne i forvaltningsenheten forholder seg til Helsedirektoratet sin *veileder for saksbehandling*⁹⁷ og kommunens styrende dokument *arbeidsprosesser i forvaltningsenhetene i Bergen kommune og kriterier for tildeling av pleie og omsorgstjenester*⁹⁸ ved behandling av søknader.

Det i løpet av revisjonsperioden også startet et arbeid med å utarbeide beskrivelser for arbeidsprosesser knyttet til behandling av søknader, tildeling og utføring av psykisk helsetjenester (både tjenester i og utenfor hjemmet, samt tildeling av tilrettelagt bolig). Disse arbeidsprosessene er tilgjengelig på Bk Kvalitet. Beskrivelsene av arbeidsprosesser og er ikke ferdigstilt på revisjonstidspunktet og gir ikke en fullstendig beskrivelse av rutiner, prosedyrer og eventuelle maler tilknyttet de ulike stegene i behandlingen av søknad og tildeling av tjenester.

I arbeidsprosessene knyttet til saksbehandling av søknader blir det også lenket videre til arbeidsprosessedokument for tildeling av *pleie og omsorgstjenester*. Det fremgår av dokumentet at det gjelder for «Vurderingskontorene i Etat for vurdering og rehabilitering» som er underlagt byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet. Arbeidsprosessedokumentet inneholder informasjon om

- 1) saksbehandling (registrering og behandling av søknad, oppretting/evaluering av vedtak og klagebehandling)
- 2) tildeling av tjenester (blant annet praktisk bistand, psykiatrisk hjemmesykepleie og kommunale serviceytelser som velferdsteknologi og omsorgsboliger)
- 3) annet (blant annet evaluering av omsorgsnivå for brukere som bor i døgnbemannet bofellesskap og føring av venteliste)

Dokumentet beskriver hver arbeidsprosess med tilhørende oppgaver som skal utføres og hvem som er ansvarlig for utførelsen. Det går også frem førende retningslinjer for arbeidsprosessene, som for eksempel hvilke vurderinger som alltid skal gjøres ved behandling av alle søknader. Dokumentet har videre lenker til relevante sider på *Allmenningen* (for eksempel ansatthjelp og e-arkiv), rutiner og lovtekster, og noen steder er det lagt inn kontaktopplysninger til relevante ansatte innen helse og omsorg, men det blir ikke vist til tilsvarende kontaktopplysninger til ansatte innen psykisk helsetjeneste.

Det blir også lenket videre til et dokument som gjelder *Kriterier for tildeling av pleie- og omsorgstjenester*. Det fremgår det at retningslinjen er gjeldende for fire etater innen byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet. Etat for psykisk helse og rustjenester er ikke nevnt blant disse etatene. I forbindelse med verifisering av rapporten påpeker EPHRT at etatsdirektør ved flere anledninger har vært i dialog med eier av dokumentet om at dette skulle gjøres gyldig også for EPHRT. Deloitte får opplyst at i praksis har denne retningslinjen vært benyttet av hele kommunen (inkludert EPHRT) siden den ble utarbeidet.

Tildeling av psykiatrisk hjemmesykepleie (PSS) er en av tjenestene som blir beskrevet i veilederen, i tillegg til tildeling av støttekontakt avlastningstjenester m.m. Eksempel med kriterier for PSS fremgår i tabell 11.

⁹⁷ Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § § 3-2 første ledd nr.6, 3-6 og 3-8. Publikasjonsnummer IS-2442. Helsedirektoratet.

⁹⁸ Kriterier for tildeling av pleie- og omsorgstjenester. Bergen kommune. Oppdatert 28.08.2019.

Tabell 11: Kriterier for psykiatrisk hjemmesykepleie

Tjenestekoder	Tjenestebeskrivelse
PSS	Psykiatrisk hjemmesykepleie
Primær målgruppe/tildelingskriterier:	
<ul style="list-style-type: none"> Hjemmebundne psykisk syke som på grunn av sin sykdom ikke selv kan oppsøke annen helsehjelp. Undersøk om bruker blir ivaretatt av f.eks. psykolog, DPS. Undersøk om bruker har andre tjenester (HSY, VPL) som kan ivareta behov. Med helsehjelp menes handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgs formål og som er utført av helsepersonell. Det er pasientens psykiske tilstand som er avgjørende for hvilken hjelp pasienten har rett til og hvilken kompetanse den som skal yte hjelpen må ha. 	
Tilleggsopplysninger:	
<ul style="list-style-type: none"> Psykiatrisk hjemmesykepleie kan tildeles i påvente av annen behandling. Brukere kan få tjenesten uten en psykiatrisk diagnose, dersom de f.eks. har opplevd krise eller traume, og har behov for oppfølging i en avgrenset periode. PSYOPP – ikke vedtakspliktig tjeneste. Tjenesten gis ved at bruker oppsøker psykiatrisk sykepleier på kontor. 	

Som vist i tabellen over fremgår det at tjenesten PSYOPP ikke er vedtakspliktig. Det blir i intervju videre vist til at tjenesten PSYOPP ikke er tidsbegrenset. For å få denne tjenesten inngås det en avtale om at bruker kan få møter og samtale med psykiatrisk sykepleier utenfor hjemmet. Det er utarbeidet en arbeidsprosessbeskrivelse for tildeling av PSYOPP i BK Kvalitet, men det er ikke lagt til ytterligere retningslinjer knyttet hvilke vurderinger som skal ligge til grunn for tildeling av PSYOPP, som for eksempel hvilke kriterier man må oppfylle for å få tilbud om denne tjenesten. I forbindelse med verifisering av rapporten viser EPHRT til at PSYOPP har de samme tildelingskriterier som PSS, men krever ikke at pasienten er hjemmebunden.

I intervju blir det vist til at det varierer mellom bydelene hvilke brukere som får vedtak og tilbud om de ulike typer tjenester. Det blir nevnt at dette kan skyldes at saksbehandlerne i forvaltningsenheten vurderer ulikt hva som er kriterier for å få de ulike tjenestene og vedtakene, på grunn av at det i liten grad er maler, sjekklister eller lignende som kan brukes som støtte i disse vurderingene (utover det som er beskrevet i over). EPHRT påpeker i forbindelse med verifisering av rapporten at forvaltningsenheten har kriterier for vurdering av tjenester i form av skjema for vurderingssamtale (mer om dette skjema under avsnitt 5.3.1.2), men at det er ikke er utarbeidet tydelige kriterier for innhold i tjenesten da dette avhenger av flere individuelle forhold hos tjenestemottaker som er vanskelig å standardisere.

5.3.1.2 Vedtaksprosessen ved tildeling av tjenester

Oversikt over samlet antall innvilgede og avslåtte søknader vedrørende psykiske helsetjenester, samt avsluttede saker uten behandling og klager på avslag i løpet av 2018 og 2019 går frem av tabell 12.⁹⁹

Tabell 12: Antall søknader, avslag, klager på avslag og avsluttede saker uten behandling 2018 og 2019

	2018	2019
Innvilgede søknader	1360 saker fordelt på 1018 brukere	1408 saker fordelt på 1039 brukere
Avslåtte søknader	220 saker fordelt på 215 brukere	203 saker fordelt på 196 brukere
Avsluttede saker uten behandling	342 saker fordelt på 319 brukere	318 saker fordelt på 293 brukere.
Klagesaker ¹⁰⁰	5 saker	8 saker

⁹⁹ Tallene er hentet ut av fagsystemet Profil og oversendt Deloitte fra EPHRT.

¹⁰⁰ Inkludert tilrettelagte botilbud

Vedtakene som blir fattet av forvaltningsenheten for psykisk helse omfatter blant annet følgende enkeltvedtak:

- Vedtak om psykiatrisk og somatisk hjemmesykepleie
- Tildeling av institusjonsplasser i bosenter og psykogeriatrisk avdeling på sykehjem
- Vedtak om støttekontakt
- Vedtak om avlastning
- Vedtak om omsorgslønn
- Vedtak om praktisk hjelp og bistand
- Vedtak om rehabiliteringstjenester på Myrsæter bo – og rehabiliteringssenter
- Vedtak på tildeling av plass i tilrettelagte botilbud (boliger tilknyttet boteam og bofelleskap med dag- og døgnbemanning som vist i tabell 6 på side 46)
- Velferdsteknologi: medisiner, alarmer etc.

Som nevnt i avsnitt 3.5, er det én saksbehandler i forvaltningsenheten som fatter vedtak om tjenester for hver resultatenhet. I tillegg er det én saksbehandler som fatter alle vedtak om tildeling av botilbud på tvers av resultatene. Saksbehandlere fra Etat for forvaltning i byrådsavdelingen for eldre, helse og frivillighet fatter i noen tilfeller vedtak på tjenester innen psykisk helse. Bakgrunnen for dette er at det i tilfeller der bruker har behov for tjenester både innenfor psykisk helse og pleie- og omsorgstjenester blir gjort en vurdering av hvilket tjenestebehov som er det primære. Utfra denne vurderingen blir det gjort en beslutning om hvilken etat som skal ha hovedansvaret for brukeren, og som dermed også vurderer behov for tjenester for brukeren.

Saksbehandlerne i forvaltningsenheten bruker fagsystemet Profil når de skal saksbehandle søknader. I Profil er det standardiserte deler som skal med i et vedtak, for eksempel informasjon om klagerett. Saksbehandlerne «haker av» for de delene som skal være del av hvert vedtak. Det fremgår at alle vedtak er standardiserte sett bort fra delene som omhandler målsetting og begrunnelse for vedtaket; dette må fylles ut manuelt av saksbehandlerne i Profil for hvert vedtak. Vedtakene blir som oftest sendt ut elektronisk til brukerne.

Det blir vist til at ikke alle de standardiserte delene av vedtak som ligger inne i Profil oppleves som like gode, og at noe av årsaken til dette er at de ulike delene inneholder veldig mye informasjon. Forhenværende leder for forvaltningsenheten forteller at vedtakene kan være på over 12 sider inkludert vedlegg med juridisk informasjon. For eksempel er det én side som omhandler klageretten, og tre sider som inneholder informasjon om IPLOS. Vedtakene i seg selv går over to til tre sider. Forhenværende leder for forvaltningsenheten er usikker på hvor mange som leser innholdet i vedleggene.

Det blir vist til at forvaltningsenheten kontakter aktuell resultatenhet når de mottar en søknad om tjeneste fra en bruker i deres byområde. Saksbehandler og representant fra resultatene drøfter søknaden, og deretter får søker en skriftlig innkalling til en vurderingssamtale med saksbehandler og representant fra resultatene i forbindelse med behandling av søknaden. Bruker kan ha med verge, pårørende eller andre til denne vurderingssamtalen. For å sikre oppmøte til vurderingssamtale får søker også en påminnelse via SMS når avtalen nærmer seg.

Deloitte har fått tilsendt et skjema for vurderingssamtalene. Skjemaet inneholder tema for samtalen med søker. Forhenværende leder for forvaltningsenheten opplyser at noen av saksbehandlerne i forvaltningsenheten for psykisk helse bruker skjema som sjekkliste for å få med alle relevante tema i vurderingssamtalen, men at dette ikke er et skjema som alle bruker og at skjemaet heller ikke er kvalitetssikret. Noen av saksbehandlerne gir dette skjema også videre til ansatte fra resultatene som er med på vurderingssamtalene. Eksempel på tema i sjekklisten er blant annet brukernes forventninger, eventuell diagnose, økonomi, nettverk og boforhold. Etaten understreker i forbindelse med verifiseringen at denne sjekklisten har blitt benyttet i flere år.

Som vist i tabell 12 over er det en vesentlig andel saker som blir avsluttet uten videre behandling. Det blir opplyst om at det er en utfordring at søkere noen ganger ikke stiller opp til vurderingssamtale som de blir kalt inn til i forbindelse med behandling av søknaden. Praxis i disse tilfellene er at saksbehandler gir søker noen flere sjanser til å stille til samtale. Dersom vedkommende ikke stiller på noen av de oppsatte avtalene, får søker beskjed om at dersom søker ikke tar kontakt innen en gitt dato kan ikke forvaltningsenheten for

psykisk helse behandle søknaden. Dersom søknaden ikke kan behandles blir saken avsluttet og bruker får tilsendt et skriv om dette. Dersom søker da ikke tar kontakt blir søknaden avsluttet uten behandling (se tabell 12 for oversikt over antall avsluttede saker uten behandling i 2018 og 2019).

Vedtakene har ulik varighet, og fra/til-dato er oppgitt i selve vedtaket. Noen vedtak varer i ett til to år, mens andre vedtak om tjeneste er gjeldende «inntil endring» (dette kan for eksempel dreie seg om sårstell). Vedtak som gjelder kronisk syke har ofte ikke sluttdato.

Når et vedtak er fattet er det ikke etablert faste frister for evaluering av tjenestene som gis, men Deloitte får opplyst i intervju at tjenestene blir evaluert kontinuerlig. Deloitte får videre opplyst at de fleste saksbehandlerne ved forvaltningsenheten har en årlig gjennomgang med ansatte i de resultatene som de er saksbehandler for, der de gjennomgår vedtakene som gjelder brukere i resultateneheten. For vedtak som er fattet for ett år blir vedtaket ofte evaluert rett før utløpet av tidsperioden for vedtaket. Dersom bruker har mottatt tjenesten over flere år og det er liten grunn til å tro at situasjonen skal endre seg, blir det ofte oppgitt i vedtaket at vedtak om tjeneste evalueres etter to år eller ved endring. Forvaltningsenheten for psykisk helse bruker fagsystemet Profil til å holde oversikt over varighet på vedtak til brukerne.

Forvaltningsenheten er ikke involvert i gjennomføringen av tjenestene, og forhenværende leder for forvaltningsenheten oppgir i intervju at det i stor grad er tillitsbasert hvordan utførerleddet følger opp vedtakene. Retningslinjene sier at dersom behovet endrer seg utover to timer i uken og over en periode på 14 dager, skal avdelingen melde fra om dette til forvaltningsenheten for psykisk helse.

5.3.1.3 Retningslinjer og rutiner for tildeling av bolig

For tildeling av tilrettelagt bolig er det utarbeidet en prosedyre som gjelder forvaltningsenheten for psykisk helse.¹⁰¹ I prosedyren fremgår det at det er forvaltningsenhet for psykisk helse som skal behandle søknader, tildele tilrettelagte botilbud og fatte vedtak om tjenester til målgruppen. Foruten denne prosedyren har EPHRT utarbeidet retningslinje for *intern samhandling om tilrettelagte botilbud*.¹⁰²

Formålet med prosedyren er å sikre at kommunens botilbud for personer med alvorlig og langvarige psykiske lidelser blir hensiktsmessig tildelt.

Proseduren inneholder en beskrivelse av arbeidsprosessen ved mottak og behandling av søknad om bolig i fire deler: 1) saksbehandling av ny søknad, 2) innvilgelse av søknad, 3) avslag og 4) tildeling av bolig. Beskrivelsen tilhørende første punktet er fremstilt i tabell 13.

Tabell 13: Saksbehandling av ny søknad om bolig

A. Saksbehandling av ny søknad
1. Søknaden registreres og skannes inn i søkers journal, med dato for mottatt søknad.
2. Søknaden må være tilstrekkelig opplyst. Dersom ikke sendes forespørsel om innhenting av opplysninger til søker, evt. Person med fullmakt fra søker.
3. Søker skal være informert og ha gitt sitt samtykke til innhenting av slik informasjon.
4. Det sendes forespørsel til Etat for boligforvaltning (EBF) for å undersøke om søker har kommunal gjeld. Har søker slik gjeld, må dette avklares før kommunal bolig tildeles.
5. Søker innkalles til vurderingssamtale. Ved behov foretas et hjemmebesøk hos søker.
6. Det utføres saksutredning i journalsystem samt IPLOS-kartlegging.
7. Søknaden vurderes i henhold til situasjonen på søknadstidspunktet. Særlig kriteriet om alvorlig og langvarig psykisk lidelse vektlegges. Dersom det vurderes at søker kan få forsvarlig hjelp ved andre kommunale tjenester enn tilrettelagt bolig, gis søker avslag. Søkeren kan likevel fremsette søknad om helsetjenester i egen bolig.

¹⁰¹ Tildeling av tilrettelagte botilbud for personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Tilgjengelig i Bk Kvalitet. ID: 2859. Gyldig til 13.08.2020.

¹⁰² Intern samhandling om tilrettelagte botilbud. Gyldig fra 14.08.2019. Revisjonsfrist 13.08.2020. Tilgjengelig i Bk Kvalitet.

A. Saksbehandling av ny søknad

8. Det foretas en konkret og individuell vurdering av hvorvidt søker har behov for rammene boformen gir før enkeltvedtak fattes.
-

Det går også frem i prosedyren at tildeling av bolig skjer etter følgende prioriteringskriterier:

- a) Søker som er inneliggende i spesialisthelsetjenesten, og meldt utskrivningsklar.
- b) Søker uten fast eller egnet bolig.

Videre fremgår det at sammensetning i bolig, tid søker har stått på venteliste, samt søkers ønske og behov skal hensyntas ved tildeling. Kriteriene er ikke nærmere beskrevet, for eksempel går det ikke frem hva som skal hensyntas når det gjelder sammensetning av brukere i bolig og hvilke/hvordan ønsker og behov som skal vurderes.

Som vedlegg til prosedyren er en beskrivelse av ulike botilbud¹⁰³:

- Boliger tilknyttet boteam (OMBPS2)
- Bofellesskap med dagbemanning (OMBPS3)
- Bofellesskap med døgnbemanning (OMBPS4)
- Heldøgns omsorgstilbud i institusjon (Bosenter)
- Psykogeriatriske avdelinger i sykehjem

Når det gjelder retningslinjen for *intern samhandling om tilrettelagte botilbud*, så fremgår det i dokumentet at formålet med retningslinjen er å «sikre forutsigbar og formålstjenlig samhandling om tilrettelagte botilbud som disponeres av forvaltningsenhet for psykisk helse». Beskrivelsene som fremgår videre i retningslinjen er knyttet til forarbeid og kartlegging dersom en bolig blir ledig, og hvem i etaten som er ansvarlig utfører for de ulike delene. Det er for eksempel resultatenheten som er ansvarlig for at aktuell kandidat får bistand ved kontraktsinngåelse dersom dette er ønskelig. Videre blir det beskrevet at det er forvaltningsenheten som har avgjørelsesmyndighet dersom det er uenighet mellom resultatenheten og forvaltningsenheten om tildelt plass i bolig¹⁰⁴, og at forvaltningsenheten er ansvarlig for «tomgangsleie» dersom en boenhet står ledig frem til ny beboer flytter inn.

5.3.1.4 Vedtaksprosess ved tildeling av bolig

Brukerne som søker om tilrettelagt bolig blir kalt inn til vurderingssamtale med forvaltningsenheten i samsvar med punkt 5 fra prosedyren Tildeling av tilrettelagte botilbud for personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser, som fremstilt i tabell 13.

Som nevnt i avsnitt 4.4.1 blir plasser i de tilrettelagte boligene vurdert ut fra behov og ikke for eksempel ventetid på ledig plass.¹⁰⁵

Det blir vist til at når forvaltningsenheten tildeler plass i tilrettelagt bolig er praksis at de sender ut oversikt over tre mulige kandidater til resultatenshetsleder med ansvar for den aktuelle boligen. Forvaltningsenheten sender løpenummer på kandidater per e-post til resultatenshetsleder i aktuell bydel i prioritert rekkefølge. Enhetsleder bes å lese seg opp på kandidatene og melde tilbake til forvaltningsenheten innen 2-4 dager. Avdelingsleder i boligene er i utgangspunktet ikke en del av denne prosessen, men resultatenshetsleder kan velge å koble på avdelingsleder dersom det er behov for det.

Resultatsenshetsleder kommer deretter med innspill til hvem av de tre som vil være en god kandidat til de ulike botilbudene i bydelen som enheten har ansvar for. Innspill kan omhandle fordeling av kjønn i boligene; det vil for eksempel ikke være ønskelig å plassere en kvinnelig bruker i en bolig bestående av bare menn. Det fremgår at resultatenshetsleder som oftest blir hørt gjennom disse innspillene.

¹⁰³ Beskrivelse av tilbudene går frem av tabell 6 og tabell 8 i kapittel 4.

¹⁰⁴ Mer om prosess for tildeling av plass i bolig i neste avsnitt.

¹⁰⁵ Etaten opplyser at det ikke er gjort beregninger på ventetid for brukere på venteliste til de ulike botilbudene. Det blir vist til at forvaltningsenhet for psykisk helse har god oversikt på ventelistetid og en slik beregning er vurdert som lite hensiktsmessig.

Dersom prioriteringen av aktuell kandidat skal omgjøres, må det framkomme nye opplysninger i saken som ikke var framkommet i saksutredningen under forarbeidet/kartleggingen som er gjort av forvaltningsenheten. Det blir fortalt i intervju at avdelingsledere i boliger noen ganger er uenige i utvelgelsen, men det er forvaltningsenheten sin vurdering som veier tyngst.

Det blir opplyst i intervju at vedtak om plass i tilrettelagt bolig ikke er tidsavgrenset og at det per i dag ikke er et godt system for å evaluere endringer i behovene hos beboere i tilrettelagte boliger. Det er opp til avdelingsleder for boligene å rapportere dersom det er store endringer i hjelpebehovet knyttet til brukerne i tilrettelagte boliger.

5.3.1.5 Stikkprøvekontroll

Deloitte har gjennomført stikkprøvekontroll for å vurdere i hvilken grad vedtak om tjenester er i samsvar med sentrale krav i forvaltningsloven. Deloitte har til sammen gjennomgått 21 vedtak vedrørende i de tidligere resultatenehetene psykisk helse Arna/Åsane, psykisk helse Årstad og psykisk helse Fyllingsdalen.¹⁰⁶ Deloitte har valgt ut stikkprøver av vedtak som gjelder følgende tjenester:

- Omsorgsbolig psykisk helse kategori 2
- Omsorgsbolig psykisk helse kategori 3
- Omsorgsbolig psykisk helse kategori 4
- Hjemmesykepleie natt
- Praktisk bistand husholdning
- Ledsagerbevis
- Praktisk hjemmesykepleie
- Botjenester praktisk husholdning
- Praktisk bistand person psykisk helse
- Støttekontakt psykiatri
- Psykiatrisk hjemmesykepleie
- Hjemmesykepleie
- PBH en hjelpende hånd
- Omsorgslønn psykisk helse

Begrunnelse

20 av de 21 sakene som Deloitte har fått tilsendt er dokumentasjon på vedtak. I en av sakene er det kun dokumentasjon på tildeling av bolig (det er forskjell på vedtak om rett på bolig og faktisk tildeling av en gitt bolig). I saken som kun omhandler tildeling, har søker allerede vedtak om tilrettelagt bolig som vedkommende bor i på søknadstidspunktet. Vedkommende søker om å bytte til en bolig med lavere omsorgsnivå. På spørsmål om denne saken får Deloitte opplyst at det er vanlig praksis i forvaltningsenheten å ikke utarbeide et nytt vedtak i tildelingssaker der bruker allerede har fått vedtak om bolig fra kommunen.

I de 20 andre vedtakene som er undersøkt inngår en beskrivelse av begrunnelsen for vedtaket. Her blir det opplyst om de faktisk forhold som for eksempel brukerens diagnose og behov. Noen begrunnelser er kortfattet og viser kun til diagnose og rettighet, mens andre begrunnelser er mer fylldige og definerer mål med tjenesten som skal ytes. I noen av vedtakene blir det også opplyst om ytterligere alternativer for brukeren som f.eks. «dersom du velger å etablere deg i egen bolig kan du søke om nødvendige helsetjenester i hjemmet, jf. Lov om helse- og omsorgstjenester § 3-2 nr. 6 a og b».

Saksbehandlingstid

I arbeidsprosesser i forvaltningsenhetene i Bergen kommune blir det slått fast at saksbehandlingstid ikke skal være mer enn 4 uker fra søknaden blir registrert. Det går frem at dersom det er dokumentert at det går noe tid på å fremskaffe opplysninger i saken, skal det sendes varsel til søker om forlenget saksbehandlingstid. Videre fremgår det at forvaltningsenheten har ansvar for at en sak er tilstrekkelig opplyst, men at det aldri skal gå mer enn 3 måneder før vedtaket blir fattet.

I fem av de 20 sakene foreligger det vedtak, men ikke en skriftlig søknad, og det er følgelig ikke mulig å identifisere saksbehandlingstid. Deloitte får opplyst at tre av disse fem sakene er et resultat av at

¹⁰⁶ I noen av sakene var det lagt ved vedtak for flere tjenester til samme person

forvaltningsenheten og gjeldende resultatenhet har gjort en gjennomgang av tjenestetilbudet til brukerne, noe som har ført til at det har blitt fattet vedtak om nye tjenester. På grunn av at dette har vært en intern prosess i etaten er det følgelig ikke sendt søknad om tjenester og dermed heller ikke oppgitt en søknadsdato. I to av de seks sakene blir det opplyst om at tilsendte vedtak erstatter utløpte vedtak, og at nye vedtak er gjort etter en evaluering fra utførerleddets side om hva som er tjenestebehovet.

I ni av de 15 sakene hvor det foreligger en søknad var saksbehandlingstiden over fire uker. Saksbehandlingstiden for disse ni sakene varierer mellom 6 uker og 20 uker. I to av tilfellene der saksbehandlingstiden var over fire uker ble det sendt ut foreløpig svar hvor det blir henvist til forvaltningsloven § 11a. Det blir i begge de foreløpige svarene opplyst om at lang saksbehandlingstid skyldes stor saksmengde og at saksbehandler vil ta kontakt med søker på et gitt tidspunkt (ca. fire uker frem i tid). Dette går ikke frem når saken er forventet å bli behandlet ferdig.

I de resterende syv sakene med behandlingstid over 4 uker kan ikke Deloitte se at det har blitt sendt ut foreløpig svar til søkerne.

Tabell 14: Stikkprøve av vedtak: foreløpig svar

Saksbehandlingstid (utover 4 uker)	Tjeneste som det er søkt om	Foreløpig svar
8 uker	OMBPS2 (bolig)	
8 uker	OMBPS3 (bolig)	
20 uker	PSS	
6 uker	Hjemmesykepleie natt	
8 uker	Støttekontakt	
7 uker	Hjemmesykepleie	
10 uker	Omsorgslønn	
8 uker	OMBPS4 (bolig)	OK
10 uker	OMBPS3 (bolig)	OK

I forbindelse med verifisering av rapporten bekrefter EPHRT at det ikke er sendt ut foreløpig svar til alle søkerne. Etaten viser videre til at det ikke er rutine for å sende ut foreløpig svar i disse sakene da eksisterende vedtak uansett løper videre under saksbehandlingstiden, og den forlengede saksbehandlingstiden har ingen negativ konsekvens for tjenestemottakeren.

Deloitte merker seg at det i flere av sakene er søkt om nye tjenester. Ikke alle søkerne har et eksisterende eller tilsvarende tilbud på vedtakstidspunktet.

Klagerett, klagefrist, klageinstans og fremgangsmåte ved klage

I arbeidsprosesser i forvaltningsenhetene i Bergen kommune fremgår det at Fylkesmannen er klageorgan for alle vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Videre står det at klagenemda i Bergen kommune er klageorgan for vedtak om kommunale serviceytelser. Det fremgår også at både klagesaker som skal omgjøres administrativt og klagesaker som skal oversendes til klageorganet, skal gjennomgå av en annen saksbehandler.

I alle vedtakene som Deloitte har gjennomgått er det opplyst om at søker har rett til å klage på vedtaket etter forvaltningsloven § 28. I de samme vedtakene blir det også opplyst om klagefrist og at dette skal sendes til Forvaltningsenheten for psykisk helse. I 11 av de 20 vedtakene blir det opplyst om at en eventuell klage endelig behandles av Fylkesmannen.

I en av sakene ble avslag på søknad om tjeneste påklaget av søker. Søker ble da kalt inn til ny vurderingssamtale og fikk medhold i klagen og vedtak om tjenesten samme dag. Det går fram at opprinnelig søknad og klagen på vedtaket er behandlet av samme saksbehandler.

I syv av vedtakene blir det vist til Forvaltningsloven § 29 med en klagefrist på 3 uker. I 12 av vedtakene blir det vist til pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 og klagefrist på 4 uker. En av sakene er vedtak på to ulike tjenester, her blir det vist til både forvaltningsloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Forskjell i klagefrist følger regelverket som vedtaket er fattet med hjemmel i. Informasjonen om klagefristen er likt formulert i alle vedtakene der dette er opplyst om. Under overskriften «klage» står det enten:

«Vedtaket kan påklages. Klagefrist er tre uker fra den dato du mottok avslaget, jfr. Forvaltningsloven § 29. Vedlagt følger også informasjon om hvordan du skal gå fram dersom du ønsker å klage og/eller innsyn i sakens dokumenter».

Eller

«Dersom du er uenig i vedtakets innhold, kan du klage. Klage fremmes til forvaltningsenheten og behandles endelig av Fylkesmannen. Du kan fremme klage muntlig eller skriftlig og klagen må begrunnes. Klagefristen er 4 uker, se pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2».

Alle vedtakene i stikkprøvekontrollen har vedlagt dokumentet «*underretning om partsrettigheter ved enkeltvedtak*». I dette skjemaet blir det opplyst om 1) at klagen skal sendes til avsender for meldingen, 2) når klagen skal være poststempelt, 3) at klager må identifisere saken eller vedtak som påklages ovenfor forvaltningsorganet, 4) sakskostnader i forbindelse med en forvaltningssak og 5) at det også er mulig å klage saken inn til sivilombudsmannen eller for rettslig behandling av domstolene. Det går også fram at forvaltningsorganet som behandler saken vil kunne gi nærmere veiledning om adgangen til å klage.

I saken som er gjennomgått som er en tildeling, og ikke et vedtak, er det ikke opplyst om klagerett, klageinstans eller klagefrist.

5.3.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at EPHRT er i ferd med å utarbeide beskrivelser av arbeidsprosesser med tilhørende rutiner og prosedyrer for behandling og vurdering av søknader om psykiske helsetjenester. Deloitte merker seg at etaten viser til prosedyrer og veiledere som i utgangspunktet er knyttet til pleie og omsorgstjenester. Deloitte mener det må tydeliggjøres i disse rutinene om de også gjelder for saksbehandling i EPHRT. Deloitte mener likevel at det mangler viktige rutiner som omhandler sentrale deler ved saksbehandlingen av psykiske helsetjenester, og mener at dokumentering av slike rutiner bør inngå i etatens videre arbeid med å etablere arbeidsprosesser og rutiner i Bk Kvalitet. Manglende skriftlige rutiner er ikke i samsvar med krav til god internkontroll og utgjør en risiko for ulik praksis i saksbehandlingen mellom ulike saksbehandlere, og eventuelt brudd på regelverk. Deloitte vil i denne sammenheng blant annet peke på følgende punkt:

- Det fremgår i liten grad hva som skiller den lovpålagte og vedtakspiktige tjenesten PSS fra den ikke vedtakspiktige PSYOPP, og hvilke kriterier som legges til grunn for tildeling av disse to tjenestene. Det blir vist til at det kan være noe ulik praksis knyttet til tildeling av disse to tjenestene og Deloitte mener derfor at det kan tydeliggjøres for å sikre lik praksis. Dette er særlig viktig ettersom den den førstnevnte tjenesten er en lovpålagt helsetjeneste.
- Undersøkelsen viser at det foreligger en sjekklister for vurderingssamtale og denne er sentral for å kartlegge og vurdere om søker kvalifiserer for psykisk helsetjeneste og ev. hvilke tjenester det er behov for. Samtidig fremgår det at ikke alle benytter denne og at den formelt ikke har vært kvalitetssikret. Sjekklister foreligger heller ikke som en del av arbeidsprosessene i Bk Kvalitet. Deloitte vil vise til viktigheten av å etablere og tilgjengeliggjøre felles maler og rutiner for å legge til rette for en lik praksis på tvers av saksbehandlere.
- Undersøkelsen viser at flere søknader om tjenester blir avsluttet uten vedtak dersom søker ikke møter til vurderingssamtale. Det er Deloittes vurdering at den som har søkt om tjenester må få svar på søknad i form av vedtak i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2. Deloitte forstår at det kan være utfordrende at søker ikke møter til vurderingssamtale og at dette kan

svekke beslutningsgrunnlaget. Kommunen må likevel bruke de opplysninger som foreligger, og fatte vedtak på bakgrunn av dette. Eventuelt avslag vil gi søker klagerett. For å sikre riktig og lik praksis bør behandling av slike saker eksplisitt fremgå av kommunens rutiner for saksbehandling.

- Deloitte merker seg i sammenheng med denne stikkprøvekontrollen at det blir vist til at det ikke alltid blir fattet et *nytt vedtak* i saker der bruker får endret botilbud (for eksempel om en søker om et høyere eller lavere omsorgsnivå). Deloitte stiller spørsmål ved om det ikke ved denne type endringer også bør fattes nytt vedtak for å gjenspeile den nye tjenesten, og dermed gi brukeren tilhørende klageadgang. Kommunens praksis bør fremgå i skriftlige rutiner for å sikre en rett og lik praksis uavhengig av saksbehandler.
- Det fremgår av stikkprøvekontrollen at saksbehandlingstiden for 9 av de 20 gjennomgåtte vedtakene var på over fire uker, men det ble bare sendt ut foreløpig svar i to av disse tilfellene. Det er Deloitte's vurdering at kommunens praksis i disse tilfellene bryter forvaltningslovens § 11 a som stiller krav om at det sendes foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av fire uker etter at den er mottatt. Deloitte merker seg også at etaten i verifisering viser til at det ikke er rutine for å sende ut foreløpig svar i saker hvor et eksisterende vedtak løper videre under saksbehandlingstiden, og at den forlengede saksbehandlingstiden derfor ikke har negativ konsekvens for tjenestemottakeren. Deloitte mener at kravet om foreløpig svar også gjelder denne søkergruppen, og at dersom søker har behov for nye/endrede tjenester skal søknad om dette behandles i samsvar forvaltningsloven § 11a.
- I foreløpige svar skal det gjøres rede for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere, og såvidt mulig angis når svar kan ventes. I de to foreløpige svarene som Deloitte har gjennomgått fremgår det begrunnelse (lang saksbehandlingstid), men det blir ikke gitt informasjon om hvor lang tid saksbehandlingen er forventet å ta. Deloitte mener at Bergen kommune må gjøre en gjennomgang for å vurdere om det kan iverksettes tiltak for å sikre raskere saksbehandlingstid og for å sikre at foreløpige svar sendes ut, og at disse i størst mulig grad opplyser søkeren om forventet saksbehandlingstid dersom saksbehandlingen tar mer enn fire uker.

Stikkprøvekontrollen viser at alle vedtakene inneholder opplysninger om klagerett, klagefrist og klageinstans.

6. Arbeidet med individuell plan

6.1 Problemstilling

I dette kapitlet skal vi svare på følgende problemstilling:

I hvilken grad er det lagt til rette for god samhandling mellom tjenestene for brukere med behov for koordinerte tjenester?

Under dette:

- I hvilken grad er arbeidet med individuell plan organisert på en hensiktsmessig måte?
- I hvilken grad er det etablert individuell plan for brukere med psykiske vansker og med behov for koordinerte tjenester?

6.2 Revisjonskriterier

Flere lover omtaler at personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan (jf. blant annet kapittel 7 i helse- og omsorgstjenesteloven og § 2-5 i pasient- og brukerrettighetsloven). Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder.

Under § 19 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator fremgår det hva som skal være hovedpunkter i en individuell plan:

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

Helsedirektoratets veileder *Sammen om mestring* omtaler blant annet **ansvarsgrupper**, som består av brukeren, eventuelt pårørende og de sentrale tjenesteyterne.¹⁰⁷ Formålet med ansvarsgruppen er å planlegge, følge opp og samordne innsatsen fra de involverte tjenestene. Etablering av ansvarsgruppe er ikke lovpålagt, men blir anbefalt som en god arbeidsform når det er flere tjenesteytere involvert og det er behov for å koordinere innsatsen rundt den enkelte bruker. I veilederen blir det påpekt at forskning viser at å etablere ansvarsgruppe er en hensiktsmessig måte å følge opp brukerne på.

¹⁰⁷ Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet.

6.3 Organisering av arbeidet med individuell plan

6.3.1 Datagrunnlag

6.3.1.1 Organisering av arbeidet med IP

Bergen kommune har utarbeidet styrende dokumenter for arbeidet med individuell plan (IP) i kommunen. De mest sentrale dokumentene er *Prosedyre for utnevning av koordinator og oppstart av individuell plan (IP) i Bergen kommune*,¹⁰⁸ *Mal for individuell plan i Bergen kommune – skjema for utfylling*,¹⁰⁹ *Bruksanvisning til utfylling av mal for individuell plan i Bergen kommune*¹¹⁰, og *Mal for informert samtykke*¹¹¹. Dokumentene er tilgjengelige for de ansatte på *Allmenningen*.

Prosedyre for utnevning av koordinator og oppstart av individuell plan (IP) i Bergen kommune beskriver aktiviteter som skal gjennomføres ved utarbeiding av en IP og hvem som har ansvar for de ulike oppgavene. Aktivitetene er delt opp i fem faser:

1. Utnevne koordinator
2. Aktiviteter ved uklarheter om koordinatoransvaret
3. Oppstart av planarbeid: koordinator og IP
4. Ansvar for opplæring av koordinator og individuell plan
5. Klage individuell plan.

I *Mal for individuell plan i Bergen kommune – skjema for utfylling* fremgår det at den individuelle planen skal inneholde opplysninger om pasienten, hovedkoordinator med ansvar for samordning, samtykke fra pasient/bruker (jf. pasient- og brukerrettighetsloven kap.4), informasjon om ansvarsgruppe samt andre kontakter og viktige nærstående personer. Videre skal juridiske forhold og andre viktige opplysninger oppgis (som vedtak og medisinske opplysninger) og status for situasjonen i dag og brukerens ønsker, behov og ressurser. I den siste delen av malen for individuell plan er det lagt opp at det skal fylles inn hovedmål og delmål for brukeren. Her skal det også oppgis hva som er tiltak for å nå hovedmålet og delmålet, hvem som er ansvarlig person og instans, og dato for evaluering av tiltaket.¹¹²

Bruksanvisning til utfylling av mal for individuell plan i Bergen kommune inneholder en detaljert beskrivelse av hva som skal inngå i en individuell plan, hvor i planen teksten skal stå og hvem som har hovedansvar for de ulike tiltakene i planen.¹¹³ I dette dokumentet står det også forklaringer til hvert punkt i den individuelle planen. For eksempel står det at det skal avtales sammen med bruker fra hvilken dato utarbeidet plan skal ta til å gjelde og hvilken dato som skal settes som evaluering- og/eller sluttdato. Under «evaluering/revisjon» fremgår det at evaluering og revisjon av IP skal skje minimum halvveis og ved slutten av planperioden. Det fremgår også at evalueringen halvveis brukes som en mulighet til å justere mål og tiltak utfra hvordan arbeidet har gått. Under «delmål» står det uthevet at målene ikke må formuleres som tiltak, fordi det da vil være vanskelig å evaluere om målene er nådd eller ikke.

Videre er det utarbeidet en mal for *informert samtykke*. Her fremgår det at det ved utarbeidelse av individuell plan forutsettes samarbeid mellom bruker og tjenesteyter, og at utveksling av nødvendige opplysninger legger grunnlaget for utarbeidelse av planen. For at nødvendig utveksling av opplysninger skal foregå, må bruker gi sitt samtykke til dette. I malen må deltakere i planarbeidet oppgis. Malen er tilpasset for samtykke for både barn og voksne. Malen åpner videre for at det skal være mulig å oppgi om bruker har spesifikke etater eller ansatte som det *ikke* er ønskelig at skal delta i planarbeidet.

¹⁰⁸ Bergen kommune. *Prosedyre for utnevning av koordinator og oppstart av individuell plan (IP) i Bergen kommune*. Sist revidert 10.08.2018. Gyldig til 01.11.2019.

¹⁰⁹ Bergen kommune. *Mal for individuell plan – skjema for utfylling*. Gyldig til 01.11.2021

¹¹⁰ Bergen kommune. *Bruksanvisning til utfylling av mal for INDIVIDUELL PLAN for Bergen kommune*. Ikke datert.

¹¹¹ Bergen kommune. *Informert samtykke i individuell plan*. Gyldig til 01.11.2021.

¹¹² Helse Bergen HF og Bergen kommune bruker felles mal for individuell plan og malen er tilgjengelig både på Allmenningen og på Helse Bergen sine nettsider. Versjonen som er tilgjengelig på Allmenningen har en annen layout og er oversatt fra nynorsk til bokmål. Ellers er innholdet i malen det samme som i versjonen på Helse Bergen sine nettsider.

¹¹³ Dokumentet tar for seg rollene som koordinator, bruker eller samarbeidsansvarlig

På Allmenningen ligger også Helsedirektoratet sine veiledere *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* og *Veileder om oppfølging av personer med stort og sammensatte behov*¹¹⁴ tilgjengelig for de ansatte.

I forbindelse med verifisering av rapporten påpeker EPHRT at arbeid med IP er en prosess som hele tiden styres og påvirkes av pasientens ønsker og helse. Resultatenhetene i EPHRT benytter anbefalingene i Helsedirektoratets veilederen aktivt, og etaten har derfor ikke sett overordnet behov for å detaljregulere arbeidet i enhetene ut over dette.

I kvalitetssystemet Bk Kvalitet blir det vist til prosess ved saksbehandling av søknad om IP. Det blir vist til at det er samme prosess for saksbehandling av IP som ved saksbehandling av andre typer søknader og henvendelser med: 1) mottak av søknad / henvendelse hos forvaltningsenheten, 2) innsamling av opplysninger, 3) samtale med bruker og endelig 4) avslag eller innvilgning av tjeneste (se kapittel 5 som omhandler vedtak om tjeneste). Forhenværende leder av forvaltningsenheten opplyser at det er resultatenhetene som har ansvar for å tilby og innvilge IP, og at forvaltningsenheten i praksis ikke er involvert i dette arbeidet.

Dersom det kommer søknad om IP og søker ikke oppfyller vilkårene, har de rett på avslag med klagerett.¹¹⁵

Koordinerende enhet

På *Allmenningen* er det en temaside som omhandler *Individuell plan og koordinator*. Her er det blant annet lagt inn informasjon om *Hvordan få en individuell plan/koordinator*, hvor det står at «dersom bruker allerede har tjenester i kommunen, kan en av tjenesteyterne igangsette arbeidet med individuell plan og koordinator slik prosedyren beskriver».¹¹⁶ Det fremgår videre at bruker av psykiske helsetjenester kan be om en IP og koordinator gjennom å kontakte forvaltningsenhet for psykisk helse. Videre fremgår det at man kan ta kontakt med koordinerende enhet i sitt byområde dersom man har spørsmål knyttet til IP, koordinator etc.

Koordinerende enhet skal bidra til å se alle helse- og omsorgstjenestene i sammenheng og sørge for at det oppnevnes en koordinator til en bruker, dersom det ikke er mulig å få en enhet i bydelen til å ta ansvaret for koordineringen av vedkommende sine kommunale tjenester. De koordinerende enhetene er per i dag delt opp i tre soner:

- Sone nord (Arna, Bergenhus og Åsane)
- Sone vest (Fyllingsdalen og Laksevåg)
- Sone sør (Fana, Ytrebygda og Årstad)

De koordinerende enhetene avdeling vest og sør er relativt nyopprettede enheter. Alle enhetene består av enhetsledere fra aktuelle enheter i byområdet til de ulike sonene. Dette vil for eksempel være enhetsledere fra NAV, enhetsledere for hjemmesykepleien og enhetsledere for tjenester til utviklingshemmede i tillegg til enhetsledere for psykisk helsetjenester.

I den ene resultatenheten for psykisk helse som inngår i Deloittes undersøkelse, er resultatenhetsleder aktivt deltagende i den koordinerende enheten i sitt byområde. Det blir fortalt at resultatenheten ikke ennå har fått oppdrag som koordinator fra den koordinerende enheten. Sakene som har blitt tatt opp har dreid seg om svært komplekse saker om barn i vanskelige situasjoner og er derfor ikke relevante for resultatenheten.

I de to andre resultatenhetene er det ikke etablert samarbeid med koordinerende enhet, og de intervjuede kjenner i liten grad til arbeidet som blir gjort av denne enheten. Fagleder i den ene resultatenheten forteller i intervju at de trolig kunne hatt behov for støtte fra denne enheten, men at de ikke har opplevd den som

¹¹⁴ Helsedirektoratet. *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Sist endret: 30.01.2018
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

¹¹⁵ Tjenestemottakere som ikke har behov for langvarige og sammensatte tjenester ansees å ikke være i målgruppen for IP.

¹¹⁶ Bergen kommune. Prosedyre for utnevning av koordinator og oppstart av individuell plan (IP) i Bergen kommune. Sist revidert 10.08.2018. Gyldig til 01.11.2019.

tilgjengelig. Det fremgår at den ene resultatenheden i noen tilfeller kontakter forvaltningsenheten for å søke om koordinator for IP utenfor resultatenheden. Dette kan for eksempel være aktuelt for nye unge brukere med autisme eller Aspergers syndrom som krever en del oppfølging av eksterne tjenester, for eksempel skole, fastlege eller helsesykepleier.

Arbeid med IP i resultatenheter

Kommunen opplyser at alle som er i målgruppen og som mottar tjenester fra EPHR, skal få tilbud om IP. Brukerne som takker nei til IP skal videre få tilbud om ansvarsgruppe.¹¹⁷ Det er opprettet en egen modul for IP som ligger i kommunens pasientjournalssystem, Profil. Etatsdirektør forteller at ikke alle brukere har en IP som er skrevet inn i fagsystemet Profil, men at alle brukere som har IP skal ha en plan og en koordinator.

Etatsdirektøren opplyser videre om at de fleste som har IP innen psykisk helse har koordinator fra tjenestene under EPHRT, men at noen brukere har koordinator fra andre virksomheter (for eksempel DPS) og i disse tilfellene er ansatte fra psykisk helse i EPHRT deltakere.

Resultatenheterne bekrefter at alle brukere i målgruppen får tilbud om IP. Det blir fortalt at det er etablert praksis å spørre brukerne om dette når de blir brukere av tjenestene, men at ikke alle resultatenheterne har etablert skriftlige rutiner, prosedyrer eller lignende for arbeidet med IP i resultatenheterne.

I én av de tre resultatenheterne Deloitte har undersøkt er det utarbeidet en egen retningslinje for IP der det blant annet blir definert hva som er formålet med IP og koordinator, ansvarsdeling, definisjon av koordinator og retten til IP. Retningslinjen har flere lenker til regelverk og som vedlegg er det lenke til samtykkeskjema og Helsedirektoratets *veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Det blir ikke vist til styrende dokumenter for arbeid med IP og koordinatører i kommunen i dette dokumentet. Dokumentet viser heller ikke til temasiden som omhandler IP og koordinatører på *Allmenningen*.

Når det gjelder evaluering av IP, blir det i én av resultatenheterne opplyst om at alle vedtak om individuell plan blir evaluert minst en gang i året.

En annen resultatenhetsleder viser til at de brukerne som har ansvarsgrupper, men som har takket nei til IP, blir spurt om de vil ha IP én gang i året. Resultatenheterne forteller at de ikke har skriftlige rutiner på dette, men Deloitte får opplyst at dette gjøres årlig i forbindelse med IPLOS registrering¹¹⁸. Forespørselen med påfølgende svar blir registrert i elektronisk pasientjournal.

I forbindelse med stikkprøvegjennomgangen ble det oppdaget en feil knyttet til den ene resultatenhets rapportering på antall IP i fagsystemet Profil. Det viste seg at eldre og utløpte IP-er ikke var fjernet fra resultatenhets oversikt i Profil, og at dermed ikke-aktive IP-er blir rapportert som aktive. Deloitte får forklart at opplysningene om IP-er i enheten er knyttet til IPLOS- registreringer, og at dersom det ikke er oppdaterte IPLOS-registreringer for en bruker kan det, som i dette tilfellet, føre til at enheten har registrerte IP-er som ikke lenger er gyldige.

6.3.1.2 Stikkprøvegjennomgang

Deloitte har gjennomført stikkprøver av til sammen 18 individuelle planer fra resultatenheterne psykisk helse Fyllingsdalen, psykisk helse Arna/Åsane og psykisk helse Årstad.¹¹⁹

Av de 18 stikkprøvene er det fem som er mangelfulle i form av at de ser ut til å mangle sider og vedlegg. Stikkprøve #8 er en mal for individuell plan uten utfylte opplysninger. Gjennom e-postkorrespondanse med resultatenheden fremgår det at vedkommende bruker har mottatt tjenester fra psykisk helse siden

¹¹⁷ Det er bare brukere som har behov for koordinerte tjenester som får ansvarsgruppe. Dette vil ikke inkludere brukere som har plass på bosentre, fordi det her er en fast institusjonslege og psykiater som fungerer som en direkte kobling til spesialhelsetjenesten og behovet for ansvarsgruppe vil derfor være mindre.

¹¹⁸ Individualisert pleie og omsorgsstatistikk (IPLOS). IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister med data som beskriver bistandsbehov til personer som søker om eller mottar pleie- og omsorgstjenester, og hvilke tjenester kommunen gir. Fra og med 2019 rapporterer kommunene omsorgsdata til Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) i Helsedirektoratet.

¹¹⁹ Gjennomgangen er basert på dokumentasjonen Deloitte har fått tilsendt fra tre resultatenheter på forespørsel om IP.

01.02.2019, men at tjenester fra DPS og fysioterapeut ble avsluttet i samme periode som oppstart av tjenester fra psykisk helse. På grunn av dette var det ikke lenger behov for IP og koordinering av tjenestene, og arbeidet med IP ble følgelig satt på vent. Deloitte har valgt å utelate denne IP-en fra videre beskrivelser av stikkprøvegjennomgangen under, og vil følgelig vise til 17 stikkprøver.

To av IP-ene er mangelfulle knyttet til en eller flere av de følgende hovedpunktene¹²⁰: 1) beskrivelse av brukerens mål, 2) hvem som deltar i arbeidet med planen, og 3) angivelse av hvem som er koordinator, som vist i tabell 15.

Tabell 15: Oversikt over mål, deltagere og koordinator

Stikk-prøve nr.	Oversikt over brukerens mål, ressurser og behov for tjeneste	Oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen	Angivelse av hvem som er koordinator	Ev. merknader
#4	Mangler	Ja	Ja	Det ser ut til å mangle flere sider i IP, og dermed er det en del opplysninger som ikke fremgår
#7	Ja	Nei	Nei	Flere punkt som mangler og vedlegg er ikke lagt ved

Tabell 16 viser at 7 av 17 IP-er mangler helt eller delvis innhold når det gjelder 1) oversikt over hva bruker, tjeneste- og bidragsyttere og ev. pårørende skal bidra med, 2) oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse, og/eller 3) en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres.¹²¹

Tabell 16: Oversikt over bidrag i planarbeidet, tiltak, ansvar og gjennomføring

Stikk-prøve nr.	Bidragsyttere og deres bidrag i planarbeidet	Aktuelle tiltak, omfanget av dem, og ansvar	Gjennomføring av tiltak	Ev. merknader
#1	Ja	Delvis	Delvis	Det er ikke fylt inn oversikt over tiltak med ansvarlig utfører, men det kan delvis leses ut fra andre deler av teksten.
#2	Ja	Delvis	Ja	Det er ikke fylt inn oversikt over tiltak med ansvarlig utfører, men det kan delvis leses ut fra andre deler av teksten.
#3	Nei	Nei	Nei	Det ser ut til å mangle flere sider i IP, og dermed er det en del opplysninger som ikke fremgår
#7	Nei	Delvis	Delvis	Det ser ut til å mangle flere sider i IP, og dermed er det en del opplysninger som ikke fremgår
#13	Delvis	Delvis		Det er ikke fylt inn oversikt over tiltak med ansvarlig utfører, men det kan delvis leses ut fra andre deler av teksten.
#14	Nei	Nei	Nei	IP mangler en del innhold.
#16	Nei	Delvis	Nei	Det er ikke fylt inn oversikt over tiltak med ansvarlig utfører, men det kan delvis leses ut fra andre deler av teksten.

¹²⁰ Jf. § 19 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

¹²¹ I fire av tilsendte IP-ene er dette innholdet sensurert. Deloitte går i disse tilfellene ut fra at det er fylt inn hva bruker og de andre aktørene skal bidra med.

For 8 av de 17 IP-ener er det ikke lagt inn en angivelse av planperiode og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen. Når det gjelder oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, virksomheter og etater går dette delvis frem i tre av IP-ene (#1, 2, 3), mens det ikke er lagt inn noe om dette i fire av IP-ene (#7, 12, 14 og 16).

I 10 av de 17 IP-ene var samtykkeskjema vedlagt den individuelle planen. I 4 av de 7 IP-ene som ikke har samtykkeskjema vedlagt, fremgår det av forsiden til planen at samtykkeskjema var signert. I alle de 16 individuelle planene som er utfylt er tiltakene i stor grad begrunnet med at de er pasient/brukers ønske.

I 9 av de 17 IP-ene fremgår det tydelig hva som er evalueringsdato. I 8 av disse 9 IP-ene fremgår det at tiltakene har blitt evaluert.¹²² I de resterende 8 IP-ene fremgår det ikke at tiltakene er blitt evaluert¹²³.

I de 8 stikkprøvene der det fremgår at det har blitt gjennomført en evaluering, er pasient/brukers erfaring inkludert i evalueringene. I 7 av de 8 IP-ene der det er gjennomført evaluering, inneholder evalueringen informasjon om måloppnåelse og tjenesteyting. I 2 av de evaluerte IP-ene går det tydelig fram at det har blitt gjort endringer i tiltakene underveis. I begge disse sakene har bruker hatt IP i mange år og det har blitt avholdt mange møter mellom aktørene som samarbeider om IP-en. I 4 av de 8 IP-ene med gjennomført evaluering er evalueringen gjort gjennom planlagte møter, og evalueringen fremstår som en oppsummering av hva som har skjedd med bruker siden sist og ikke som en evaluering av hvordan tiltakene fungerer. I de resterende 4 IP-ene fremgår det ikke tydelig hvordan evalueringen har blitt gjennomført.

I forbindelse med verifisering av rapport påpeker EPHRT at IP er en tjeneste som er frivillig for bruker å motta/ønske, men lovpålagt for kommunen å yte dersom personen er i målgruppen og har ønske om dette. Det er vanskelig å si, ut ifra en stikkprøvekontroll, om dette er et punkt bruker har hatt ønske om å fylle ut. At enkelte områder ikke er fylt ut eller oppdatert kan være av den grunn at bruker ikke har hatt ønske om å se på disse delene av planen. Dette står bruker fritt til å velge, eller velge bort.

6.3.2 Vurdering

Bergen kommune har etablert styrende dokumenter for utarbeiding av IP som er tilgjengeliggjort for alle ansatte. Deloitte har ingen indikasjoner på at de styrende dokumentene ikke er utformet formålstjenlig. Undersøkelsen viser likevel etter Deloitte vurdering at styrende dokument ikke i tilstrekkelig grad er gjort kjent i resultatenehetene i EPHRT. Det fremgår blant annet at det i en av resultatenehetene er laget en egen retningslinje for arbeid med IP som ikke viser til kommunens styrende dokumenter og i stor grad overlapper med de nevnte styrende dokumenter og tema på Allmenningen. I de andre resultatenehetene blir det fortalt at det ikke er skriftlige retningslinjer eller rutiner for arbeidet med IP.

Det er etablert tre koordinerende enheter i kommunen som blant annet arbeider med utnevning av koordinator for brukere som har behov for flere av kommunens tjenester på tvers av etater og byrådsavdelinger. Undersøkelsen viser at to av tre resultateneheter Deloitte har undersøkt, ikke har etablert samarbeid med disse koordinerende enhetene og at de heller ikke i særlig grad kjenner til koordinerende enhet i deres byområde. Undersøkelsen viser videre at forvaltningsenheten for psykisk helse i praksis ikke har en særlig aktiv rolle i arbeidet med IP, slik det går fram i prosessbeskrivelsen i BK kvalitet at de har. Deloitte mener derfor at det er behov for å klargjøre roller, oppgaver og ansvar knyttet til IP og tildeling av koordinator i EPHRT.

Gjennom stikkprøvegjennomgangen finner Deloitte at flere IP-er er mangelfulle, og at ikke alle planene er i samsvar med kravene om hva som skal være hovedpunkter i en individuell plan (jf. § 19 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator). Deloitte merker seg at EPHRT i verifiseringen viser til at en av årsakene til at IP-er mangler informasjon er at brukerne selv har valgt at informasjonen ikke skal fremgå av planen. Om dette er tilfelle mener Deloitte at en med fordel kan presisere dette i planen på de punktene dette gjelder. Det er også Deloitte vurdering at det ikke er tilstrekkelig systematikk i evalueringene som gjøres av de individuelle planene for å sikre at tiltakene som er igangsatt er hensiktsmessige og har ønsket effekt.

¹²² I den siste saken er evalueringsdato satt til 31.01.2020, altså en dato som er etter at Deloitte fikk tilsendt stikkprøvene.

¹²³ I en av disse sakene mangler det trolig to sider.

Undersøkelsen viser videre at det er tilfeller av feilrapportering når det gjelder hvor mange brukere som har aktiv IP i den ene resultatenheten, og at dette er på bakgrunn av manglende IPLOS-registreringer. Deloitte vil derfor påpeke at kommunen plikter å sende inn korrekte opplysninger til IPLOS-registeret til faste årlige frister (jf. kapittel 2 i forskrift om IPLOS-registeret). Videre mener Deloitte at kommunen bør undersøke hvorvidt dette er en problemstilling i flere av enhetene i EPHRT, både for å sikre at IPLOS-rapportering blir gjennomført, men også for å sikre at registrert antall IP-er er korrekt.

6.4 Etablering av individuell plan

6.4.1 Datagrunnlag

Resultatenhetene melder tertialvis inn statistikk og måltall knyttet til IP i etatens felles styringskort. I tabell 17 fremgår samlet rapportering fra resultatenhetene på faktorer knyttet til IP i løpet av 2019. Det fremgår utfra rapporterte tall at det i siste tertial av 2019 var 180 brukere med IP og 257 brukere som har takket nei til IP, men ja til ansvarsgruppe. Videre var det 196 av 613 brukere i målgruppen for IP som har takket nei til både IP og ansvarsgruppe.

Ansvarsgruppe, eller oppfølgingsteam, er et tverrfaglig team som arbeider sammen med og yter tjenester til en bruker. Målgruppen for ansvarsgrupper er personer med «store og sammensatte behov» til liks med målgruppen for individuell plan (se mer om ansvarsgrupper i avsnitt 6.2).¹²⁴

Tabell 17: Rapportering på individuell plan 2019

Tertialvis rapportering	Antall brukere med IP	Antall brukere med ansvarsgruppe uten IP	Antall brukere som aktivt har takket nei til IP/ansvarsgruppe	Antall brukere i målgruppen for IP
T1 2019	184	269	174	661
T2 2019	186	286	206	669
T3 2019	180	257	196	613

Som fremstilt i tabellen over oppgir resultatenhetene antall brukere med IP, antall brukere som aktivt har takket nei til IP og/eller ansvarsgruppe og hvor mange brukere som er i målgruppen for IP. I tillegg blir det rapportert på hvor mange brukere som har fått opprettet ansvarsgruppe, dersom de har sagt nei til tilbudet om IP. En av faglederne opplyser i intervju om at resultatenhetene for psykisk helsetjeneste framover også skal rapportere til koordinerende enhet om hvor mange koordinatorene resultatenhetene har for brukere med og uten IP, og hvilke faggrupper som er koordinatorene innenfor psykisk helsetjeneste.

Etatsdirektøren gir uttrykk for at resultatenhetene arbeider mye og godt med IP og at de brukerne som takker nei til IP får opprettet en ansvarsgruppe som er ansvarlige for oppfølging av brukeren.

Gjennom intervju med resultatenhetene blir det også vist til at det blir arbeidet bra med IP. Det fremgår at alle brukere som er i målgruppen for IP, får tilbud om dette. Det blir også opplyst om at brukere som er i målgruppen for IP, men som har takket nei til dette, likevel får utarbeidet en oppfølgingsplan. I en av resultatenhetene blir det opplyst om at ansatte bruker Profil til å utarbeide målsetninger og tiltak til hver beboer knyttet opp mot oppfølgingsplanen, dersom det er ønske om og behov for det.

Det blir opplyst om at mange brukere velger å takke nei til tilbudet om IP. Av mulige forklaringer blir det av flere pekt på mye papirarbeid for bruker og ubehag ved å synliggjøre eget sykdomsbilde for mange aktører. En resultatenhetsleder viser også til at det er ulikt i hvilken grad de ansatte er komfortable med å arbeide med dokumentering og planarbeid, inkludert arbeid med IP, og dermed ulikt hvor flinke de ansatte er til å overbevise brukere om nytten ved bruk av IP. Den samme resultatenhetslederen tror også at det er flere brukere som ville hatt nytte av en IP, enn det antallet som takker ja.

¹²⁴ Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

6.4.2 Vurdering

Deloitte vurderer at EPHRT arbeider systematisk med å tilby IP til brukere i målgruppen. Resultatenhetene rapporterer også jevnlig gjennom styringskortet hvor mange som henholdsvis takker ja eller nei til IP, og hvem som er i målgruppen for IP.

Likevel er det et mindretall av brukerne som har fått utarbeidet IP. Per desember 2019 var det i underkant av 30 % av aktuelle brukere som hadde fått utarbeidet IP. Undersøkelsen viser at det er en del brukere i målgruppen for IP som velger å takke nei til IP, og at det blir nevnt at det er flere av disse som ville hatt god nytte av en IP. Videre fremgår det av undersøkelsen at det er varierende hvor godt fordelene ved å bruke IP blir formidlet til brukere. Deloitte mener at kommunen må vurdere konkrete tiltak for å få etablert IP for enda flere brukere som har behov for det.

7. Involvering av brukere og pårørende

7.1 Problemstilling

I dette kapitlet skal vi svare på følgende problemstilling:

I hvilken grad har tjenestene en systematisk tilnærming til bruker- og pårørendeinvolvering i tildeling og evaluering av tjenestetilbudet?

Under dette:

- Hvordan opplever brukerne tilbudet?
- I hvilken grad medvirker brukerne i utformingen av innholdet i tilbudene (systemnivå)?
- I hvilken grad er tilbudet tilpasset brukernes behov?
- Hvordan legges det til rette for involvering av pårørende og barn?

7.2 Revisjonskriterier

Brukernes rett til medvirkning og informasjon fremgår av kapittel 3 i pasient og brukerrettighetsloven. Det står blant annet 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 brukernes nærmeste pårørende omtalt:

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

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten blir det utdypet hvilke oppgaver som ligger under kommunen sin plikt til å evaluere helse- og omsorgstjenestene (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1). Under § 8 bokstav d) i forskriften står det at plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer å vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørende sine erfaringer.

I veilederen til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene fremgår det følgende når det gjelder § 8 om «bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende»:

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 være aktivt med i forbedringsarbeidet.¹²⁵

¹²⁵ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Evaluere: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring/seksjon?Tittel=evaluere-11119>

§ 10 a. i Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) omhandler helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken:

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

I Helsedirektoratets veileder *Sammen om mestring* er det et avsnitt som omhandler barn som pårørende hvor det beskrives at helse- og omsorgspersonell som yter tjenester til en pasient/bruker skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn, skaffe seg oversikt over omsorgssituasjonen og innhente samtykke til hensiktsmessig oppfølging (jf. helsepersonellovens § 10 a. og helse- og omsorgstjenestelovens § 2-1).

Når det er grunn til å tro at barn blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt, skal helse- og omsorgspersonell uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste (jf. helsepersonellovens § 33). Barnets situasjon bør vurderes fortløpende, og personellet bør konferere med andre aktører når de er i tvil.

Når det gjelder erfaringsbasert kvalitetssikring står det i Helsedirektoratet sin veileder *sammen om mestring* at bruker- og pårørendeorganisasjoner er viktige for brukerne men også en sentral ressurs for tjenesteapparatet som kvalitetssikrer og i utvikling av tjenestene. Det står videre at bruker- og pårørendeorganisasjoner er en naturlig samarbeidspartner og høringsinstans for tjenesteapparatet i det daglige rus- og psykiske helsearbeidet (s.24).

7.3 Brukernes opplevelse av tilbudet

7.3.1 Datagrunnlag

I *Plan for psykisk helse* fremgår det at det før 2016 har vært gjennomført flere store brukerundersøkelser i de psykiske helsetjenestene, og at Kommunenes Sentralforbund sin metode Bedrekommune.no har blitt benyttet flere ganger.

EPHRT opplyser at det de siste årene har blitt gjennomført en egenutviklet tilfredshetsundersøkelse blant tjenestemottakere i etaten. Frem til 2019 har dette blitt gjennomført hvert andre år. Etaten planlegger i fremtiden å gjennomføre slike undersøkelser årlig. Deloitte får opplyst at EPHRT gjennomførte en tilfredshetsundersøkelse som ble sendt ut i november 2019 med frist for svar i desember 2019. Denne undersøkelsen har vært noe ulik tidligere brukerundersøkelser på grunn av innspill fra tjenestemottakerne som har vært med på utarbeidelse av undersøkelsen. Resultatene fra brukerundersøkelsene var ikke tilgjengelige for Deloitte på revisjonstidspunktet.¹²⁶

Deloitte har fått tilsendt rapport fra brukerundersøkelsene som ble gjennomført i 2015 og 2017.¹²⁷ Brukerundersøkelsen som ble gjennomført i 2015 gikk ut til 1250 brukere av psykiatritjeneste/bo-oppfølging, botilbud, MO-senter og aktivitetssenter. I 2017 fikk brukere av de samme tjenestene, i tillegg til brukere av sprøyterom, invitasjon til å delta på undersøkelsen. Mens 1250 brukere ble spurt om å delta i 2015 var det 2598 brukere som fikk denne forespørselen i 2017. Svarprosenten i 2015 var på 59 % (739 brukere), mens den i 2017 var på 27 % (693 brukere). Utformingen av undersøkelsene var stort sett den samme begge årene.¹²⁸

¹²⁶ EPHRT ved kvalitetsrådgiver opplyser at resultatene etter brukerundersøkelsen etter planen skulle gjennomgås i etatens kvalitetsutvalg (etatsdirektør, hovedverneombud og samtlige enhetsledere) i mars 2020. På grunn av Corona-situasjonen ble dette møtet avlyst, og resultatene var derfor ikke tilgjengelige for Deloitte på forespørsel 27. april 2020.

¹²⁷ Det fremgår av rapportene at det er tjenestene som har meldt inn hvor mange brukere som er «potensielle respondenter» og videre at det er tjenestene som har levert ut skjema med spørsmål til brukerne. Brukerne fikk tilbud om å levere tilbake skjema anonymt i lukket konvolutt.

¹²⁸ Det står i rapport fra undersøkelsen i 2017 at det var endringer i noen enkeltspørsmål på bakgrunn av en evaluering fra 2015, men at undersøkelsen i 2017 eller er lik som undersøkelsen i 2015 i utforming og utføring.

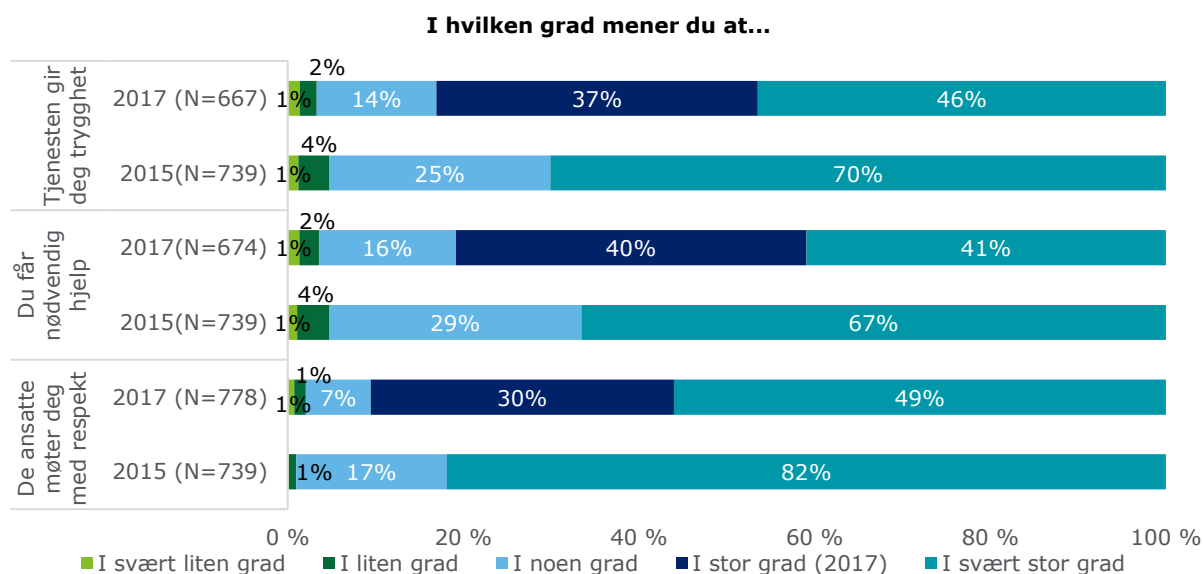
I figur 7 fremgår svarene på tre ulike spørsmål om brukernes mening om kvalitet i tjenesten: i hvilken grad brukerne mener at 1) de ansatte møter dem med respekt, 2) de får nødvendig hjelp og 3) tjenesten gir dem trygghet.¹²⁹

På spørsmålet om de opplever trygghet gjennom tjenestene svarer 70 % av brukerne i 2015 «i svært stor grad» på spørsmålet, mens 25 % svarer at tjenestene «i noen grad» gir dem trygghet. 5 % av respondentene i 2015 mener at tjenestene «i liten grad» eller «i svært liten grad» gir dem trygghet. Svarene i 2017 viser at 83 % av respondentene svarer at tjenestene «i stor grad» eller «i svært stor grad» gir dem trygghet. 25 % svarer «i noen grad», mens 4 % mener «i liten grad» at tjenestene gir dem trygghet.

Mens 5 % av respondentene i 2015 svarer at de «i liten grad» eller «i svært liten grad» får nødvendig hjelp, svarer 3 % av respondentene i 2017 det samme. Det er også en nedgang i andel brukere som svarer at de «i noen grad» får nødvendig hjelp: 29 % i 2015 mot 16 % i 2017. 67 % av brukerne svarer at de «i svært stor grad» får nødvendig hjelp i 2015, og i 2017 svarer 81 % at de «i stor grad» eller «i svært stor grad» får nødvendig hjelp.

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt brukerne mener at de blir møtt med respekt fra de ansatte, svarer 2 % at de «i liten grad» eller «i svært liten grad» mener dette i 2017-undersøkelsen. I 2015 er det 1 % som mener at ansatte «i liten grad» møter vedkommende med respekt, mens 17 % svarer at de «i noen grad» blir møtt med respekt. I 2017 svarer 79 % av respondentene at de «i stor grad» eller «i svært stor grad» mener de blir møtt med respekt, og i 2015 svarer 82 % at de «i svært stor grad» mener dette.

Figur 7: Brukerundersøkelse 2015/2017: Kvalitet i tjenesten



EPHRT ved kvalitetsrådgiver opplyser at det er hver enkelt enhet, i samarbeid med ansatte og brukere av tjenesten, som gjennomgår resultat fra brukerundersøkelsen og deretter utarbeider og gjennomfører tiltak.¹³⁰

Resultatenhetene opplyser at de ikke har egne system/rutiner for innhenting av erfaringer fra brukere av psykisk helsetjenester i form av brukerundersøkelser utover den nevnte tilfredshetsundersøkelsen i regi av EPHRT.

I forbindelse med denne undersøkelsen har Deloitte snakket med 3 brukerrepresentanter. Brukerrepresentantene gir uttrykk for at brukerne er fornøyd med tilbudene de mottar i resultatenhetene.

¹²⁹ I spørreundersøkelsen som ble sendt ut i 2017 er svaralternativet «i stor grad» tatt med. Dette var ikke et svaralternativ i 2015-undersøkelsen, og vil mest sannsynlig i stor grad påvirke fordelingen av svarprosenten på de ulike alternativene i 2015 og 2017.

¹³⁰ E-post 27. januar 2020.

Særlig aktivitetstilbudene blir trukket fram som et svært viktige tilbud for mange brukere. Brukerrepresentantene forteller at aktivitetssentrene for mange brukere er deres viktigste sosiale arena og en viktig motivasjon til å treffe andre mennesker i hverdagen. Brukerne som har blitt intervjuet opplyser ellers at de stort sett opplever å bli hørt av ledelsen og at de opplever at brukerne er veldig fornøyde med tilbudene på aktivitetshusene.

7.3.2 Vurdering

EPHRT gjennomfører jevnlig brukerundersøkelser for å undersøke brukertilfredshet. Undersøkelsene gjennomført i 2015 og 2017 viser at majoriteten av brukerne som svarer på undersøkelsen oppgir at de får den hjelpen de trenger, blir møtt med respekt og at tjenesten de mottar gir dem trygghet. Det er også en positiv utvikling i svarene fra 2015-2017. Deloitte merker seg samtidig at 14 % av respondentene i 2017 svarer at tjenesten de mottar «i noen grad» gir dem trygghet og at 16 % av respondentene i 2017 svarer at de «i noen grad» mottar tjenestene de har behov for, og et at det er en liten andel som ikke er opplever at de i liten grad får det de har behov for. Deloitte vil understreke viktigheten av at resultatene arbeider systematisk med resultatene av brukerundersøkelsene slik at også tilbakemeldingene kan benyttes i forbedringsarbeidet i tjenestene.

7.4 Brukermedvirkning

7.4.1 Datagrunnlag

Bergen kommune har utarbeidet system og rutiner for å hente inn og benytte erfaringer fra brukere av psykisk helsetjeneste. Dette utføres hovedsakelig gjennom faste møtepunkt med brukerorganisasjoner, brukerråd tilknyttet aktivitetssenter i bydelene og husmøter i boligene. I forbindelse med arbeidet med VIP 2025 opplyser etatsdirektør at det skal opprettes brukerpanel, pårørendepanel og fagpanel.

Plan for psykisk helse 2016-2020 setter blant annet opp følgende målsettinger knyttet til brukermedvirkning:

- Utvikle selvstendige og sterke brukerråd i aktivitetssentre og kommunale botilbud
- Double antall medarbeidere med brukererfaring i løpet av planperioden
- Legge til rette for brukermedvirkning i ansettelse i de psykiske helsetjenestene

Planen viser videre til tre ulike nivå av brukermedvirkning: individnivå, tjenestenivå og systemnivå. I dette avsnittet går vi gjennom brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå, mens neste avsnitt (7.5.1) vil gå inn på brukermedvirkning på individnivå, da dette er en naturlig del av tilpassing av tilbud etter brukernes behov.

Når det gjelder rapportering på medvirkning, blir det rapportert på medarbeidere med brukererfaring i styringskortet. Det blir ellers ikke rapportert på brukermedvirkning i styringskortet, og dette har heller ikke vært konkret tema i program for driftsoppfølging i 2018 og 2019¹³¹ (mer om rapporterte tall medarbeidere med brukererfaring i avsnitt 4.6.1.2)

7.4.1.1 Brukermedvirkning på systemnivå

I *Plan for psykisk helse 2016-2020* blir det vist til at kommunen i 2016 tildelte støtte til ti ulike brukerstyrte sentre eller organisasjoner i kommunen.¹³² Videre fremgår det at det er etablert flere samarbeidsmodeller mellom brukerorganisasjoner og kommunen, og at spesielt organisasjonene *Mental Helse* og *Pårørendeforeningen for psykiatriske pasienter* er sentrale i dette arbeidet. Videre framgår det at de samme organisasjonene også deltar i noen av de distriktskykiatriske rådene, der kommunen samarbeider med spesialhelsetjenesten lokalt.

Det står videre i planen at samarbeidet med andre brukerorganisasjoner er mer uformelt og tosidig, og at etaten har kontakt med disse etter ønske og behov.

¹³¹ I 2018 er et av tema for driftsoppfølgingen «Hvordan arbeider enheten konkret med overordnede planer», og under dette blir blant annet plan for psykisk helse nevnt. I 2019 er første punkt i årsoppdraget «oppfølging av planer» og det blir vist til at EPHRT skal følge opp konkrete tiltak og prioriteringer som fremheves blant annet i plan for psykisk helse 2016-2020.

¹³² Støtten beløp seg i 2016 på til sammen NOK 6 828 900,-.

Etatsdirektøren opplyser at etaten gjennomfører fire møter med bruker- og pårørendeorganisasjoner i løpet av året. Organisasjonene som stiller i disse møtene er blant annet Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP), Foreningen for human narkotikapolitikk, Nasjonalt forbund for folk i LAR (proLAR), Amalie Skrams hus, Fontenehuset og Landsforeningen for etterlatte etter selvmord (LEVE). Tema for møtene er blant annet eventuelle nyheter fra partene, prosjekt de kan samarbeide om (f.eks. Recovery-skolen) og aktivitets- og mestringskurs som tilbys av Fontenehuset og Amalie Skrams hus.

Det er opprettet brukerråd tilknyttet aktivitetssentrene i alle resultatenehetene for psykisk helse i Bergen kommune. Statsdirektøren viser samtidig til at selve rådene er organisert noe ulikt etter brukerens egne valg lokalt. Også i statusrapport for plan for psykisk helse fra januar 2019 blir det vist til at det er arbeidet godt med å utvikle selvstendige brukerråd, men at noen aktivitetssenter ennå har noe å gå på når det gjelder selvstendigheten til brukerrådet.

Det er utarbeidet et *mandat for brukerråd ved avdelinger i etat for psykisk helse og rustjenester*.¹³³ Formålet med mandatet er å sikre tjenestemottakernes medbestemmelse i daglig drift og de aktivitetene som tilbys i avdelingen. I mandatet står det videre at leder, ansatte ved avdelingen og personer som mottar tjenester, har representasjonsrett i brukerrådet og at brukerrådet alltid skal ha overvekt av representanter fra tjenestemottakerne. Videre inneholder dokumentet regler for valg av representanter, møtehyppighet, myndighetsområde og saksforberedelse og/-behandling. Det fremgår av mandatet at brukerrådet er arbeidsorgan for *allmøtet*. Allmøtene er åpne for alle som mottar tjenester fra avdelingene i resultateneheten, og det er brukerrådet som saksforbereder og sørge for gjennomføringen av allmøtene. I intervju fremgår det at det blir avholdt allmøter på aktivitetssentrene, og at brukerne her kan melde inn saker og komme med innspill til for eksempel hvilke tilbud de skal ha på aktivitetssenteret fremover. Allmøtene blir også benyttet til å velge representanter til brukerråd.

Det er etablert brukerråd tilknyttet aktivitetssentrene i de tre resultatenehetene som er omfattet av Deloitte undersøkelser, og det blir i intervju vist til at brukerrådene er aktive og fungerer hensiktsmessig. Brukerådene tar også i noen tilfeller direkte kontakt med resultatenehetsleder når de ønsker å ta opp problemstillinger knyttet til aktivitetstilbudet. Dette skjer enten når resultatenehetsleder deltar på møter i brukerrådet eller at brukerne tar direkte kontakt via e-post. Det fremgår at avdelingslederne for aktivitetshusene ofte er del av brukerrådene, og at resultatenehetsledere eventuelt stiller i møtene på forespørsel eller etter behov.

Det blir i intervju med både ansatte og brukerrepresentanter vist til at brukerne har reell medvirkning i driften av aktivitetssentrene i de tre resultatenehetene. Fredheim kurs- og aktivitetssenter ble i sin tid opprettet på bakgrunn av ønske fra brukerrådet i denne bydelen.

Brukerrepresentantene opplever at de ansatte ofte spør brukerne hvilke aktiviteter de ønsker tilbud om. I tillegg har aktivitetssentrene «idè-postkasser» eller lignende der brukerne kan formidle sine innspill eller forslag til endring. Deloitte får opplyst at brukerne i en resultatenehet blant annet alltid er de som bestemmer hvor brukerne skal reise på sin årlige sommertur.

Husmøter/beboermøter

Det fremgår av statusrapportering fra plan for psykisk helse 2016-2020 at det er innarbeidet faste husmøter i botilbudene alle steder der beboerne ønsker dette. Statsdirektøren bekrefter at det blir arrangert *husmøter* eller andre former for møter der beboerne av de tilrettelagte botilbudene blir oppmuntret til å dele sine synspunkter, men at engasjementet varierer en god del. I resultatenehetene hvor Deloitte har gjennomført intervju blir det bekreftet at engasjementet er varierende, og videre at det varierer i hvilken grad det blir arrangert husmøter i de forskjellige boligene. I to av resultatenehetene er det lagt til rette for husmøter og beboermøter for brukere som bor i tilrettelagt bolig og i bosenter. I husmøtene legger ofte beboere i boligene planer for sosiale aktiviteter. Samtidig får Deloitte opplyst at det ikke er alle som beboere som ønsker å delta på disse møtene.

Primærkontaktene har fortløpende dialog med beboerne om deres ønsker og behov utover fastlagte beboermøter.

¹³³ Mandat for brukerråd ved avdelinger i etat for psykisk helse og rustjenester. Sist revidert 06.02.2019.

Medarbeidere med brukererfaring

Plan for psykisk helse holder frem ansettelse av medarbeidere med brukererfaring som ett av tiltakene som skal fremme brukerdemokrati i de kommunale psykiske helsetjenestene. Videre fremgår det at «dette programmet fremmer både økt sysselsetting, ny og komplementær kompetanse i tjenestene og et sterkere fokus på brukernes synspunkter i ulike faglige fora».

I *Corporater* fremgår det at det er en målsetting at alle resultatenheter i etaten skal ha ansatte med egenerfaring innen rus/psykisk helse¹³⁴, måltallet er satt til 9 ansatte per resultatenheter.

Som nevnt under avsnitt 4.6.1 er det ansatt medarbeidere med brukererfaring på alle nivå i etaten.

Oversikten fremstilt i tabell 18 er hentet fra *Corporater* og viser antall ansatte medarbeidere med brukererfaring innen psykisk helse i hver av resultatenheterne for psykisk helse. Det fremgår av tallene at det er variasjon mellom resultatenheterne når det gjelder antall medarbeidere med brukererfaring. Det går videre frem at i en av resultatenheterne har antallet gått ned fra fem til én medarbeider fra 2018 til 2019, hos tre resultatenheter har antallet medarbeidere økt med henholdsvis to eller tre, mens det i to resultatenheter har holdt seg stabilt. Figuren viser at Fyllingsdalen har om lag en tredjedel av samlet antall ansatte medarbeidere med brukererfaring.

Tabell 18: Utvikling i antall medarbeidere med brukererfaring innen psykisk helse 2018-2019

	T1 2018	T2 2018	T3 2018	T1 2019	T2 2019	T3 2019
Psykisk helse Bergenhus	5	2	2	1	1	1
Psykisk helse Fana/Ytrebygda	1	2	2	2	3	3
Psykisk helse Fyllingsdalen	12	12	12	12	12	12 ¹³⁵
Psykisk helse Laksevåg	1	6	6	7	4	5
Psykisk helse Årstad	2	0	0	0	2	2
Psykisk helse Arna/Åsane	4	4	4	4	6	6
Sum	28	29	30	30	32	21

I intervju blir det vist til at brukere kan ha lettere for å snakke med medarbeiderne med brukererfaring, da de ofte kan sette seg inn i deres situasjon på en annen måte enn de andre medarbeiderne. Videre blir det vist til at medarbeidere med brukererfaring gir innspill og veiledning til sine kollegaer basert på sin erfaringskompetanse/brukererfaring.

Annen brukermedvirkning på tjenestenivå

I en av bydelene har to brukere av aktivitetshuset blitt involvert i planleggingen av det nye aktivitetshuset i bydelen, og fikk i den anledning blant annet sammen med resultatenhetsleder være med på en hospiteringsordning til en kommune i Rogaland for å se hvordan de har utformet tilbud for brukere der. Resultatenhetsleder forteller at de to brukerne også har deltatt aktivt i prosessen med å planlegge fremtidig flytting av aktivitetssenteret i bydelen.

Det fremgår i intervju med etatsdirektøren at brukerrepresentanter i noen av resultatenheterne i kommunen også har blitt involvert i ansettelsesprosesser. Det fremgår av statusrapport for plan for psykisk helse at representant for brukerne i disse prosessene får en rolle som minner om de tillitsvalgte.

¹³⁴ Bortsett fra forvaltningsenheten

¹³⁵ I *Corporater* er dette tallet 0. Deloitte får opplyst i telefonsamtale med fagleder 03.03.2020 at det korrekte tallet på ansatte med brukererfaring siste tertial i 2019 er 12.

Det fremgår at brukermedvirkning i ansettelsesprosesser er under utprøving i noen av enhetene, og at det blir arbeidet målrettet med å ansette medarbeidere med brukererfaring.

7.4.2 Vurdering

Det er Deloitte's vurdering at Bergen kommune tilrettelegger for brukermedvirkning både på system- og tjenestenivå. Undersøkelsen viser at brukerne i stor grad har medbestemmelse i hvilke aktiviteter som tilbys på aktivitetssentrene og at brukerrådene har en aktiv rolle i samsvar med styrende dokument for tjenestene.

Deloitte registrerer at det i varierende grad blir avholdt beboermøter i boligene i resultatenehetene, og at det er noe varierende deltagelse på de møtene som blir gjennomført. Deloitte mener at det bør gjøres en vurdering av om det kan legges til rette for at det gjennomføres slike møter med tilstrekkelig oppmøte fra beboerne i alle enhetene.

Som nevnt i avsnitt 4.6.2 registrerer Deloitte at antall medarbeidere med brukererfaring i noen av resultatenehetene varierer noe i løpet av de to siste årene, og at tallet medarbeidere med brukererfaring er synkende i EPHRT. Dette er en trend som ikke er i samsvar med kommunens mål om å øke antall medarbeider med brukererfaring i etaten.

7.5 Tilpassing av tilbud etter brukernes behov

7.5.1 Datagrunnlag

Plan for psykisk helse 2016-2020 setter følgende som en av tre hovedmålsettingen for det psykiske helsefeltet i kommunen:

Å fremme personlig vekst, selvstendighet og god mestring av dagliglivet for personer med alvorlige eller langvarige psykiske lidelser.

Brukernes involvering i de tiltakene som settes i verk for å tilpasse tilbudet til den enkelte sitt behov gjøres blant annet gjennom vurderings/karteleggingssamtaler og gjennom de planer som utarbeides for den enkelte som for eksempel oppfølgingsplaner og individuelle planer. Dette er omtalt i kapittel 5 og 6.

Tilpasning av tilbudet som gis til den enkelte er også en del av den faglige tilnærmingen som ligger til grunn for all samhandling og oppfølging. Under avsnittet *kommunaldirektørens forventning* i oppdragsnotatet til EPHRT fra 2019 står det at kommunaldirektøren legger til grunn at tjenestene skal være recoveryorienterte (mer om årlige oppdragsnotat i avsnitt 3.3.1). Etatsdirektøren opplyser om at recovery er en faglig filosofi som man ønsker å etterleve innen psykiske helsetjenester i kommunen. Filosofien er at man heller enn å fortelle brukerne hvilke tjenester de skal ha og hva som vil fungere for dem, skal involvere brukerne i større grad ved å etterspørre hva de selv har behov for og hva brukernes ressurser og mål er.

EPHRT viser blant annet til målsettingen fra plan for psykisk helse om å fremme personlig vekst, selvstendighet og god mestring i sin *veileder i recoveryorienterte praksiser*. I veilederen fremgår det at *Personlig recovery* betyr egeninnsats, men at prosessene er avhengig av støtte fra personer i omgivelsene. Videre står det forklart at *Recoveryorienterte praksiser* er støtte fra fagpersoner og at både type støtte og graden av støtte må være tilpasset den enkelte tjenestemottaker sin unike, personlige prosess.

Som tidligere nevnt under avsnitt 4.3.1 presenterer veilederen deretter fire verktøy, ferdigheter og mål som kan fremme en recoveryprosess: motiverende intervju, systematisk etisk refleksjon, åpen dialog i nettverksmøter og å vurdere brukerens ferdigheter til å uttrykke egne målsettinger. Videre er det lagt inn fire oppgaver å jobbe med i resultatenehetene. Tema for oppgavene er 1) å jobbe med sine egne verdier, 2) refleksjon med andre kollegaer eller tjenestemottakere og ansatte sammen, 3) refleksjonstema og 4) velg ut 3 råd som dere vil ha fokus på neste halvår.

I de tre resultatenehetene som inngår i Deloitte's undersøkelse blir det vist til at brukere er medvirkende i å forme sin egen hverdag, og at brukerne ofte er aktivt engasjert i egen sak og egne tjenester. En av de intervjuede forteller at hver enkelt bruker/beboer som mottar tjenester fra resultateneheten får medvirke, påvirke og bestemme over sitt eget liv og tjenestetilbud sammen med sin behandler/kontaktperson/team.

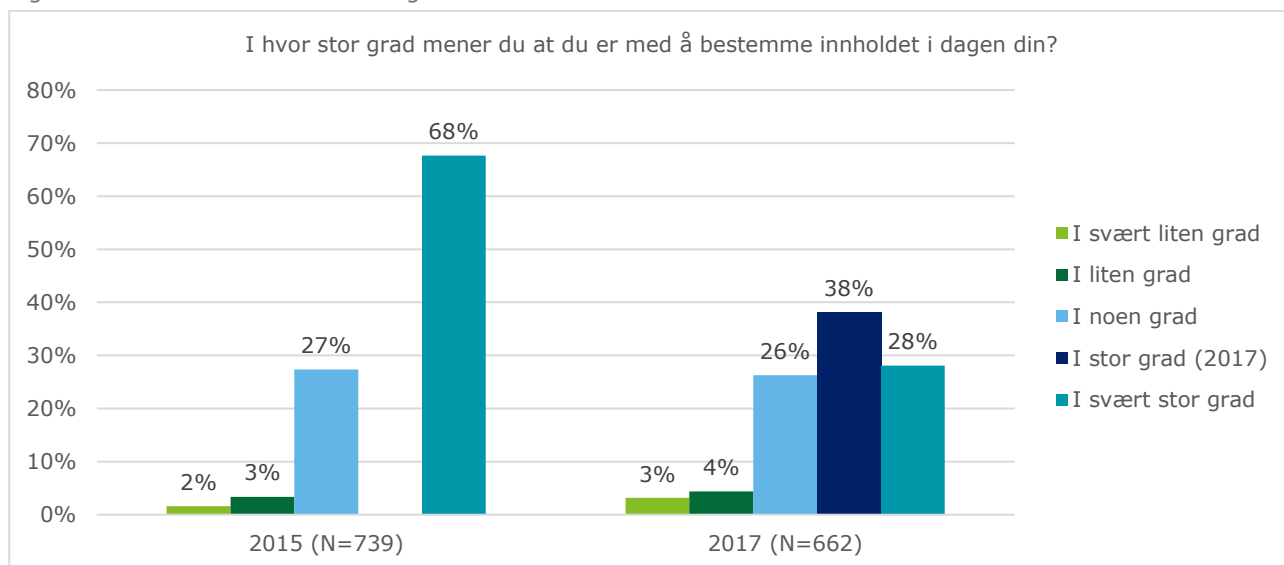
Brukerne er for eksempel alltid involvert i utarbeiding av kriseplan, individuelle planer og/eller oppfølgingsplaner, samt annen planlegging og målsettinger som angår dem. En resultatenhetsleder peker på at det vil være lite hensiktsmessig å legge planer og sette målsettinger som angår brukere, uten at brukerne selv er med på avgjørelsen, fordi brukerne må eie og være engasjert i eget liv.

I den ene resultatenheten blir det vist til gode resultater som følge av å arbeide recoverybasert. Blant annet er det noen tidligere svært syke beboere i et bofellesskap som nå deltar på Recovery-skolen, og man har i større grad klart å trygge brukere som tidligere har krevd oppfølging på kveld og natt. Dette har de fått til ved å samtale med brukerne på dagtid, og sammen legge en plan for blant annet hvem de kan kontakte dersom det skulle oppstå utfordringer på kveldstid og om natten. Det blir videre understreket at recoverybasert praksis er prioritert i denne resultatenheten, men det kan være utfordrende å etterleve dette med de sykeste brukerne.

To av brukerrepresentantene forteller at de setter pris på at recovery-metoden blir benyttet, men påpeker at det ikke er slik at alle brukere opplever seg klare til å bli utfordret på selvstendighet og at dette kan føre til bekymring for deler av brukergruppen.

I brukerundersøkelsene fra etaten i 2015 og 2017 har det blitt stilt spørsmål om i hvor stor grad brukerne mener at de er med på å bestemme innholdet i dagen sin.¹³⁶ Som fremstilt i Figur 8 er det om lag 26 % begge årene som svarer at de «i noen grad» er med på å bestemme innholdet i dagen sin. Det er videre mellom 5 % og 7 % som svarer at de «i liten grad» eller «i svært liten grad» er med på å bestemme innholdet i dagen sin, mens henholdsvis 68 % i 2015 og 66 % i 2017 svarer at de «i stor grad» eller «i svært stor grad» er med å bestemme innholdet i sine dager.

Figur 8: Medbestemmelse i hverdagen



7.5.1.1 BrukerPlan

BrukerPlan er et verktøy for å kartlegge omfang og karakter av rus- og psykiske helseproblemer hos brukere av kommunen sine helse-, omsorgs- og velferdstjenester.¹³⁷ BrukerPlan kartlegger funksjonen til tjenestemottakeren på flere områder, som bruk av rusmidler, fysisk og psykisk helse og sosiale forhold som bolig, arbeid, nettverk og aktivitet. Verktøyet kan benyttes til kartlegging, kvalitetssikring, utvikling og planlegging av tjenester. Kartleggingen gir også kommunen mulighet til å følge utviklingen og effekten av tiltak over tid.

¹³⁶ I 2017 er svarkategorien «i stor grad» tatt med. Dette er ikke et svaralternativ i 2015. Forskjellen i svaralternativ i 2015 og 2017 vil sannsynlig påvirke prosentfordelingen på svaralternativene.

¹³⁷ Om BrukerPlan: <https://www.napha.no/content/13938/BrukerPlan>

Det blir gjennomført kartlegging av brukergruppen i EPHRT annethvert år. Gjennom kartleggingen i BrukerPlan blir det utformet en brukerkartleggingsrapport som EPHRT sender ut til alle resultatenehetene.

Det fremgår av intervju med resultatenehetene at det ble gjennomført kartlegging av brukerne gjennom BrukerPlan i 2019, og at kartleggingen per resultatenehet ble tilgjengeliggjort i august 2019. Det blir vist til at brukerkartleggingsrapportene blir brukt som innspill til kompetanseplaner i avdelingene.

En av faglederne forteller at et overaskende funn i kartleggingen i BrukerPlan fra 2019 var at de tyngste brukerne¹³⁸ tar opp ca. 70 % av kapasiteten også i psykiatritjenesten. Forventet funn fra kartlegging var at brukergruppen i denne avdelingen var mer variert. Kartleggingen viste også at det er problemstillinger knyttet til å få brukere til å flytte ut av bofelleskap og inn i egen bolig, og i tillegg at det er utfordrende for resultatenehetene å komme i kontakt med unge psykisk syke. Når det blir etablert kontakt mellom brukere og psykisk helsetjeneste har brukerne gjerne allerede vært syke over tid.

7.5.2 Vurdering

EPHRT arbeider etter recovery-filosofien som har som prinsipp å involvere brukerne slik at de selv kan uttrykke hva de har behov for og hva deres ressurser og mål er. Dette er fulgt opp av målsettinger i årsoppdrag fra byrådsavdelingen. Undersøkelsen indikerer at resultatenehetene opplever gode resultater ved å arbeide recoverybasert, men det blir vist til et behov for klargjøring når det gjelder praktisk bruk av recovery i enhetene. Deloitte vil fremheve at det er viktig å sørge for at det er tydeliggjort for alle ansatte hva det vil innebære å i tilstrekkelig grad ta hensyn til brukernes behov ved utforming av tjenestene. Deloitte merker seg i forbindelse med dette at EPHRT utarbeider nanolæring tilknyttet recovery for de ansatte, som nevnt i avsnitt 4.4.1.3. Undersøkelsen indikerer videre at det kan være utfordrende å arbeide recoverybasert med de sykeste brukerne, og at noen brukere kan oppleve bekymring som følge av utfordring på selvstendighet.

Deloitte mener at det er positivt at det blir gjennomført jevnlig kartlegginger av brukerne gjennom BrukerPlan. Deloitte merker seg at resultatene fra kartleggingen blir benyttet inn mot arbeid med kompetanseplaner. Samtidig viser kartleggingen utfordringer knyttet til dagens tilbud både knyttet til å nå yngre brukere, brukere med mer moderate psykiske utfordringer, samt å få brukere av boligtilbudet til å flytte ut i egen bolig. Deloitte mener dette peker på viktige utfordringer som bør følges opp videre av kommunen.

7.6 Tilrettelegging for involvering av pårørende og barn

7.6.1 Datagrunnlag

Bergen kommune har gjennom styrende retningslinjer etablert at det skal være en ordening med barneansvarlige og pårørendeansvarlig i alle resultateneheter for psykisk helse. I plan for psykisk helse 2016-2020 er det lagt inn målsettinger om

- At tiltak for barn skal inngå i foreldrene sine kriseplaner
- At utarbeidet rutine om barn som pårørende skal implementeres i alle kommunale tjenester som møter voksne som har rusproblemer, alvorlige psykiske lidelser eller alvorlige somatiske helseutfordringer
- Bergen kommune skal utarbeide egne standarder for hva pårørende til alvorlig psykisk syke brukere skal kunne forvente av involvering og støtte.

7.6.1.1 Involvering av barn

Bergen kommune har utarbeidet en *veiledende prosedyre for oppfølging av barn som pårørende*¹³⁹ hvis formål er å

¹³⁸ Brukere definert under *hovedforløp 3*. Hentet fra nasjonal veileder i lokalt psykisk helsearbeid fra Helsedirektoratet: Sammen om mestring. Hovedforløp 1: milde og kortvarige problem. Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problem/lidelser og langvarige mildere problem/lidelser. Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser.

¹³⁹ Veiledende prosedyre for oppfølging av barn og pårørende. Siste revisjonsdato: 18.01.2019. Gyldig til 31.03.2020.

sikre rettigheter som pårørende og dekning av informasjonsbehov og nødvendig oppfølging for

- Barn av foreldre med rus-, fysiske og/eller psykiske lidelser
- Mindreårige søsken til personer med rus-, fysiske og/eller psykiske lidelser

Prosedyren utdyper hvem som er målgruppe for prosedyren, forankring i regelverk og hvilke etater prosedyren er gjeldende for, punktvis oversikt over hva tjenesteyter skal sikre og avklare i samarbeid med pasient/tjenestemottaker/søsken og hva som skal journalføres i brukerens journal. Det fremgår av prosedyren at «Helsepersonell skal dokumentere arbeid med mindreårige barn som pårørende til foreldre og søsken i pasientens/brukerens journal. Opplysninger om barna bør dokumenteres på ett sted i journalen for å sikre oversikt og kontinuitet. Det er ikke barnet som er pårørende som mottar helsehjelp og det skal derfor ikke opprettes egen journal på barnet». Prosedyren omtaler videre hva som henholdsvis *skal* og/eller *bør* registreres i pasientjournalen.

Videre beskriver prosedyren rollen til barneansvarlig, meldeplikten til barnevernet, hvordan avvik skal meldes og referanser til regelverk o.l. Det er to vedlegg til prosedyren: 1) samtykkeskjema «barn som pårørende» og 2) kartleggings skjema/sjekkliste «barn som pårørende».

Rollen som barneansvarlig innebærer blant annet å være en støttefunksjon for personell som kommer i kontakt med familier hvor barn har et særskilt behov for informasjon og nødvendig oppfølging. Videre skal barneansvarlig koordinere arbeidsplassens oppfølging av barn som pårørende og arbeide for at ansatte bidrar til å ivareta brukernes barn på en god måte.

I statusrapport for plan for psykisk helse som ble lagt frem for bystyret i januar 2019 fremgår det at EPHRT i flere år har hatt en samarbeidsrutine med helsestasjons- og skolehelsetjenesten om barn som pårørende. Videre viser statusrapporten at det er etablert en samarbeidsgruppe ledet av etat for barn og familie/SLT koordinator som vil arbeide tettere mot EPHRT for å få utviklet arbeidet med å få tiltak for barn inn i foreldrene sine kriseplaner. Det blir vist til at det i de tilfellene der det blir utarbeidet kriseplaner, er tiltak for barn i all hovedsak fraværende. Det fremgår at arbeidet med dette skal intensiveres.

Alle tre resultatenehetene Deloitte har undersøkt har barneansvarlige; Fyllingsdalen og Årstad har begge to ansatte i denne rollen, mens Arna/Åsane har én ansatt i rollen som barneansvarlig. De barneansvarlige fra alle resultatenehetene møtes omtrent to ganger per halvår i en faggruppe for barneansvarlige. Faggruppen arrangeres av fagleder i tidligere Laksevåg resultatenehet, og de har i denne gruppen blant annet hatt drøftinger med utgangspunkt i veilederen *Barnespor for helsepersonell*¹⁴⁰. I denne veilederen er det utformet et skjema, «barnearket», som kan fylles ut for å identifisere pasientens barn og deres livssituasjon. Faggruppen for barneansvarlige har spilt inn til etaten at barnearket kan tas inn i fagsystemet Profil.

I Arna/Åsane får Deloitte opplyst at den barneansvarlige er ansatt i psykiatritjenesten. Dette bli oppfattet som mest hensiktsmessig fordi det der er flest brukere med barn. Barneansvarlig gjennomfører blant annet undervisning for ansatte om arbeid med barn som pårørende. Resultateneheten arrangerer videre refleksjonsmøter der blant annet barneansvarlig, fagleder, leder for psykiatritjenesten og andre ansatte som har kontakt med barn som pårørende deltar. I refleksjonsmøtene går de blant annet gjennom antall brukere med barn, oppsummerer hvilke barn resultateneheten har gjennomført samtale med eller ikke og for hvor mange brukere det mangler samtykkeerklæring for å samtale med barna deres. Formålet med møtene er å gjennomgå det som blir rapportert på i Corporater (se tabell 19 på s.87).

I Årstad har de barneansvarlige sammen med ledergruppen gått gjennom veiledende prosedyre for oppfølging av barn som pårørende. For å spre informasjon om hvordan ansatte skal håndtere situasjoner der barn er pårørende, har resultatenehetsleder arrangert møter med avdelingslederne der de går gjennom den veiledende prosedyren slik at avdelingslederne i neste omgang kan viderebringe informasjonen ut til

¹⁴⁰ Barnespor for helsepersonell. Revidert utgave 2. Utarbeidet som samarbeid mellom Kompetansesenter rus – Midt-Norge, Ålesund behandlingssenter, Molde behandlingssenter, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin ved ST. Olavs Hospital, Lade behandlingssenter Blå Kors, NKS Kvamsgrindkollektivet, Tyrili Høvringen og Ålesund kommune. Enheter fra psykisk helsevern har bidratt med innspill.
https://stolav.no/Documents/KoRus/Barnespor%20for%20helsepersonell_NY.pdf

de ansatte på sine avdelinger. Hovedoppgaven til de barneansvarlige i Årstad er å registrere alle barn som er pårørende til brukere og å sikre at barna får den oppfølgingen de skal ha.

I Fyllingsdalen er det to ansatte som fungerer som barneansvarlige i resultatenheten, blant annet fagleder. Det blir vist til at barneansvarlige skal ha en veilednings- og formidlerrolle overfor de ansatte i resultatenheten, men det er ikke gitt jevnlig veiledning fra barneansvarlig til de ansatte. Det har heller ikke blitt gjennomført faste møter mellom de barneansvarlige og ansatte som kommer i kontakt med barn. De barneansvarlige i Årstad og Fyllingsdalen er ikke deltagende i den jevnlige rapporteringen knyttet til barn av brukere i enheten, da det er enhetsleder som sammen med avdelingslederne rapporterer på dette.

Det er også egne barneansvarlige i de fire DPS-ene som følger opp barn som pårørende.

Resultatenhetene innen psykisk helsetjeneste rapporterer i *Corporater* på flere faktorer som omhandler barn, blant annet antall barn i alderen 0-18 år hos samtlige brukere, antall barn som har gjennomført samtale med ansatte i resultatenheten etter samtykke fra mor/far og antall barn hvor det har vært grunnlag for å sende bekymringsmelding til barnevernet. Til sammen rapporterer resultatenhetene på ti faktorer knyttet til barn som pårørende.

Det fremgår i *Corporater* at det er en målsetting at 90 % av barna som resultatenhetene vurderer bør ha samtale med ansatte fra psykisk helse for å ivareta barnas rettigheter som pårørende, gjennomfører samtale. Etaten opplyser at bakgrunnen for at målet ikke er satt til 100 % er at det noen ganger kan være en tidkrevende prosess å få gjennomført en slik samtale.¹⁴¹ Tallene som er rapportert i 2019 viser at det for første tertial er 174 barn i alderen fra 0-18 år som er barn av brukere av psykisk helsetjenester i kommunen. Resultatenhetene innen psykisk helse har samme tertial vurdert at de har ansvar for å tilby samtale med 29 barn for å ivareta deres rettigheter som pårørende. Det ble gjennomført samtale med 10 barn, mens for 12 barn ble det ikke gjennomført samtale på grunn av manglende samtykke fra mor eller far. Tall fra første, andre og tredje tertial i 2019 fremgår i tabell 19.

Tabell 19: Samtaler med barn av brukere i psykisk helse-enhetene

	1. tertial 2019	2. tertial 2019	3. tertial 2019
Antall barn der psykisk helse vurderer at resultatenheten har et ansvar for å tilby samtale for å ivareta barnets rettigheter som pårørende	29	23	15
Antall barn som har gjennomført samtale med ansatte i psykisk helse etter samtykke fra mor/far	10	1	4
Antall barn som <u>ikke</u> har gjennomført samtale med ansatte i psykisk helse grunnet manglende samtykke fra mor eller far	12	16	11

Som vist i tabellen over er det første tertial 12 barn, andre tertial 16 barn og tredje tertial 11 barn som ikke gjennomfører samtale med ansatte i psykisk helse på grunn av manglende samtykke fra foreldre. I tillegg er det barn som det ikke har blitt gjennomført samtale med og hvor det heller ikke er gjort en henvendelse om samtykke. Årsaken til dette er enten at resultatenheten vurderer at en slik samtale ikke er aktuell eller at barnets behov allerede er ivaretatt av andre instanser.¹⁴²

¹⁴¹ E-post fra EPHRT 04.05.2020

¹⁴² E-post fra EPHRT 04.05.2020

7.6.1.2 Samhandling med pårørende

EPHRT har samarbeidet med brukerorganisasjoner om en lokal veileder for pårørendearbeid. Den lokale veilederen, *veiledende prosedyre for samhandling med pårørende*¹⁴³, er tilgjengelig på *Allmenningen*. Etaten organiserer i tillegg jevnlig samhandlingsmøter med blant annet pårørendeorganisasjoner (mer om dette under avsnitt 7.4.1).

Formålet med den veiledende prosedyren er å «sikre at pårørende til tjenestemottakere i EPHRT får informasjon, opplæring, veiledning og støtte fra ansatte i etaten». Dokumentet definerer videre hva som ligger i begrepene «pårørende» og «nærmeste pårørende» og hvordan avvik skal meldes.

Dokumentet er videre delt opp i 1) samhandling med pårørende dersom bruker har underskrevet på samtykke til at man kan dele informasjon med pårørende og 2) samhandling med pårørende uavhengig av underskrevet samtykke fra bruker. I forbindelse med punkt 2 fremgår det at det skal være en pårørendeansvarlig i hver resultatenheter i EPHRT og at pårørende i tillegg skal ha en fast kontaktperson i avdelingen som har god kjennskap til tjenestemottaker.¹⁴⁴ Den pårørendeansvarlige skal ha en særlig oversikt over aktuelle tilbud og hjelpeinstanser for pårørende i Bergen.

Det er to vedlegg til den veiledende prosedyren som også er tilgjengelige gjennom intranettet: *samtykkeskjema*¹⁴⁵ og *sjekkliste ved samhandling med pårørende*¹⁴⁶.

I den ene resultatenheten blir det i forbindelse med forvaltningsrevisjonen opplyst at det er to ansatte som har rolle som pårørendeansvarlig; leder for aktivitetssenteret og fagleder. To av de tre resultatenheter oppgir i starten av gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen at de ikke har pårørendeansvarlig. I løpet av revisjonsperioden hadde den ene resultatenheten tema *pårørendeansvarlig* oppe i forbindelse med driftsoppfølgingen, og det blir i etterkant av oppfølgingen opprettet en egen pårørendeansvarlig.

Det fremgår at det er praksis at brukere blir oppfordret til å fortelle om pårørende eller andre nære støttespillere i vurderingssamtalen der representant fra forvaltningsenheten og den aktuelle resultatenheten deltar. Dersom bruker skriver under på *samtykke til at informasjon gis til pårørende* kan pårørende/støttespillere delta på alle møter som blir arrangert sammen med brukeren, dersom bruker ønsker det.

Noen av bofelleskapene har faste pårørendemøter. I Arna/Åsane blir det fortalt at det er fem bofelleskap, og at to av disse har faste pårørendemøter en gang i året mens de tre andre organiserer pårørendemøter etter behov.

7.6.2 Vurdering

Det er Deloitte's vurdering at kommunen har lagt til rette for involvering av pårørende og følger opp barn innen psykiske helsetjenester gjennom at det blir stilt krav om systematisk arbeid på området ved oppnevning av pårørendeansvarlig og barneansvarlige i hver enhet. Deloitte mener videre at det er positivt at det er opprettet en faggruppe for barneansvarlige og at det blir holdt oversikt over oppfølging av barn som pårørende gjennom systematisk rapportering på oppfølgingen fra enhetene til etaten.

Deloitte merker seg at det er ulik praksis i de tre undersøkte resultatenheter når det gjelder de barneansvarliges rolle og oppgaver og i hvilken grad de veileder og formidler informasjon til ansatte som kommer i kontakt med barn som pårørende. Deloitte vurderer at det vil være hensiktsmessig å i større grad samordne arbeidet med barneansvarlige på tvers av resultatenheter, slik at man i større grad sikrer beste praksis på tvers av enhetene.

Undersøkelsen viser samtidig at ikke gjennomføres samtale med alle barn hvor det er identifisert et ansvar og behov for å gjennomføre en slik samtale. For en betydelig andel skyldes dette at det foreldre ikke har gitt samtykke til en slik samtale. Hvis et manglende samtykke vurderes som alvorlig omsorgssvikt, skal

¹⁴³ Veiledende prosedyre for samhandling med pårørende. Revisjonsdato: 17.12.2018. Gyldig til 15.01.2019. Det fremgår at revidert utgave av veiledende prosedyren skal godkjennes av EPHRT sammen relevante pårørendeorganisasjoner, brukerorganisasjoner, frivillige og ideelle organisasjoner på det årlige samhandlingsmøtet.

¹⁴⁴ Som nevnt under avsnitt 4.3.1 får alle brukere av psykiatritjenestene tildelt en primærkontakt

¹⁴⁵ Samtykke til at informasjon gis til pårørende. Revisjonsdato 17.12.2018. Gyldig til 15.01.2019.

¹⁴⁶ Sjekkliste for samhandling med pårørende. Revisjonsdato 17.12.2018. Gyldig til 15.01.2019.

man sende bekymringsmelding til barnevernstjenesten. Deloitte har ikke grunnlag for å vurdere at dette ikke blir gjort.

Deloitte merker seg samtidig at det er en andel barn (1. og 2. tertial 2019) hvor det ikke er gjennomført en samtale, uten at det er rapportert manglende samtykke. Deloitte får opplyst at resultatenheten kan vurderer at en slik samtale likevel ikke er aktuell eller at barnets behov allerede er ivaretatt av andre instanser. Det blir også opplyst at det kan være vanskelig å få gjennomført samtale med alle barna. Deloitte vil understreke viktigheten av å gjennomføre samtale med alle barn som pårørende så fremt det er identifisert et behov og det foreligger samtykke. I de tilfellene en slik samtale er identifisert som nødvendig, men likevel ikke er gjennomført må dette bli tilstrekkelig dokumentert og begrunnet. Deloitte vil her vise til Lov om helsepersonell § 10a, pasientjournalforskriften §§7 og 8 og kommunens veiledende prosedyre for oppfølging av barn som pårørende.¹⁴⁷ Deloitte merker seg i forlengelsen av dette at tiltak for barn ikke alltid har blitt inkludert i foreldrene sine kriseplaner slik det er lagt opp til i plan for psykisk helse.

Når det gjelder andre pårørende vil Deloitte påpeke at det på revisjonstidspunktet ikke var oppnevnt en pårørendeansvarlig i alle resultatenheter, noe som ikke er i samsvar med kommunens rutiner. Deloitte vil oppfordre kommunen til å undersøke om dette er tilfelle for flere av resultatenheter og sørge for at dette opprettes i alle enheter i samsvar med egne retningslinjer.

¹⁴⁷ I forbindelse med verifiseringen av rapporten viser EPHRT til at lovverket ikke gir anledning til å journalføre opplysninger om tjenestemottakers barn i tjenestemottakers journal. Videre blir det vist til at EPHRT ikke har anledning til å opprette journal på personer under 18 år.

8. Konklusjon og anbefalinger

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av psykiske helsetjenester i Bergen kommune. Forvaltningsrevisjonen viser at kommunen i all hovedsak har etablert et tilfredsstillende tjenestetilbud innen psykisk helsetjeneste. Det er likevel noen områder hvor undersøkelsen viser at det er behov for å etablere rutiner og prosedyrer, og justere praksis i samsvar med regelverk og egne retningslinjer.

Det er satt **mål og krav for arbeidet med psykisk helsetjeneste** gjennom planverk slik som Plan for psykisk helse 2016-2020, budsjettmål, og årsoppdrag. Det er samtidig Deloittes vurdering at selv om både byrådsavdelingen og etaten på ulike måter følger opp mål og krav som er satt, burde oppfølgingen vært mer systematisert og dokumentert.

Kommunen har etablert flere ulike tilbud til personer som har behov for **individuelle psykiske helsetjenester**. Noen av disse er lovpålagte, andre ikke. Deloitte har ingen indikasjoner på at tjenestene som gis ikke er tilfredsstillende, men peker på at det er behov for økt grad av dokumentering av rutiner, maler og prosedyrer. Når det gjelder **tildeling av bolig** viser undersøkelsen at det er noe venteliste og at det er behov for å vurdere ytterligere tiltak for å legge til rette for nye beboere, i samsvar med kommunens mål. Økt grad av evaluering og veiledning til eksisterende beboere som for eksempel selv kan skaffe egen bolig, blir pekt på som sentralt. **Oppfølging både i egen og kommunal bolig** er også viktige tjenester for personer med psykiske vansker. Praktisk hjelp i hjemmet er eksempel på slikt tiltak. Undersøkelsen viser at bo-oppfølgingstjenester ytes av flere etater og byrådsavdelinger og at det er behov for en gjennomgang av grenseflatene mellom de ulike tjenestene. Dette ble også påpekt i Boligmelding 2014-2020. Det er også etablert dagtilbud i form av **aktivitetssentre** for mennesker med psykiske lidelser i alle de bydelsvise resultatene. Undersøkelsen gir ingen indikasjoner på at aktivitetssentrene ikke fungerer etter hensikten. Deloitte vil likevel påpeke at det er betydelig variasjon i om, hvordan og i hvor stor grad aktivitetshusene informerer brukerne og eventuelle nye brukere, om tilbud og aktiviteter på aktivitetshusene. Deloitte vil understreke viktigheten av å formidle riktig og tilstrekkelig informasjon om tilbud og aktiviteter til brukerne av aktivitetssentrene, slik at dette bidrar til at nye og etablerte brukere har anledning til å delta på aktivitetene og holde seg oppdatert på eventuelle endringer. Det tilbudet som i mindre grad er etablert, er tiltak for å gi støtte til **meningsfullt arbeid** til brukerne med psykiske helseutfordringer. Dette er et av områdene kommunen ønsker å satse på gjennom prosjektet VIP2025.

For flere av de psykiske helsetjenestene som tilbys skal det fattes **enkeltvedtak** i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven og forvaltningsloven. Gjennomgangen av et utvalg vedtak viser at kommunen på noen områder ikke har en praksis som er i samsvar med regelverket. Dette gjelder både praksisen om å avslutte saker der bruker ikke møter til vurderingssamtale, og manglende foreløpig svar i saker hvor behandlingstiden er over 4 uker. Det er Deloittes vurdering at det mangler en del rutiner og prosedyrer som på en fullstendig måte beskriver saksbehandlingen. Som undersøkelsen viser er etaten i ferd med å med å utarbeide beskrivelser av arbeidsprosesser med tilhørende rutiner og prosedyrer for behandling og vurdering av søknader om psykiske helsetjenester. Deloitte vil understreke viktigheten både med å få på plass rutiner og å sikre korrekt saksbehandlingen for å ivareta rettighetene til brukerne.

Dersom en bruker har behov for langvarige og koordinerte helse-, omsorgs- og sosialtjenester, har vedkommende rett til å få utarbeidet en **individuell plan (IP)**, om brukeren selv ønsker dette. En individuell plan skal ta utgangspunkt i tjenestemottakerens egne mål og sørge for at tjenesteyterne samarbeider på en god og koordinert måte. Bergen kommune har etablert styrende dokumenter for utarbeiding av IP som er tilgjengeliggjort for alle ansatte. Det er likevel per desember 2019 i underkant av 30 % av aktuelle brukere som hadde fått utarbeidet IP. Undersøkelsen viser også at flere IP-er er mangelfulle, og at ikke alle planene er i samsvar med kravene om hva som skal være hovedpunkter i en individuell plan (jf. § 19 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator). Deloitte vurderer videre at det ikke er tilstrekkelig systematikk i evalueringene som gjøres av IP-ene for å sikre at tiltakene som er igangsatt er hensiktsmessige og har effekt.

Psykiske helsetjenester i Bergen kommune arbeider etter recovery-filosofien som har som prinsipp å **involvere brukerne** slik at de selv kan uttrykke hva de har behov for og hva deres ressurser og mål er. Det blir også jevnlig gjennomført brukerundersøkelser for å undersøke brukertilfredshet blant brukerne av psykiske helsetjenester. Brukerundersøkelsene gjennomført i 2015 og 2017 viser at majoriteten av

brukerne som svarer på undersøkelsen oppgir at de får den hjelpen de trenger, blir møtt med respekt og at tjenesten de mottar gir dem trygghet. Også brukerne som Deloitte har intervjuet i forbindelse med denne undersøkelsen gir uttrykk for at brukerne er fornøyd med tjenestene. Samtidig er det en mindre andel i brukerundersøkelsen som opplever at de ikke får den hjelpen de trenger, og Deloitte vil understreke viktigheten av at kommunen arbeider systematisk med resultatene av brukerundersøkelsene slik at disse tilbakemeldingene kan benyttes i forbedringsarbeidet i tjenestene.

Bergen kommune legger til rette for **involvering av pårørende og oppfølging av barn som pårørende** innen psykiske helsetjenester gjennom at det blant annet blir stilt krav om oppnevning av pårørendeansvarlig og barneansvarlige i hver enhet. Det var på revisjonstidspunktet ikke oppnevnt en pårørendeansvarlig i alle resultatenheter, noe som ikke er i samsvar med kommunens rutiner. Undersøkelsen viser videre at det er ulik praksis i de tre undersøkte resultatenheter når det gjelder de barneansvarliges rolle og oppgaver, og i hvilken grad de veileder og formidler informasjon til ansatte som kommer i kontakt med barn som pårørende. Dette kan øke risiko for ulik praksis for oppfølging av barn som pårørende. Deloitte merker seg at det er en andel barn hvor det ikke er gjennomført samtale, uten at det blir vist til manglende samtykke fra foreldre som begrunnelse. Deloitte vil understreke viktigheten av å gjennomføre samtale med alle barn som pårørende så fremt det er identifisert et behov og det foreligger samtykke. I de tilfellene slik samtale er identifisert som nødvendig, men likevel ikke blir gjennomført, må dette bli tilstrekkelig dokumentert og begrunnet for å sikre at alle barn med behov blir fulgt opp. Deloitte merker seg i forlengelsen av dette at tiltak for barn ikke alltid har blitt inkludert i foreldrene sine kriseplaner slik det er lagt opp til i plan for psykisk helse.

På bakgrunn av konklusjonene over er det Deloitte vurdering at det er behov for å etablere tydeligere og mer formaliserte rutiner og prosedyrer for behandling av søknader, tildeling og utføring av psykisk helsetjenester. Dette vil i større grad sikre en saksbehandling og tjenesteutøvelse som er i samsvar med regelverket og egne retningslinjer, og i større grad sikre lik praksis på tvers av resultatenheter. Felles system og rutiner er også etter Deloitte vurdering ressursparende ettersom den enkelte resultat enhet trenger å utvikle egne rutiner på områder hvor det kan være felles praksis. Deloitte merker seg at etaten og tilhørende resultat enheter er i gang med å beskrive arbeidsprosesser, med tilhørende rutiner og prosedyrer i Bk Kvalitet som ikke er ferdigstilt på revisjonstidspunktet. Det er også Deloitte sin vurdering at risikovurderinger og systematikk for etterkontroller ikke har vært tilfredsstillende. Deloitte vil derfor understreke at både risikovurderinger (på alle myndighetsnivå) og systematikk for evalueringer og etterkontroller er en viktig del av krav til god internkontroll, både i Bergen kommunen sitt rammeverk for internkontroll og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Gode risikovurderinger og etterkontroller er viktige verktøy for å sikre at man utarbeider rutiner og gjennomfører forbedringsarbeid der behovet er størst.

På bakgrunn av denne forvaltningsrevisjonen anbefaler Deloitte at Bergen kommune gjennomfører tiltak for å:

1. Sikre systematisk og dokumentert oppfølging av mål både i vedtatte planer og årsoppdrag for psykisk helse tjenester.
 - a) Sikre at mål blir systematisk adressert og vurdert i styringsdialogen
 - b) Sikre at styringsdialogen mellom byrådsavdeling og etat blir dokumentert
 - c) Gjennomføre risikovurderinger av psykiske helsetjenester (mål, kvalitet, regeletterlevelse) og utarbeide en plan for etterkontroller basert på en risikovurderingene.
2. For individuelle tjenester:
 - a) Tydeliggjøre skillet (og kriteriene som ligger til grunn) for å få tildelt lovpålagte tjenester (PSS) og ikke- lovpålagte tjenester (PSYOPP).
 - b) Utarbeide en beskrivelse for primærkontaktens rolle og hvordan dette arbeidet kan organiseres i enhetene.
3. For tilbud om bolig og oppfølging i bolig:
 - a) Identifisere i hvilken grad eksisterende beboere kan etablere seg i egen bolig, for å gjøre plass til nye beboere, og etablere rutine for evaluering og veiledning knyttet til dette.
 - b) Sikre at retningslinjer, samarbeidsarenaer og -avtaler i tilstrekkelig grad tydeliggjør hvilken rolle de ulike etatene har og når de ulike etatene skal involveres med hensyn til oppfølging av personer med behov for oppfølging i bolig.

4. Sørge for at det blir gitt tidsriktig og god informasjon om aktivitetssentrenes tilbud som er lett tilgjengelig for både eksisterende og nye brukere.
5. Følge opp igangsatt arbeid med å etablere tiltak for å gi brukerne som har behov for det støtte til å delta i meningsfullt arbeid.
6. Etablere formaliserte rutiner og prosedyrer for behandling av søknader og utføring av psykisk helsetjenester, der dette mangler. Eksempler på dette er:
 - a) For behandling av søknader
 - i) Rutiner ved manglende oppmøte til vurderingssamtale
 - ii) Rutiner for utsendelse av foreløpig svar
 - b) For utføring av tjenester
 - i) Rutiner og mal for oppfølgingsplan
 - ii) Rutiner for hva som inngår i evaluering av tjenester og hvordan dette skal dokumenteres
 - iii) Rutiner for vedtak ved ev. endring av tjenester (for eksempel ved intern evaluering)
7. Sørge for at IP blir utarbeidet for brukere som har behov for dette og at planene utarbeides i samsvar med krav i regelverket.
 - a) Vurder om det kan settes i verk tiltak for å øke andel brukere av IP (for eksempel gjennom veiledning av ansatte).
 - b) Klargjøre roller, oppgaver og ansvar knyttet til IP, evaluering av IP og tildeling av koordinator i EPHRT
 - c) Sørge for at planene inneholder hovedpunktene som fremgår av regelverket, og at det blir dokumentert dersom det er brukere som ikke ønsker at punkter ikke skal fylles ut.
 - d) Sikre at det fremgår hvordan planene og tiltakene skal evalueres og at evalueringen blir dokumentert.
 - e) Undersøke hvorvidt feilrapportering av hvor mange brukere som har IP er en problemstilling i flere av enhetene i EPHRT.
8. Tydeliggjøre hva som skal være barneansvarlige sin rolle og oppgaver.
9. Sikre at alle barn av foreldre som mottar psykiske helsetjenester, får tilbud om samtale dersom det er behov for det og samtykke er gitt. Dersom det ikke gjennomføres samtale i disse tilfellene bør det dokumenteres hva som er bakgrunnen for dette.
10. Sørge for at tiltak for barn er inkludert i foreldrene sin kriseplan.
11. Etablere pårørendeansvarlig i alle resultatenheter.

Vedlegg 1: Høringsuttalelse



BERGEN
KOMMUNE

BYRÅDSAVD. FOR ARBEID, SOSIAL OG BOLIG
BASB Byrådsavdeling for arbeid, sosial og bolig

DELOITTE AS AVD BERGEN
Postboks 6013
5892 BERGEN

Vår referanse: 2019/66895-17
Saksbehandler: Audun Pedersen
Dato: 21. august 2020
Deres ref.:

Høringsvar på Forvaltningsrevisjon av psykisk helsetjeneste

Forvaltningsrevisjonen av de psykiske helsetjenestene har vært et omfattende arbeid, som har pågått i snart to år. Mange ansatte og brukere har deltatt. De har hatt gode muligheter til å komme med innspill og korrigeringer på flere stadier i prosessen. Rapporten er svært grundig og vektlegger særlig forhold rundt dokumentasjon, prosedyrer og felles standarder. Her påpekes en rekke forbedringsområder, særlig med tanke på at tjenestene skal bli likere mellom byområdene. Men den peker også på brukernes tilfredshet med tjenestene.

Innledningsvis vil jeg minne om at essensen i psykisk helsearbeid er den personlige relasjonen mellom hjelper og bruker. Denne relasjonen er preget av det begge bringer med seg inn i møtet av kunnskap, holdninger og erfaringer. En tjeneste som er styrt av brukernes ønsker og behov kan ikke alltid standardiseres, men må være personlig, fleksibel og individuell. Brukernes tilbakemeldinger i rapporten tyder på at de opplever seg møtt med respekt og forståelse og får ha stor innflytelse på innretningen av tjenesten de får. Dette er svært positivt. Kompetansenivået blant de ansatte er høyt og det er god stabilitet i staben. En stor andel av de som arbeider der er høyskoleutdannede med en eller flere videreutdannelser og lang erfaring.

Rapporten viser til mangler når det gjelder dokumentasjon, likhet/likeverdighet mellom enhetene og informasjon/implementering av nye mål og programmer. Dette er områder det har vært arbeidet mye med parallelt med revisjonsarbeidet, og en ny revisjon i dag ville vist forbedringer på dette feltet. Rapporten vurderes som et godt verktøy for å videreføre det kvalitetsarbeidet som pågår i etaten. Arbeidet med prosedyrer, felles standarder og implementering i tjenestene pågår fortløpende. Dette ledes av en egen kvalitetsrådgiver, en funksjon som ble etablert samtidig som revisjonen startet, høsten 2018. Rapporten påpeker manglende dokumentasjon i form av referater fra møter mellom byrådsavdeling og etat/tjenester ute. Dette tas til etterretning og vil vektlegges fremover.

Individuell plan (IP) er brukerens egen plan, et verktøy som tilrettelegger for at brukeren selv kan arbeide mot sine mål i et koordinert samarbeid med andre involverte. Kommunens rolle er å tilby IP for de som er i målgruppen for dette, og i mange tilfeller koordinere arbeidet i samarbeid med brukeren. I rapporten vises det til mangelfullt utfylte planer, uten at den synes å ta høyde for at brukeren selv bestemmer hvilke deler av planen som skal fylles ut. Mange brukere blir overveldet av denne typen skjema og svært mange takker nei, selv om de er i målgruppen for IP. Manglende utfylte felt i brukers IP kan naturligvis være en indikasjon på mangel i kommunens tjenesteyting. Samtidig er det viktig å erkjenne at IP er et dynamisk verktøy slik at mange planer vil begrense seg til å inneholde det brukeren opplever som relevant eller viktig. Dette skal ikke overstyres av hjelperne.

Postadresse:
Postboks 7700, 5020 BERGEN
Kontoradresse:
Rådhusgaten 10

Telefon:
E-post: BSBI@bergen.kommune.no
Internett: www.bergen.kommune.no

Et av de punktene revisjonen er mest kritisk til, er deler av forvaltningen sitt arbeide rundt søknader og vedtak. Dette har vært erkjent av tjenestene en stund som et område som må forbedres. Her er det viktig at både helsefagkompetanse, brukererfaringer og juridisk kompetanse kombineres. Det er nå satt ned en arbeidsgruppe som går gjennom alle maler, standarder for når meldinger sendes ut, når saker kan avsluttes uten vedtak og andre forhold som ble påpekt i rapporten. En kvalitetsutfordring er at meldinger og vedtak som er juridisk korrekte, ofte kan oppleves som vanskelig å forstå for brukerne.

Det siste året har medført mange store endringer som ledd i kvalitetsforbedring i de psykiske helsetjenestene. Revisjonsprosessen har i seg selv bidratt til gode læringspunkter og oppmerksomhet på de områder med forbedringspotensialer som rapporten omtaler.

Organisasjonsendringen 1. mars 2020 skal blant annet sikre større likeverdighet og likhet i tjenestene mellom de ulike byområdene, og også sikre at kompetansen ikke er for sårbar på faglige problemstillinger som forekommer sjelden.

To av enhetene i de psykiske helsetjenestene har tatt i bruk Mobil omsorg og de to andre starter opp med dette høsten 2020.

Et eget mestringsteam er under etablering og skal jobbe systematisk med å bistå personer til å flytte ut fra tilrettelagte botilbud og over i ordinære eide eller leide boliger. Et av målene med dette er å avvikle køen inn til botilbudene.

Et eget utviklingsprosjekt, VIP 2025, er startet opp for å utvikle tjenestene både når det gjelder kvalitet og kapasitet. Som en del av dette lyses det i disse dager ut enhetsleder og psykologspesialist til et nytt behandlingstilbud for lettere og moderate psykiske lidelser og utfordringer. Teamet kalles Rask Psykisk Helsehjelp og bygger på et evidensbasert program støttet av Helsedirektoratet. Dette tilbudet vil øke kvaliteten på og tilgjengeligheten til lavterskel behandlingstilbud betydelig.

Med hilsen
BASB Byrådsavdeling for arbeid, sosial og bolig

Lubna Body Jaffery byråd

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Vedlegg 2: Sentrale dokumenter og litteratur

Lov og forskrift

- Justis- og beredskapsdepartementet: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). LOV-1967-02-10.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2019-06-21-24. Sist endret 01.01.2020.
- Arbeids- og sosialdepartementet: Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven). LOV-2018-06.22-83. Sist endret 01.11.2019.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Sist endret 01.10.2019.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-063. Sist endret 01.01.2020.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256. Sist endret 01.05.2018.

Forarbeider, rundskriv, veiledere mv.

- Helse- og omsorgsdepartementet: *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Sist endret 29.10.2018.
- Helse- og omsorgsdepartementet: *Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven*. Sist oppdatert 07/2017.
- Helse- og omsorgsdepartementet: *Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Nasjonal veileder*. Sist endret 28.02.2014.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet: *Rundskriv til Lov om sosiale tjenester i NAV*. Datert 22.06.2012.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet: *Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*. Datert 27.03.2014.
- Helse- og omsorgsdepartementet: *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Datert 25.08.2017.
- Helse- og omsorgsdepartementet: *Opptappingsplan for psykisk helse (1998-2008)*. St. prp. Nr. 63 (1997-98).

Dokumenter fra kommunen

- Bergen kommune. *Plan for psykisk helse 2016 – 2020. Gode liv i et inkluderende samfunn*. Vedtatt i Bystyret 19.10.2016 i sak 267-16.
- Bergen kommune. *Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen 2018 – 2022*
- Bergen kommune. *Årsmelding 2018*. Tilgjengelig fra: https://pub.framsikt.net/2018/bergen/mr-201812-årsmelding_2018_web/#/
- Bergen kommune. *Retningslinje for forbedrings- og kvalitetsarbeid i EPHRT. Bkkvalitet. Forbedrings- og kvalitetsarbeid i Etat for psykisk helse og rustjenester*. Gyldig fra 14.08.2019. Revisjonsfrist 13.08.2020.
- Bergen kommune. Statusrapport for Plan for psykisk helse 2016-2020. Bergen bystyre. Saksnr. 8/19. 30.01.2019
- Bergen kommune. *Prosedyre for utnevning av koordinator og oppstart av individuell plan (IP) i Bergen kommune*. Sist revidert 10.08.2018. Gyldig til 01.11.2019.
- Bergen kommune. *Mal for individuell plan i Bergen kommune – skjema for utfylling*,

- Bergen kommune. *Bruksanvisning til utfylling av mal for individuell plan i Bergen kommune*. Gyldig til 01.11.2021
- Bergen kommune. *Mal for informert samtykke*. Gyldig til 01.11.2021.
- Bergen kommune. *Rapporteringskalender 2019*.
- Bergen kommune. *Stillingsbeskrivelse for økonomikonsulent – EPHRT*.
- Bergen kommune. *Årsrapporter 2018 for Etat for psykisk helse og rustjenester*.
- Bergen kommune. *Arbeidsprosesser i forvaltningsenheten i Bergen kommune*. Sist oppdatert 28.10.2019.
- Bergen kommune. *Kriterier for tildeling av pleie og omsorgstjenester*. Datert 28.08.2019. Gyldig til 31.05.2020.
- Bergen kommune. *Ufravikelig prosedyre. Vedlegg 1 – tjenestekategorier*. Sist revidert 28.12.2018. Gyldig til 01.03.2020.
- Bergen kommune. *Retningslinje for etablering i bolig. Psykisk helse og rustjenester Årstad*. Opprettet 17.07.2017
- Bergen kommune. *Statusrapport for arbeidet med Plan for psykisk helse 2016-2020*. Presentert for Bergen bystyre 30. Sak 359/18.
- Bergen kommune. *Bergen kommunes handlings- og økonomiplan 2020-2023*.
- Bergen kommune. *Mandat for brukerråd ved avdelinger i etat for psykisk helse og rustjenester*. Sist revidert 06.02.1019.
- Bergen kommune. *Ingenting om deg – uten deg. En veileder i recoveryorienterte praksiser for alle i Etat for psykisk helse og rustjenester*.
- Bergen kommune. *Veiledende prosedyre for oppfølging av barn og pårørende*. Sist revidert 18.01.2019. Gyldig til 31.03.2020
- Bergen kommune. *Veiledende prosedyre for samhandling med pårørende*. Sist revidert 17.12.2018. Gyldig til 15.01.2019.
- Bergen kommune. *Samtykke til at informasjon gis til pårørende*. Sist revidert 17.12.2018. Gyldig til 15.01.2019.
- Bergen kommune. *Sjekkliste for samhandling med pårørende*. Sist revidert 17.12.2018. Gyldig til 15.01.2019.
- Bergen kommune. *Ufravikelig prosedyre for tildeling av tilrettelagte botilbud for personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser*. Tilgjengelig på *Allmenningen*. SD-18-479. Revisjonsdato 28.12.2018. Gyldig til 01.03.2020.
- Bergen kommune. *Intern samhandling om tilrettelagte botilbud*. Gyldig fra 14.08.2019. Revisjonsfrist 13.08.2020. Tilgjengelig i Bk Kvalitet.

Andre kilder

- St. Olavs hospital *Barnespor for helsepersonell*. Revidert utgave 2. Tilgjengelig fra: https://stolav.no/Documents/KoRus/Barnespor%20for%20helsepersonell_NY.pdf



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NWE 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 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 approximately 286,000 people make an impact that matters at www.deloitte.no.

© 2020 Deloitte AS