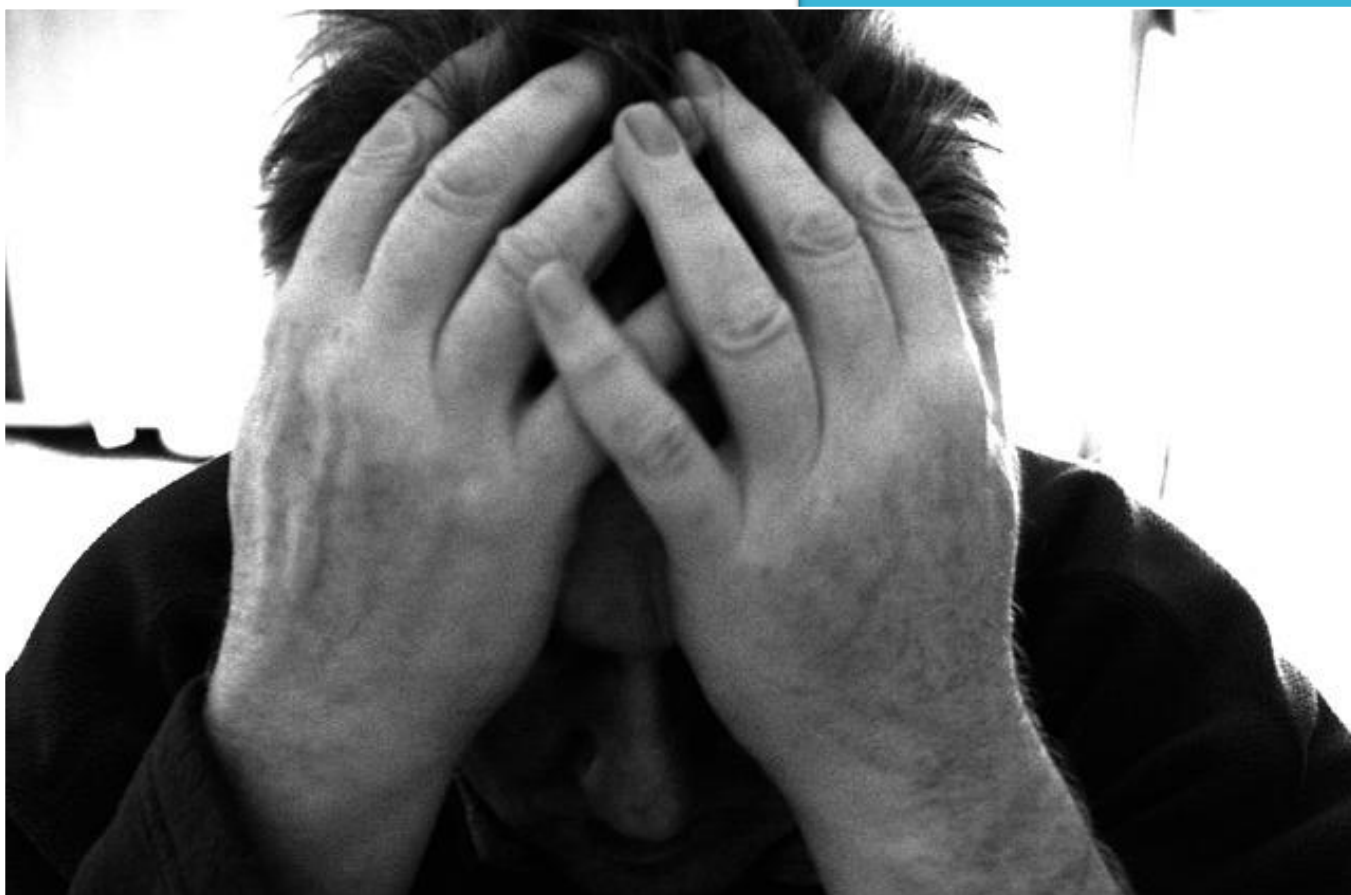


Forvaltningsrevisjon 2014

Utarbeidet av Hedmark Revisjon IKS
på oppdrag fra kontrollutvalget i Åsnes
kommune

Psykisk helse- og rusomsorg i Åsnes kommune



1 Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet: *Psykisk helse- og rusomsorg i Åsnes kommune*. Rapportutkastet har vært sendt på høring til rådmannen i kommunen. Rådmannens høringsuttalelse fremkommer av kapitel 17 i rapporten. Rapporten, som utgjør prosjektets sluttprodukt, avleveres herved til revisjonens oppdragsgiver, kontrollutvalget i Åsnes kommune.

Forvaltningsrevisor Inger Stensgaard Sørensen har vært utøvende revisor for prosjektet og har ført rapporten i pennen. Laila Irene Stenseth har vært oppdragsansvarlig revisor for prosjektet og har kvalitetssikret arbeidet.

Prosjektets datainnsamling er gjennomført i perioden august-oktober 2014.

Hedmark Revisjon IKS ønsker å takke kommunens administrasjon for nødvendig tilrettelegging og bistand i prosjektforløpet. Samtidig vil vi takke kontrollutvalget i Åsnes kommune for oppdraget.

Løten, den 19. november 2014

Laila Irene Stenseth



Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Inger Stensgaard Sørensen



Utvøvende forvaltningsrevisor

Innhold

1	FORORD	2
2	SAMMENDRAG	5
3	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	8
4	FORMÅL	9
5	PROBLEMSTILLINGER	9
6	OPPBYGGING AV RAPPORTEN	9
7	DET KOMMUNALE ANSVAR	10
8	AKTUALITET	11
9	METODE	14
9.1	KVALITATIVE INTERVJUER	14
9.2	DOKUMENTANALYSE	15
9.3	KONTROLL AV INDIVIDUELLE PLANER	15
10	AVGRENSNINGER	16
11	PROBLEMSTILLING 1	17
11.1	REVISJONSKRITERIER	17
11.2	FUNN	19
11.2.1	GENERELT OM PSYKISK HELSE- OG RUSOMSORG I ÅSNES KOMMUNE	19
11.2.2	TEMA: DEN PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTE	21
11.2.3	TEMA: RUSOMSORG	23
11.2.4	TEMA: LAVTERSKELTILBUD	25
11.2.5	TEMA: SPARBYHUSET DAGSENTER	25
11.2.6	TEMA: FRISKLIVSSENTRALEN OG FYSISK AKTIVITET	26
11.2.7	TEMA: NAV	27
11.2.8	TEMA: TILDELERENHETEN OG TILDELING AV TJENESTER	29
11.2.9	TEMA: VITT	33
11.2.10	TEMA: BOLIG	37
11.2.11	TEMA: FASTLEGENE OG KOMMUNEOVERLEGE	47
11.2.12	TEMA: INTERKOMMUNALE SAMARBEIDER, PROSJEKTER OG SPESIALISTHELSETJENESTE	47
11.2.13	TEMA: ØVRIGE TILBUD	49
11.2.14	TEMA: PÅRØRENDE	49
11.2.15	TEMA: KOMPETANSE	49
11.2.16	TEMA: LETT TILGJENGELIGE TJENESTER	53
11.2.17	TEMA: ANSATTES SIKKERHET OG VOLDSRISIKO	57
11.3	REVISORS VURDERING : PROBLEMSTILLING 1	58
11.3.1	TJENESTETILBUDET / BREDDEN I TJENESTETILBUDET	58
11.3.2	TILDELING AV TJENESTER	61
11.3.3	BOLIGER	62

11.3.4	TILDELING AV BOLIGER	63
11.3.5	TILBUD TIL PÅRØRENDE	64
11.3.6	KOMPETANSE	64
11.3.7	TILGJENGELIGHET	65
11.3.8	DE ANSATTES SIKKERHET	65
11.3.9	SAMLET VURDERING PROBLEMSTILLING 1	66
12	PROBLEMSTILLING 2	68
12.1	REVISJONSKRITERIER – PROBLEMSTILLING 2	69
12.2	FUNN	69
12.2.1	TEMA: BRUKERMEDVIRKNING PÅ SYSTEMNIVÅ	69
12.2.2	TEMA: BRUKERMEDVIRKNING PÅ INDIVIDNIVÅ	71
12.3	REVISORS VURDERING: PROBLEMSTILLING 2	72
13	PROBLEMSTILLING 3	74
13.1	REVISJONSKRITERIER	75
13.2	FUNN	76
13.2.1	TEMA: HELHETLIGE, FLEKSIBLE TILBUD OG KOORDINERING/SAMHANDLING	76
13.2.2	TEMA: PLANDOKUMENTER SOM SIKRER HELHETLIGE OG KOORDINERTE TJENESTER	81
13.2.3	TEMA: INDIVIDUELL PLAN	82
13.2.4	TEMA: KOORDINATOR OG FAST KONTAKTPERSON	85
13.3	REVISORS VURDERING: PROBLEMSTILLING 3	86
14	KONKLUSJON	89
15	ANBEFALINGER	90
16	REFERANSELISTE	92
16.1	DOKUMENTER SOM REVISJONEN HAR FÅTT UMLEVERT FRA REVIDERT ENHET	94
17	RÅDMANNENS HØRINGSUTTALELSE	96
18	VEDLEGG A: REVISJONSKRITERIER	98
19	VEDLEGG B: UTTALELSE FRA DPS KONGSVINGER	118

2 Sammendrag

I henhold til plan for forvaltningsrevisjon for Åsnes kommune 2013-2016, ønsker kommunens kontrollutvalg et forvaltningsrevisjonsprosjekt om kommunens psykiske helse- og rusomsorg. Prosjektet er nå gjennomført og denne rapporten utgjør prosjektets sluttprodukt.

Formålet med forvaltningsrevisjonen var å avdekke om Åsnes kommune har et tjenestetilbud som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Det er også blitt undersøkt og vurdert om hensynet til brukermedvirkning ivaretas og om bruker sikres et koordinert og helhetlig tjenestetilbud. Prosjektets formål er begrunnet i vurderingen av aktualitet og risiko samt prosjektets avgrensning.

Datainnsamlingen er foretatt i august-oktober 2014, og har innebefattet 7 intervjuer, herav 5 gruppeintervjuer. Intervjupersonene inkluderer kommunalsjef, helseleder (konstituert), leder av psykisk helse- og rustjeneste (konstituert), ruskonsulent, NAV, brukerrepresentanter fra dagsenter, leder av NAV, tildelerenheten mv. I tillegg har vi fått informasjon via e-postkorrespondanse med disse og øvrige relevante parter og vi har foretatt dokumentanalyse.

Vi har videre kontaktet og mottatt skriftlig uttalelse fra DPS Kongsvinger, liksom vi også har gjennomført en kontroll av individuelle planer på individnivå i en stikkprøvekontroll av pasientjournaler.

I forvaltningsrevisjon skal det etableres revisjonskriterier, som utgjør grunnlaget for hva de innsamlede data vurderes opp mot. Revisjonen har ved utledning av revisjonskriterier tatt utgangspunkt i relevant lovverk samt Helsedirektoratets veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Sammen om mestring (2014)). Revisjonskriteriene har vært oversendt til gjennomsyn og høring hos rådmann og kommunalsjef. Kommunen hadde ikke noen kommentarer til de anvendte kriterier.

På bakgrunn av funn har revisor vurdert og konkludert følgende:

Problemstilling 1 har undersøkt om Åsnes kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Revisor mener Åsnes kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Revisor vurderer at Åsnes kommune har et godt og bredt tjenestetilbud innenfor den psykiske helse- og rusomsorg. Kommunen har et variert utvalg av lavterskeltilbud, en rekke ulike boligtyper og godt kompetansenivå blant de ansatte. Revisor finner videre at det er følgende avvik og forbedringspunkter:

1. Åsnes kommune har ikke selv et aktivt oppsøkende behandlingsteam på gateplan. Kommunen deltar i prosjektet ROS og har prosjektansatte i «*Samhandlingsmodeller innen rusfeltet*» med oppsøkende virksomhet som en del av sine arbeidsoppgaver. Revisor stiller likevel spørsmål ved om dette dekker kravet om å ha et aktivt, oppsøkende team på gateplan.
2. Revisor finner at samhandlingen i forhold til boliger og boligtildelinger er mangelfull. Den valgte organisering av boligtildelingene i ulike enheter synes uhensiktsmessig. Revisor stiller spørsmål ved om kommunens praksis med å stille krav om at søkere skal ha bodd tre år i kommunen for å kvalifisere til kommunal bolig og omsorgsbolig, kan komme i strid med Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 1-1 og 3-1.
3. Det er ikke oppdaterte husleiesatser for 2014 på kommunens hjemmeside, og revisor vurderer at dette avviker fra retningslinjene for tildeling av kommunale boliger i Åsnes kommune.
4. Åsnes Kommune har ikke akuttboliger. Det er et avvik fra av § 15 og § 27 i Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

5. Kommunens ettervern synes ikke å være veletablert, blant annet pga. mangelen på akuttboliger og øvrige boliger til rusmiddelbrukere.
6. Revisor merker seg at det er et høyt og stigende press på tjenestene i ViTT, og stiller spørsmål ved om tjenestene fortsatt kan ha forsvarlig kvalitet.
7. Både ViTT og NAV opplever et økende antall unge med hjelpebehov. Revisor stiller spørsmål ved om ressursene imøtekommer behovet overfor denne brukergruppe og peker på at det er mangler i botilbudet nettopp i forhold til boliger som er relevante for unge, f.eks. treningsboliger og hybler.
8. Kompetanseheving kan bli tilsidesatt til fordel for høy direkte tjenesteproduksjon i noen tjenesteenheter. I noen tjenesteenheter er det få midler til kompetanseheving. Kompetansen på tildelerenheten i relasjon til psykisk helse- og rusproblematikk er svak.
9. Skriftlige rutiner og dokumentasjon i forhold til håndtering og vurdering av selvmordsrisiko mangler i noen tjenesteenheter.
10. Kommunen har en hjemmeside som beskriver tjenestetilbudet innenfor psykisk helse- og rusomsorg, men ikke alle sider er oppdaterte. Det er vanskelig å finne informasjon om deler av tjenestetilbudet.
11. Revisor stiller spørsmål ved om det er foretatt risikovurdering for å ivareta de ansattes sikkerhet for alle tjenesteområder som yter tjenester til brukere med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.

Problemstilling 2 har undersøkt om hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen i Åsnes kommune ivaretas.

Konklusjonen på problemstilling 2 er at Åsnes kommune ivaretar hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen. På systemnivå foretas det brukerundersøkelser og det finnes brukerråd i relevante tjenesteenheter. At brukerundersøkelsene gjennomføres i ulike virksomheter til små målgrupper, medvirker til at undersøkelsene virker lite relevante, vanskelig kan sammenliknes på tvers og blir mindre brukbare for tjenesteyterne selv og på et mer overordnet planmessig og strategisk kommunalt nivå. Kommunen har etablert samarbeid med lokale brukerorganisasjoner. Revisor vurderer at det finnes brukermedvirkning på systemnivå, men at det kan skje forbedringer i omfanget og organiseringen av denne brukermedvirkning, særlig hva angår utformingen av brukerundersøkelsene til den aktuelle gruppe. På individnivå skjer brukermedvirkning løpende, f.eks. ved å benytte motiverende intervju som metode. Brukermedvirkning er dokumentert i individuelle planer, og tilgang til brukerstyrt seng ved DPS bidrar også til å sikre brukermedvirkning på individnivå.

Problemstilling 3 vurderer i hvilken grad Åsnes kommune sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud.

Revisor konkluderer at Åsnes kommune i overveiende grad sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud. Det synes å være tilfredsstillende samhandling på brukernivå, men kommunen har mangler i forhold til å etablere samhandling på systemnivå. Kommunen har også mangler og avvik i forhold til opplæring og veiledning av koordinator, og det kan skje forbedringer i rutinene for dokumentasjon av tilbud om individuell plan. Videre bygger den psykiske helse- og rusomsorg på et utdatert planverk. Revisor ser samtidig at kommunen har planer om oppdatering av planverk. Samtidig finner revisor at kommunen selv kjenner til de fleste av de nevnte avvik/mangler og revisor har fått opplyst at kommunen vil utbedre dem.

Forvaltningsrevisjonen innbefatter følgende **anbefalinger** i forhold til de funne avvik og svakheter:

1. Kommunen bør foreta en vurdering av om ROS-prosjektet dekker kommunens samlede behov for oppsøkende team.
2. Kommunen bør styrke samhandlingen mellom tjenesteytere som er ansvarlig for boligtildelinger. Kommunen anbefales å vurdere om boligtildelinger i ulike enheter er formålstjenlig.
3. Kommunen bør kartlegge og vurdere om det er jurisk grunnlag for å stille krav til botid på tre år for søkere til kommunal bolig/omsorgsbolig.
4. Kommunen bør sikre at kommunens hjemmeside er oppdatert med informasjon og dokumenter som angår kommunens psykiske helse- og rusomsorg, inkludert tildelerenheten. Husleiesatser for 2014 bør også være tilgjengelig på kommunens hjemmeside.
5. Akuttboliger bør være en del av kommunens tjenestetilbud.
6. Kommunens ettervern bør styrkes.
7. Kommunen bør sikre at tjenesteytere kan tilby tjenester av forsvarlig kvalitet, også når det skjer en øking i brukertall, endringer i sammensetningen av brukergruppen eller ved en øking av brukergruppens tjenestebehov.
8. Kommunen bør sikre at høy direkte tjenesteproduksjon ikke kontinuerlig går på bekostning av kompetanseheving blant de ansatte.
9. Pr i dag tildeler tildelerenheten tjenester til brukere med psykisk helse- og rusproblematikk under ViTT og Flisabo. Kommunen bør sikre at tildelerenheten har tilstrekkelig kompetanse på dette feltet.
10. Kommunen bør sikre at samtlige tjenesteytere overfor brukergruppen med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelmisbruk har skriftlige rutiner for håndtering og vurdering av selvmordsrisiko blant brukerne.
11. Kommunen anbefales å foreta en risikovurdering av de ansattes sikkerhet på alle tjenesteområder som yter tjenester til brukere med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.
12. Kommunen anbefales å foreta en vurdering av om brukerundersøkelsene kan utformes og gjennomføres på en annen måte, slik at resultatene blir mer fyllestgjørende og spesifikke for den psykiske helse- og rusomsorgen.
13. Kommunen bør styrke samhandlingen på systemnivå mellom de virksomheter som yter tjenester til brukere med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.
14. Kommunen bør undersøke om det kan etableres et mer strukturert system for å dokumentere at brukere har fått tilbud om individuell plan.
15. Det bør sikres at kommunens koordinerende enhet for helse- og rehabilitering ivaretar sitt ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene.
16. Kommunen bør oppdatere relevant planverk på tjenesteområdet.

Rapportutkastet har vært sendt på høring til rådmannen i kommunen. Rådmannens høringsuttalelse fremkommer av kapittel 17 i rapporten.

3 Bakgrunn for prosjektet

Kontrollutvalget skal påse at kommunens virksomhet årlig blir gjenstand for forvaltningsrevisjon i samsvar med bestemmelsene i forskrift om kontrollutvalg av 15. juni 2004.

I henhold til plan for forvaltningsrevisjon for Åsnes kommune 2013-2016, ønsker kontrollutvalget et forvaltningsrevisjonsprosjekt om kommunens psykiske helse- og rusomsorg. Kontrollutvalget har foretatt følgende bestilling:

Vedtak i kontrollutvalget – 05.06.2014 (sak nr. 29/2014)

Kontrollutvalget viser til plan for forvaltningsrevisjon for Åsnes kommune for 2013-2016 og vedtar oppstart av et forvaltningsrevisjonsprosjekt knyttet til *Ytes det tjenester til psykisk syke i tråd med lover og regler.*

Prosjektet har følgende problemstillinger:

1. Har Åsnes kommune et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer?
2. Ivaretas hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen i Åsnes kommune?
3. I hvilken grad sikrer Åsnes kommune at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud?

Hvis det i løpet av gjennomgangen avdekkes andre problemstillinger som bør undersøkes nærmere, tas dette opp med kontrollutvalget.

(...)

Revisjonen har avholdt oppstartsmøte med kommunalsjef Toril Gundersen. På møtet deltok også konstituert helseleder Ingrid Bjerke-Matsson, virksomhetsleder tilpassede tjenester (ViTT) Marjolein Verplak, avdelingsleder Flisabo Linda Mohn, rusrådgiver Malin Talhaug, avdelingsleder (ViTT) Anita Syverud samt konstituert avdelingsleder psykisk helse og rustjeneste Mona Gjerdrum.

Rapportutkastet har vært sendt på høring til rådmannen i kommunen. Rådmannens høringsuttalelse fremkommer av kapittel 17 i rapporten. Revidert enhet har også hatt anledning til å lese rapporten i sin helhet og har gitt rettelser til fakta-delen av rapporten. Disse rettelser er innarbeidet i den endelige rapporten.

4 Formål

Formålet med en forvaltningsrevisjon innenfor psykisk helse og rusomsorg er å avdekke om Åsnes kommune har et tjenestetilbud som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Det skal herunder undersøkes om hensynet til brukermedvirkning ivaretas og om bruker sikres et koordinert og helhetlig tjenestetilbud.

Prosjektets formål er begrunnet i vurderingen av aktualitet og risiko samt prosjektets avgrensning (se avsnitt 8 og 10).

Formålet er konkretisert i tre problemstillinger, som har vært førende for revisjonens undersøkelse og vurderinger:

5 Problemstillinger

1. Har Åsnes kommune et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer?
2. Ivaretas hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen i Åsnes kommune?
3. I hvilken grad sikrer Åsnes kommune at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud?

6 Oppbygging av rapporten

I kapittel 7 beskrives det kommunale ansvar for psykisk helse- og rusomsorg, hvoretter kapittel 8, 9 og 10 presenterer prosjektets aktualitet, metode og avgrensninger.

Deretter følger tre overordnede kapitler, hvorav kapittel 11 behandler problemstilling 1, kapittel 12 behandler problemstilling 2 og kapittel 13 behandling problemstilling 3. I de enkelte kapitler fremlegges revisjonskriterier, funn og vurderinger for den aktuelle problemstilling.

Den psykiske helse- og rusomsorg er et komplekst tjenesteområde, hvor det er mange ulike aktører og tjenester. Denne rapport er derfor omfattende. I vurderingsavsnittene (avsnitt 11.3, 12.3 og 13.3) oppsummerer vi derfor de vesentligste funn og foretar våre vurderinger på bakgrunn av disse. Sist i vurderingsavsnittene fremkommer revisors konklusjon på problemstillingen. Forøvrig henvises det til rapportens samlede konklusjon og anbefalinger i kapittel 14 og 15, som også oppsummerer det vesentligste av innholdet i kortform.

Anvendte referanser og oversikt over dokumentasjon fra revidert enhet, fremgår av kapittel 16.

Rådmannens høringsuttalelse fremgår av kapittel 17.

Vedlegg A viser vår utledning av og begrunnelsen for anvendte revisjonskriterier. Revisjonskriteriene har vært oversendt til gjennomsyn og høring hos rådmann og kommunalsjef. Kommunen hadde ikke noen kommentarer til de anvendte kriterier.

Vedlegg B viser mottatt svar fra DPS, som har fått anledning til å uttale seg om deres oppfatning av samarbeidet med kommunene Kongsvinger, Åsnes og Eidskog.

7 Det kommunale ansvar

Kommunene er sentrale for å lykkes med helhetlig behandling og oppfølging av personer med psykiske problemer, men det finnes få konkrete krav til det kommunale psykiske helsearbeid. Dette stiller kommunene overfor betydelige utfordringer mht. hvordan arbeidet best kan organiseres. Lokalt rus- og psykisk helsearbeid skal bidra til flere friske leveår for befolkningen og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer for den enkelte, for tredjepart og for samfunnet.

Psykisk helse- og rusarbeid i kommunene omfatter forebygging, diagnostisering, funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering, oppfølging i bolig, psykososial støtte og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Tjenesteapparatet skal bistå de som trenger hjelp til å mestre hverdagen – også i de vanskeligste periodene.

Grad av alvorlighet, kompleksitet og behov for hjelp vil variere. Mange med psykiske plager eller lidelser vil klare å håndtere situasjonen selv, eller med støtte fra familie, nettverk eller selvhjelpstilbud, mens en del vil ha behov for bistand fra enkelte kommunale tjenester, ofte i et begrenset tidsrom. Andre kan ha behov for et mer omfattende tilbud, gjerne i et lengre tidsrom, både fra kommunale tjenester og fra psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Kommunene og spesialisthelsetjenestene må derfor ha et differensiert tilbud både til barn, unge og voksne.

Kommunen skal i samsvar med den nye folkehelseloven ha oversikt over den psykiske helsetilstanden til befolkningen, faktorer som påvirker den og over behovet for tiltak og tjenester. Oppfylging av grunnleggende materielle betingelser i form av et godt botilbud, et meningsfylt aktivitetstilbud, sosial tilhørighet og et inntektsgrunnlag som gjør at materielle behov kan ivaretas, er sentrale faktorer i arbeidet med å forebygge og behandle psykiske lidelser.

Det eksisterer fortsatt fordommer knyttet til psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Mange kontakter ikke tjenesteapparatet når de har behov for hjelp, og tjenestene må i langt større grad enn ved somatiske sykdommer, drive aktivt informasjonsarbeid, oppsøkende virksomhet og organisere tjenestene slik at de er lett tilgjengelige for brukerne.¹

Kommunene har også ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, gi råd og veiledning, eksempelvis økonomisk råd og veiledning, som kan bidra til å løse eller forebygge problemer. De skal sørge for ulike typer sosiale tjenester til personer som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller er avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål.

Når det gjelder arbeid og psykisk helse er det viktig at kommunene bl.a. utvikler lavterskeltilbud med motivasjons- og mestringsstyrkende tiltak som kan støtte/lede til mer arbeidsrettede løp for den enkelte innbygger.²

Et grunnlag for kommunenes arbeid innen psykisk helse er *Opptappingsplanen for psykisk helse*, som ble fremlagt av regjeringen i St. prp. Nr 63 (1997-1998). Planperioden strakk seg i første omgang over perioden 1999-2006, men ble ved nytt stortingsvedtak utvidet frem til år 2008.³ Omstillingen av

¹ Proposisjon til Stortinget 1S (2013-2014) – kap. psykisk helse

² Nasjonal strategiplan for psykisk helse 2007-2012

³ Helse- og omsorgsdepartementet: Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008 .

psykisk helsevern i tråd med målene i opptrappingsplanen er imidlertid fortsatt ikke fullført.⁴ I Meld. St. nr 16. (2010 – 2011) la regjeringen fram den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. Målet er et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet, kort ventetid og med størst mulig nærhet til, og tilpasset den enkelte bruker. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg og ha innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet. Samhandlingsreformen bygger på en utvidet og styrket kommunerolle, også når det gjelder psykisk helse.

Kommunene har også et omfattende ansvar for tjenester til personer med rusmiddelproblemer. Ansvaret følger av helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunen har hovedansvar for å gi råd, veiledning og hjelpetiltak overfor rusmiddelavhengige. Ved behov og hvis klienten ønsker det, skal kommunen bistå med å etablere behandlingsopplegg lokalt eller i egnet behandlings- eller omsorgsinstitusjon. Kommunen kan henvise personer med rusmiddelproblemer til tverrfaglig, spesialisert rusbehandling, som er et statlig ansvar. Kommunen har likevel et oppfølgingsansvar både under og etter institusjonsopphold.⁵

Som innenfor psykisk helse, er det også på rusfeltet laget en opptrappingsplan som var gjeldende frem til og med 2012.⁶ Rusreformen fra 2004 er også et viktig grunnlag for ansvar og utforming av tjenestetilbudet, da den ga rusmiddelbrukere pasientstatus, og skulle sikre at rusmiddelbrukere skulle få bedre og mer helhetlige tjenester og at behandlingsresultatene skulle bli bedre.⁷ Pr i dag er Samhandlingsreformen retningsgivende for innsatsen mot rusproblemer. Det nevnes forøvrig at regjeringen vil styrke innsatsen på rusfeltet gjennom en ny opptrappingsplan som skal bidra til kapasitet og kvalitet i tilbudet til personer med rusproblemer. Regjeringen tar sikte på å fremme opptrappingsplanen for Stortinget i løpet av 2015.⁸

8 Aktualitet

Psykiske plager og lidelser er et betydelig folkehelseproblem, og kan føre til redusert funksjonsevne i hjem, skole og arbeid og tap av livskvalitet. Psykiske plager er viktige årsaker til sykdom, uførhet, lav sosial integrering og redusert levealder. Omlag en sjettedel av den voksne befolkningen har til enhver tid et psykisk helseproblem og/eller et rusmiddelproblem. Angst og depresjon er de vanligste lidelsene. Om lag fem prosent har vært i behandling i psykisk helsevern eller i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.⁹

Skadelig bruk av rusmidler er en av de største risikofaktorene for sykdom og for tidlig død. Det omfatter skader som følge av ulykker, vold, og problemer knyttet til avhengighet, herunder skam og skyldfølelse hos barn, unge og voksne pårørende. Mange barn rammes av foresattes rusmiddelbruk. Å være foreldre, ektefelle, samboer eller pårørende til mennesker med rusproblemer, kan medføre store problemer for vedkommendes evne til å takle hverdagsliv og jobb.

⁴ Prop. 1. S (2013-2014), kap 10: Psykisk helse.

⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) § 3 + forarbeider til loven.

⁶ Helse- og omsorgsdepartementet: *Opptrappingsplanen for rusfeltet*.

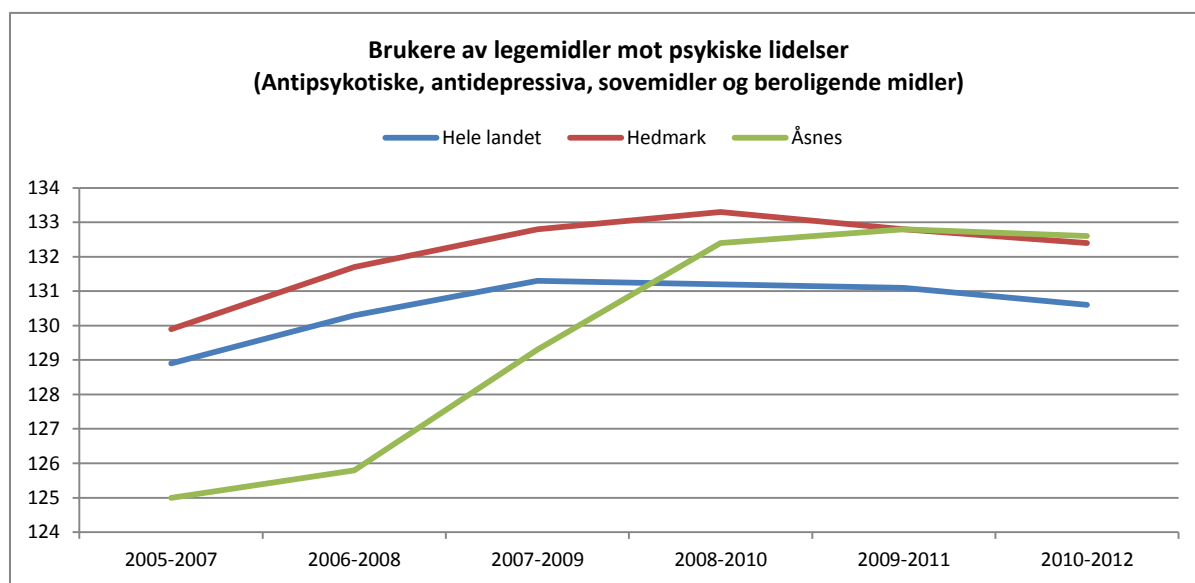
⁷ Helse og omsorgsdepartementet (2004): *Rundskriv I-8/2004. Rusreformen*.

⁸ Kommuneproposisjonen 2015

⁹ Kilde: Helsedirektoratet: *Sammen om mestring*, s. 8.

Det er ikke usedvanlig å se personer med både alvorlige psykiske lidelser og en samtidig rusmiddelavhengighet. Undersøkelser viser at ca. 65 % av kartlagte brukere av kommunale helse- og omsorgs- og velferdstjenester med rusmiddelproblemer hadde psykiske vansker som gikk alvorlig ut over deres daglige fungering. Det har vært økt oppmerksomhet rundt denne pasientgruppen de siste årene, allikevel er det fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og øvrig oppfølging. Noen forblir uoppdaget fordi vi ikke har sett den psykiske lidelsen bak rusproblemene eller rusmiddelmisbruket bak den psykiske lidelsen. Godt profesjonelt arbeid for denne sykdomsgruppen innebærer godt kunnskapsnivå og spesielle ferdigheter. Personer med samtidig rus og psykiske lidelser bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte, og de faller lett utenfor behandlingstiltak. Denne gruppe er blant dem som har dårligst levekår.¹⁰

Det er grunn til å forvente en økt belastning på de kommunale tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser eller behov for psykososial støtte. Verdens helseorganisasjon forventer at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020.¹¹ Dette blir trolig også en lokal og konkret utfordring for Åsnes kommune, hvor levekårsfaktorene i befolkningen kan tilsi et stort press på kommunal tjenesteyter. Åsnes kommune har i forhold til landsgjennomsnittet et lavere utdanningsnivå, flere skilte og separerte, lavere inntektsnivå, høyere arbeidsledighet, en stor andel uføretrygdete og en stor andel enslige forsørgere. Ifølge folkehelseprofilen for 2014 har kommunen samtidige en høyere andel personer med psykiske symptomer og lidelser, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.¹² Antallet brukere av legemidler mot psykiske lidelser har samtidig vært stigende i Åsnes (se Figur 1).



Figur 1. Kilde: Folkehelseinstituttet

Fylkesmannen i Hedmark har gjennomført tilsyn i en rekke kommuner av helse- og omsorgstjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig langvarig rusmiddelbruk. Tilsynene har avdekket avvik fra Helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og internkontrollforskriften, helsepersonelloven.¹³ Konkret fremgår mangler på utarbeidelse av individuell plan, mangler på

¹⁰ Meld. St. 16 2010-2011 og Helsedirektoratet: Samtidige rus og psykiske lidelser.

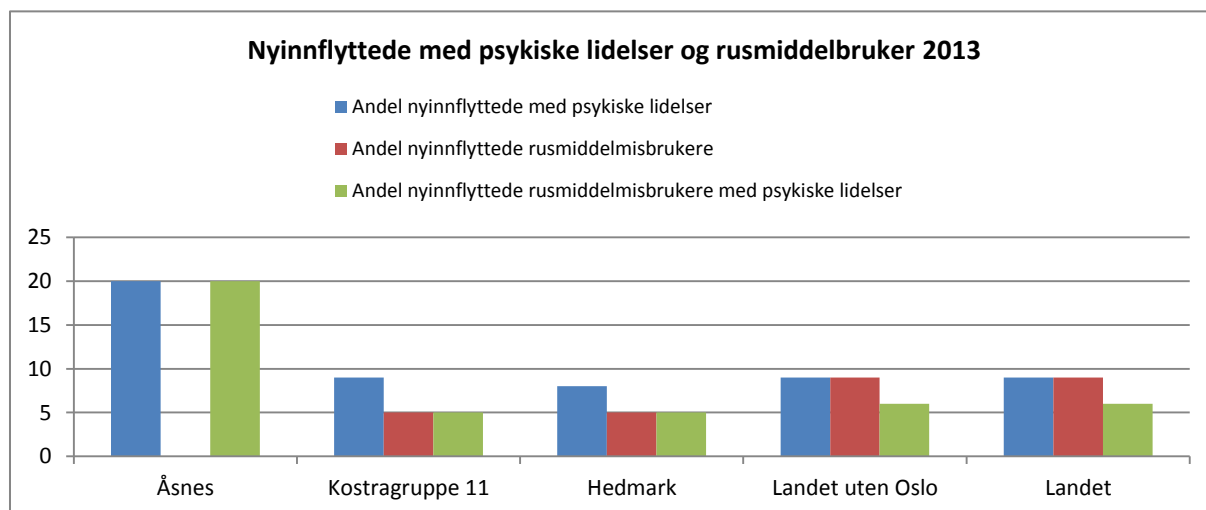
¹¹ Helsedirektoratet: Sammen om mestring.

¹² Kilde: KOSTRA, Åsnes kommuneplan og Folkehelseprofil (Folkehelseinstituttet)

¹³ I Hedmark har det i 2012-2013 vært tilsyn i Kongsvinger, Elverum, Ringsaker, Stange, Trysil, Tynset og Grue. Det var avvik i 6 av 7 kommuner. Kommunen uten avvik fikk en merknad.

samhandlingsmøter og mangelfull journalføring. Et gjennomgående avvik er at kommunene ikke sikrer forsvarlig utredning, koordinering og dokumentasjon av helse og omsorgstjenester til voksne personer med psykisk lidelse og samtidig langvarig rusmiddelmisbruk. Det er ikke gjennomført et tilsyn av Åsnes kommune, men erfaringene fra øvrige kommuner, viser at dette er et område med høy risiko for avvik fra lov og forskrifter.

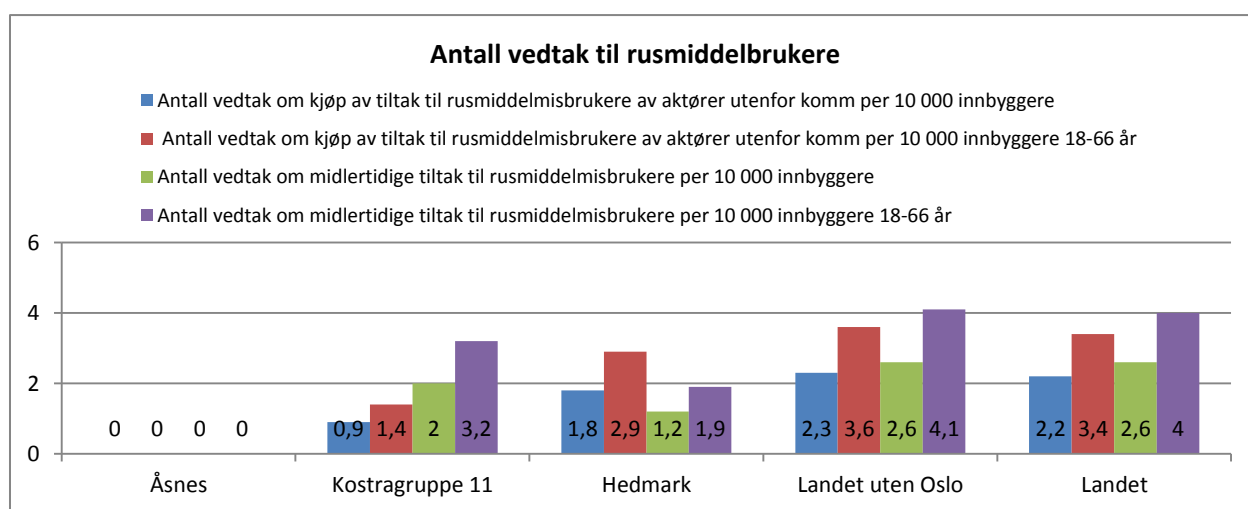
Samtidig viser tall fra KOSTRA¹⁴ at kommunen i 2013 hadde stor tilflytting av brukere med psykiske lidelser og/eller rusmisbruk:



Figur 2

Mange nyinnflyttede rusmiddelbrukere med psykiske lidelser, kan gi et ekstra press på kommunens tjenesteyting og det kan bli vanskelig å tilby et ensartet nivå til samtlige med behov.

Andre tall viser at Åsnes i 2013 ikke hadde noen vedtak om kjøp av tiltak til rusmiddelbrukere eller midlertidige tiltak (Figur 3). Dette kan skyldes at kommunen selv har tatt hånd om behovet, og ikke har kjøpt tjenester, og samtidig ikke har hatt behov for midlertidige tiltak. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved om dette er tilfellet, når Åsnes samtidig er den kommune med flest nyinnflyttede rusmisbrukere med psykiske lidelser.



Figur 3

¹⁴ KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering.

Tallene fra KOSTRA gir ingen forklaringer, men de stiller spørsmål, som er med på å begrunne en forvaltningsrevisjon av området. Når vi samtidig vet at Åsnes kommune har og for fremtiden forventer et høyt press på tjenesteområdet, og at dette er et område hvor kommunene generelt har vanskelig for å leve opp til regelverket, aktualiserer det ytterligere.

På bakgrunn av kontrollutvalgets bestilling og vurdering av aktualitet og risiko, anses det for relevant å gjennomføre en forvaltningsrevisjon innen for psykisk helse og rusomsorg i Åsnes kommune. Prosjektets fokus på samhandling av tjenestetilbudene, at psykisk helse og rus ses i sammenheng og at tjenestene utformes i et bruker- og mestringsperspektiv er i tråd med den vektlegging som helsedirektoratet legger i ny veileder fra 2014.

9 Metode

Det er problemstillingene som har dannet grunnlaget for valg av metode for datainnsamlingen. For å besvare problemstillingene i dette prosjekt har vi foretatt intervju, dokumentanalyse og en analyse av brukeres vedtak.

Det er revisors vurdering at dataene som er fremkommet har vært entydige. Bruk av ulike metoder har altså gitt samsvarende funn, hvilket øker datamaterialets pålitelighet. Vi har tatt imot innspill til metode fra revidert enhet, og løpende endret fremgangsmåte. Dette sikrer at dataene er gyldige. Samlet sett gir dette et godt datamateriale og dermed et grunnlag for å foreta vurderinger og konkludere på prosjektets problemstillinger.

9.1 Kvalitative intervjuer

Vi har gjennomført i alt 7 intervju, hvorav flere har vært gruppeintervju med flere intervjupersoner. Intervjupersonene er følgende:

1. **Ledelsesnivå:** Kommunalsjef Toril Gundersen og konstituert helseleder Ingrid Bjerke-Matsson
2. **Psykisk helsetjeneste og rusomsorg:** Konstituert leder Mona Gjerdrum og rusrådgiver Malin Taihaugen
3. **ViTT:** Virksomhetsleder Marjolein Verplak og avdelingsleder Anita Syvderud
4. **Flisabo omsorgsbolig:** Avdelingsleder Linda Mohn og ansatt Liv Frøydís Solberg
5. **Tildelerenheten:** Leder Julie Tjønn og medarbeider Brit Torill Flisvang (sykepleier/rehab koordinator)
6. **NAV:** Leder Bente Liljan
7. **Brukerrepresentant for Sparbyhuset**

I tillegg har vi fått informasjon på oppstartsmøte og via e-postkorrespondanse med de nevnte intervjupersoner. Vi har også kontaktet kommunelege, leder av Sparbyhuset, Renholdsleder ved Bolig og Eiendom og Frisklivssentralen for å få skriftlig beskrivelser av deres tjenestetilbud og besvart konkrete spørsmål.¹⁵ Mental Helse Åsnes, Anonyme Narkomaner Åsnes og DPS Kongsvinger er blitt kontakt for å be om en uttalelse av deres oppfatning og erfaring med kommunens tjenester for innbyggere med psykiske helse- og rusproblemer. Revisjonen har mottatt svar fra DPS i brev den

¹⁵ Revisjonen har mottatt svar fra alle de kontaktede parter med unntak av kommunelegen.

08.09.2014. Revisjonen har pr dags dato ikke mottatt svar fra Mental Helse Åsnes og Anonyme Narkomaner.

Ved utvalget av respondenter har vi lagt vekt på at respondentene skal representere ulike roller og profesjoner. Vi har intervjuet brukerrepresentanter, den øverste ledelse, avdelingsledere og øvrige ansatte medarbeidere. Vi har vurdert at det i dette prosjekt ikke ville være formålstjenlig å intervju øvrige brukere enn brukerrepresentantene. Brukernes helsetilstand kan være meget varierende og det vil være vanskelig å få et representativt bilde av situasjonen.

I etterkant av hvert intervju er det blitt utarbeidet skriftlig referat, som er verifisert av respondentene.

Vi mener kombinasjonen av intervju med ledelsen og ansatte som er i direkte kontakt med brukerne samt brukerrepresentantene har gitt et godt bilde av om kommunen har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid som er i tråd med lovverk og statlige føringer.

9.2 Dokumentanalyse

Ved dokumentanalyse skaffes datagrunnlag til veie gjennom skriftlig foreliggende kildemateriale. Dokumentene må ordnes for å dekke revisjonsområdet, og relatere seg til de problemstillingene som skal besvares. Gjennom systematisering kan vi se data fra ulike dokumenter i sammenheng. Dette kan bidra til å belyse problemstillingene fra ulike ståsteder.

Vi har fått utlevert kommunale planer, retningslinjer, rutinebeskrivelser mv. Det som er oversendt til revisjonen fremgår av referanselistens siste del: «*Dokumenter som revisjonen har fått utlevert av revidert enhet*».

Dokumentanalysen har - i sammenheng med data fra intervju - gitt grunnlag for å besvare prosjektets problemstillinger.

9.3 Kontroll av individuelle planer

I tillegg til dokumentanalysen har vi foretatt stikkprøver rettet mot et utvalg av aktive brukere i 2014. Stikkprøvekontrollen ble gjennomført ved at hver 10. aktive bruker for perioden 1.1.2014 – 15.10.2014 ble kontrollert. Med bakgrunn i dette ble 12 brukere valgt ut for kontroll. I tillegg har vi tatt med 3 brukere med tjenester over noe tid. Vi har samlet sett på 15 brukere som har hatt tjenester i perioden. Dette utgjør 12,3 % av de aktive brukerne i perioden.

Formålet med kontrollen var å dokumentere/kontrollere om:

- brukere tilknyttet den psykiske helse- og rusomsorg har mottatt tilbud om individuell plan (IP) og eventuelt har en individuell plan
- brukere med behov for koordinator, skal ha mottatt et tilbud om koordinator, og eventuelt ha fått oppnevnt en koordinator. Dette bør være dokumentet.
- det er indikasjon / spor av samhandling, f.eks. at det avholdes ansvarsgruppemøter, samhandlingsmøter mv.
- Om kravene i forskrift følges i forhold til innholdet i individuell plan

Kontrollen besto av to del-kontroller:

1. Via innsyn i pasientjournalsystemet ble det kontrollert om brukere med behov for IP og koordinator har dette eller om det er dokumentert at bruker har fått tilbud om IP.
2. Via innsyn i pasientjournalsystemet ble det kontrollert om kravene i forskrift følges, jf. § 19 om innholdet i individuell plan og skjema 2.

Det er følgende krav i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator til innholdet i individuell plan:

§ 19. Innholdet i individuell plan

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til vedkommendes etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.

Planen skal inneholde følgende hovedpunkter

- 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.*

I denne rapporten vil vi ikke gå i dybden på innholdet eller forholdene rundt den enkelte bruker. All brukerinformasjon er blitt anonymisert.

Kontrollen av individuelle planer har gitt revisjonen et datagrunnlag for å besvare problemstilling 2 (brukermedvirkning) og 3 (helhetlig og koordinert innsats).

10 Avgrensninger

Med psykisk helse- og rusomsorg menes den samlede del av det kommunale tjenesteapparat som hjelper personer som av psykiske årsaker har behov for bistand og tiltak fra kommunen for å mestre dagliglivet. Dette omfatter også personer som har sammensatte behov, slik som en kombinasjon av rusmisbruk og psykiske problemer. Når vi refererer til psykisk helse- og rustjeneste, henvises det til den spesifikke tjenesteenhet som er plassert på Sparbyhuset.

Vi har avgrenset prosjektet til ikke å omfatte den forebyggende del av det psykiske helsearbeid og rusomsorgen, da det er vanskelig å måle hvorvidt denne innsatsen er tilstrekkelig. Videre har vi kun sett på det kommunale ansvar og innsatsen som retter seg mot voksne med psykiske helseproblemer og/eller behov for rusomsorg. Ofte ivaretas de psykiske helsetjenestene som retter seg mot voksne av andre aktører, enn de som retter seg mot barn og unge. Vi har heller ikke undersøkt de helse- og sosialfaglige vurderinger som er lagt til grunn for hvilke tjenester som pasient/bruker har behov for.

Prosjektet fokuserer i hovedsak på brukere innen psykisk helse/psykiatri, og ikke brukere med nedsatt funksjonsevne.

Prosjektet har både omfattet psykisk helsearbeid og rusomsorg. Av hensyn til prosjektets ressursramme har vi primært tatt utgangspunkt i gruppen av personer med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelavhengighet. Dette er en gruppe som ofte har meget dårlige levekår, og som kommunen har stort og vanskelig ansvar for. Koordinering av innsatsen blir også ekstra viktig for denne gruppen. Det har imidlertid vært naturlig at prosjektet også både direkte og indirekte omhandler de med kun psykiske lidelser eller rusproblematikk.

11 Problemstilling 1

Dette kapittel behandler revisjonsprosjektets problemstilling 1, og innledes med å presentere revisjonskriterier, hvoretter funn og revisors vurdering fremlegges.

Problemstilling 1:

Har Åsnes kommune et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer?

11.1 Revisjonskriterier

På bakgrunn av ovennevnte problemstilling skal det etableres revisjonskriterier. Disse danner grunnlaget for hva innsamlede data skal vurderes opp mot.

Kriteriene skal begrunnes i/utledes av autoritative kilder innenfor det reviderte området. Autoritative kilder kan være lover, forskrifter, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak/mål/føringen, administrative retningslinjer/mål/føringer, statlige føringer/veileder, andre myndigheters praksis, teori og reelle hensyn som vurderinger av hva som er rimelig/formålstjenlig/effektivt.¹⁶

Utledning og kilder for revisjonskriterier fremgår av vedlegg A.

For å sikre at kommunen har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer og med en nødvendig bredde i tjenestetilbudet, bør man kunne forvente at kommunen oppfyller følgende kriterier:

1. At kommunen legger til rette for at det etableres/er tilbud og møteplasser hvor alle kan delta ut fra sine forutsetninger. Et variert utvalg av lavterskeltilbud bør utgjøre en del av kommunens helhetlige tjenestetilbud, for lettere å nå personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer. Kommunen bør herunder ha:
 - a. et gatenært lavterskel helsetilbud for rusmiddelavhengige og/eller personer med psykiske helseproblemer.
 - b. frisklivssentral og/eller tilsvarende kurs- og aktivitetstilbud.
2. At kommunen har aktivt oppsøkende behandlingsteam.
3. At kommunen kan tilby nødvendig personlig assistanse, herunder praktisk bistand og støttekontakt, til personer som ønsker og har behov for støtte og oppfølging på fritiden. Det kan også bli aktuelt med brukerstyrt personlig assistent for denne målgruppe.
4. At kommunen legger til rette for fleksible og varige botilbud i gode bomiljø, som er tilpasset den enkeltes behov. Tjenester i bolig kan være nødvendig for å opprettholde og mestre boforholdet. Det kan også være nødvendig med heldøgns- helse- og omsorgsinstitusjon eller sykehjem. Bolig bør være på plass i god tid før utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten eller løslatelse fra fengsel. Kommunen bør utarbeide en boligsosial handlingsplan. Bolig- og tjenestebehov bør inngå i individuell plan. Samarbeidsavtaler mellom kommunen og fengsler og kommunen og helseforetaket bør inneholde rutiner og retningslinjer for ansvars- og oppgavefordeling ved tilrettelegging av bolig- og tjenestebehov.

¹⁶ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon pkt. 23 og 24.

5. At kommunen har behandlingstiltak for å etablere et godt kosthold, fremme fysisk aktivitet og bedre ernæringsstatus.
6. At kommunen kan tilby hjelp til røykeslutt og opplæring om søvn og forebygging av søvnvansker for dem som ønsker det.
7. At NAV-kontoret bistår personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelmisbruk med arbeid eller annen meningsfull aktivitet. Tiltak med sikte på å skaffe ordinært lønnet arbeid bør være hovedstrategien.
8. At NAV-kontoret tilbyr økonomisk rådgivning. Økonomiske støtteordninger bør være kjent for både bruker og ansatte for å hindre at dårlig personlig økonomi fører til dårlige levekår og manglende benyttelse av tjenestetilbud.
9. At kommunen kan ivareta pårørende på en god måte. Kommunen bør legge til rette for at pårørende som ønsker det får tilbud om å delta i grupper med andre pårørende i tilsvarende situasjon. Tjenesteapparatet bør ha kjennskap til aktuelle lokale tilbud, ofte i regi av bruker-, pårørende eller selvhjelpsorganisasjoner, eventuelt medvirke til at det etableres.
10. At kommunens ansatte har nødvendig kompetanse, herunder at ansatte i psykisk helse- og rusarbeid behersker sentrale kunnskapsbaserte metoder, og kunne tilby velprøvde metoder som kognitiv terapi og motiverende intervju (MI). Kommunen bør ha kompetanse til å vurdere selvmordsrisiko, forvalte og håndtere tvangslovgivningen samt vold- og utagerendeproblematikk i den grad det er et kommunalt ansvar. Kommunen bør også tilrettelegge for kultursensitiv og språklig tilpasset behandling.
11. At kommunen selv kan eller alternativt henviser rusmiddelbrukere til en forsvarlig avslutting av rusmiddelbruken
12. At kommunen har romslige åpningstider for tilbudene til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblematikk.
13. At det er kort ventetid på behandling/tiltak
14. At det er lett tilgjengelig og fyllestgjørende informasjon på kommunens hjemmeside og/eller via øvrige informasjonskanaler, samt at kommunen har gode informasjonsteknologiske kanaler, f.eks. SMS-meldinger, telefon-tid eller lignende. Informasjonen skal være tilpasset målgruppens behov.
15. At det sikres at personell med beslutningskompetanse til å tildele tjenester alltid er tilgjengelig i kommunen.
16. At kommunen tilbyr en koordinator til personer med behov for komplekse, eller langvarige og koordinerte tjenester, og at kommunen forøvrig legger til rette for at brukere har fast kontaktperson.
17. At kommunen forebygger voldsepisoder mot de kommunalt ansatte innenfor dette tjenesteområde. De ansatte må i hovedregel ha rette kompetanse til å forebygge og håndtere slike hendelser. Alenearbeid og arbeidsoppgaver som innebærer maktutøvelse øker risikoen for vold og trusler om vold, og det må tas i overveie ved tilrettelegging av arbeidsoppgavene. Det bør samtidig være rutiner eller retningslinjer for håndtering av vold. Rutiner for samarbeid om håndtering av vold- og utageringsproblematikk kan nedfelles i samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunen. Koordinator, individuell plan og ansvarsgruppe er viktige virkemidler for å forebygge voldsepisoder. Aktivt oppsøkende behandlingsteam er en egnet tilnærmingstype for denne målgruppen.

11.2 Funn

11.2.1 Generelt om psykisk helse- og rusomsorg i Åsnes kommune

De tilbudene som er relevante og lovpålagte innenfor den kommunale psykiske helse- og omsorg har stor spennvidde og skal både imøtekomme milde, kortvarige forløp og alvorlige og langvarige og/eller kroniske forløp. En kommunes størrelse vil ha betydning for hvordan dette varierte og omfattende tjenestetilbud kan organiseres og hva det skal innbefatte. Åsnes kommune er en mellomstor kommune med 7.600 innbyggere med både tettsteder og spredt bebyggelse. Åsnes kommune har over flere år hatt store økonomiske utfordringer med plass i ROBEK¹⁷ som resultat. Rådmannen har startet en omstillingsprosess for å endre kursen, og redusere utgiftsnivået. Det er gjort vedtak om store endringer innen pleie- og omsorg i 2013, som vil gi effekt i 2014 og senere år.¹⁸ Dette har blant resultert i nedleggelse av Hof aldershjem våren 2014.

Det er nylig blitt tilsatt ny kommunalsjef for helse og omsorg, og det pågår nå en gjennomgang og vurdering av hele tjenesteområdet i kommunen. Kommunen er i en omstillingsprosess og helseleder og avdelingsleder for psykisk helse og rustjenester er konstituert i påvente av gjennomgang og vurdering av organisering.

Helse, Pleie og Omsorg består av fire virksomheter med fire virksomhetsledere: Åsnes sykehjem, ViTT, Hjemmetjenesten og Helseavdelingen.

Helseavdelingen omfatter i dag psykisk helse og rustjeneste, helsestasjon, ergoterapi og fysioterapi, frisklivssentralen, samt leger.

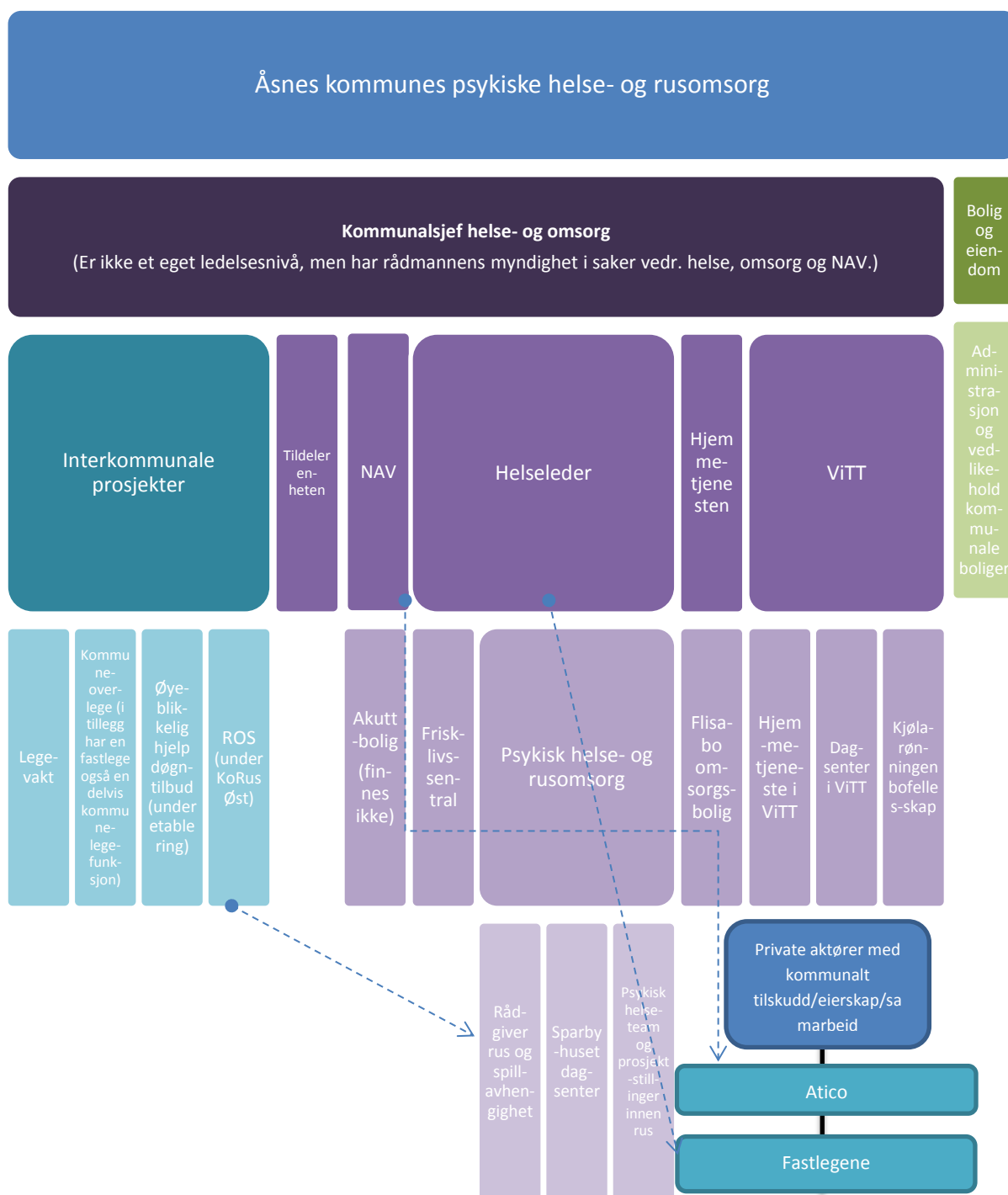
I Åsnes kommune er tjenester til brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer i flere ulike virksomhetsområder. De mest aktuelle instanser i forhold til brukere med psykiske helse- og rustjenester er fastleger, psykisk helse- og rustjenester (under helseavdelingen), Sparbyhuset dagsenter (under psykisk helse- og rustjeneste), tildelerenheten (under kommunalsjef), ViTT¹⁹ (eget virksomhetsområde), Flisabo omsorgsbolig (under hjemmetjenesten) og NAV. NAVs leder inngår i kommunens ledergruppe, men er underlagt kommunalsjef Helse og omsorg. Tidligere var NAV direkte underlagt rådmannen. I hovedsaken er det slik at NAV har ansvaret for jobb og økonomi, mens det øvrige kommunale tjenesteapparat har ansvar for behandling/annen støtte mv.

Figur 4 viser en oversikt over de sentrale kommunale aktører i Åsnes kommune for brukere med psykiske problemer/lidelser og rusmisbruk.

¹⁷ ROBEK er et register over kommuner og fylkeskommuner som må ha godkjenning fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet for å kunne foreta gyldige vedtak om låneopptak eller langsiktige leieavtaler. Før de nye reglene i kommuneloven trådte i kraft i 2001, måtte alle kommuner og fylkeskommuner ha slik godkjenning fra departementet. Med de nye reglene ble godkjenningsordningen begrenset til å omfatte kommuner og fylkeskommuner med økonomisk ubalanse. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/tema/databaser-og-registre/robek-2.html?id=449305>

¹⁸ Kilde: Årsmelding og regnskap 2014 for Åsnes kommune

¹⁹ Virksomhet Tilpassede Tjenester



Figur 4

Den typiske inngang til tjenestene er at brukere henvender seg til fastlege og der får henvisning til den psykiske helse- og rustjeneste eller eventuelt til spesialisthelsetjeneste. Noen vil også skulle søke om tjenester fra tildelerenheten.

Flere intervjupersoner forteller at de har inntrykk av at det er mange som sliter med rus og/eller psykiske helseproblemer i kommunen, og at årsakene blant annet kan være at Åsnes er en kommune med lavt kompetansenivå, høyt frafall i videregående skole, høy arbeidsledighet og mange uføre. Det er en generell opplevelse at det er mange og et økende antall unge som sliter psykisk.

Åsnes er en forholdsvis liten og gjennomsliktig kommune, og det kan være vanskelig å være anonym som bruker av psykiske helsetjenester. Det er blitt sagt at de mest resurssterke nok i noen tilfelle heller vil søke hjelp fra private tjenester i andre kommuner.

Vi har fått opplyst at kommunen vektlegger forebyggende innsats, noe som bidrar til at kommunen har relativt få akuttinnleggelser. Kommunens barne- og familieteam er viktig for tidlig intervensjon og fanger opp og behandler samt henviser til videre utredning. I tillegg er kommunens barnevern aktuelle samarbeidspartener for psykisk helse- og rusomsorg. Barnevern er lagt under kommunalsjef for oppvekst. Kommunen har også et forebyggende barn og ungdomsteam (FOBU), hvor det bl.a. er fokus på barn i rusfamilier og barn som bor sammen med foreldre som har psykiske lidelser. Kommunen har i tillegg SLT-koordinator, som skal sørge for at kommunenes forebyggende ressurser blir samordnet mest mulig effektivt. Forøvrig er innsatsen mot barn og den forebyggende innsats ikke fokus for denne revisjonsrapport, jf. kapittel 10 Avgrensninger.

I de følgende kapitler vil vi beskrive tjenestetilbudet i Åsnes kommune for rusmiddelmissbrukere og personer med psykiske lidelser/problemer. Kapitlene skal samlet sett vise bredden i tjenestetilbudet, samtidig som de enkelte kapitler beskriver innholdet av de enkelte tjenestetilbud og tematikker.

11.2.2 Tema: Den psykisk helse- og rustjeneste

Den psykisk helse- og rustjeneste er en liten enhet med 4,4 faste stillinger (inkludert rusrådgiver) og to stillinger som er finansiert av prosjektmidler. Tjenesten har de seneste årene hatt et snitt på 120 pasienter pr år. Så langt i 2014 har tjenesten gitt tjenester til 153 pasienter. De ansatte har i snitt ca. 25 aktive brukere. Det varierer hvor mange samtaler de har pr dag, men normalt fra 3 – 5 samtaler med brukere.

Tjenesten yter hjelp til personer med problemer i hverdagen og redusert livskvalitet på grunn av psykiske lidelser, og kan også bidra ved rusproblemer.²⁰ Tjenesten gir målrettede individuell oppfølging, støtte- og behandlingssamtaler, kurs i depresjonsmestring, sosial trening mv. Tjenesten har et overordnet ansvar for psykisk helsetjenester til voksne, mens barne- og familieteamet som er organisert under helsestasjonen har pådriver- og koordineringsansvar innenfor psykisk helse for barn og unge.

Psykisk helse- og rustjeneste får henvisninger fra fastleger, NAV, DPS m.m. For alle nye brukere (etter henvisning er mottatt) gjennomfører tjenesten en vurderingssamtale. Denne blir gjennomført av to ansatte i teamet. I vurderingssamtalen tar de opp hva bruker ønsker hjelp til, bruker skriver under på samtykkeerklæring, der brukeren gir sitt samtykke til hvilke tjenester/personer den psykiske helse- og rustjeneste kan samarbeide med og utveksle informasjon om bruker med. På første samtale etter vurderingssamtalen fyller psykisk helse- og rustjeneste ut en innkomstjournal, samt foretar en kartlegging av barn under 18 år.

Psykisk helse- og rustjenester behandler søknader, fatter vedtak²¹ og tildeler tjenester til brukerne selv. Dette skjer i vedtaksmøter. Ved fordeling av brukere legger de vekt på hvilken kompetanse den

²⁰ Tjenestens aktiviteter i forhold til rusmiddelmissbrukere omtales mer spesifikt i kapittel 11.2.3.

²¹ Det har vært en juridisk diskusjon om hvorvidt psykiske helsetjenester omfattes av forvaltningslovens bestemmelser om enkeltvedtak. Åsnes kommune fatter enkeltvedtak i samsvar med forvaltningsloven etter anbefaling fra Fylkesmannen.

enkelte terapeut har. De fleste brukerne blir henvist til psykisk helse- og rustjeneste fra fastlege, men det forekommer at noen henvender seg selv. De avviser ikke brukere, slik at disse også blir tatt i mot.

Enheten har skriftlige prosedyrer for nye henvisninger, hva som skjer hvis bruker ikke møter til vurderingssamtale og primærkontaktens ansvar og oppgaver.

Psykisk helse- og rustjeneste har ikke skriftlige, konkrete inntakskriterier. Hvilke tjenester som tildeles, hyppighet og omfang vurderes ut i fra pasientens subjektive opplevelse av hjelpebehov. De fleste som søker tjenester, får dette. Tjenesten legger vekt på å se helheten, dvs. hele mennesket og familiesituasjonen, og det er fokus på forebygging og å ivareta barn av psykisk syke foreldre. Det kan variere hvor sårbare mennesker er. Det en person er i stand til å takle selv, kan en annen trenge hjelp med. Som utgangspunkt vil f.eks. samlivsbrudd ikke være grunnlag for tilbud om tjenester ved psykisk helse- og rustjeneste. Ofte har pasientene sammensatte problemer, det kan være snakk om depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser, overgrepssproblematikk, dissosiative lidelser, osv. Man ser at en stor andel av brukerne har nettopp depresjon og angst-problematikk.

De fleste behandlingssamtaler foregår på kontoret. Vi har fått opplyst at de ansatte ved behov reiser hjem til brukeren for å sikre at denne får nødvendig hjelp. Vårt inntrykk er at de ansatte kjenner sine brukere godt, og om nødvendig oppsøker brukerne aktivt.

Psykisk helse og rustjeneste oppbevarer ikke eller deler ut medikamenter, selv om ansatte har nødvendig kompetanse. Hjemmesykepleien deler ut medisiner til psykisk syke og rusmisbrukere (suboxone mv.), og det kan derfor være mange ulike ansatte innom brukeren. Noen intervjupersoner stiller spørsmål ved om dette er en god løsning for brukeren.

Psykisk helse- og rustjeneste har / får en del pasienter som har eller har hatt tjenester fra ViTT, liksom også ViTT har en del brukere som først har vært i den psykisk helse- og rustjeneste. ViTT og psykisk helse- og rustjeneste har også noen felles brukere, som har nytte av tilbudet fra begge tjenesteytere. ViTT-brukere vil imidlertid ofte ikke profitere på det tjenestetilbudet som psykisk helse- og rustjeneste gir, som er kognitiv terapi, motiverende intervju mv, pga. dårlig kognitiv fungering. Denne typen brukere får også ofte avslag fra DPS, da det vurderes at de ikke vil kunne nyttiggjøre seg av de tjenestene DPS tilbyr. Dersom det er omfattende behov for biveiledning og miljøarbeidertjenester, ligger tjenesten derfor typisk i ViTT.

Leder av den psykiske helse- og rustjeneste har ansvar for ressurser (budsjettansvar) og tildelte tjenester, og må holde avdelingen og enhetene innenfor tildelte rammer. Dersom det kommer en bruker som må ha tjenester, så vil den få tildelt dette, og det skjer ikke at brukere blir avvist av psykisk helse- og rustjenester pga. økonomi. Det foretas kontinuerlig vurdering av om brukere har behov for tjenesten, og det tenkes nytteverdi pga. press i tjenesten og stadig nye henvisninger.

Enheten opplever at 4,4 faste årsverk er lite, men at de blir reddet av høy kompetanse og prosjektstillinger. Innenfor psykisk helse har de vært nøkterne med hensyn til antall stillinger, og det har bidratt til at de ikke har måttet trappe ned tjenesten etter at opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet. Noen intervjupersoner gir uttrykk for bevilgningen til det psykiske helse- og rusfeltet har blitt redusert som følge av at statsbudsjettet ikke lenger inneholder øremerkede midler til dette området, jf. opptrappingsplanene for psykisk helse og rus. Tidligere øremerkede midler er en del av kommunens rammetilskudd (ikke øremerkede midler).

Vi har hatt intervju med brukerrepresentant og data herfra i tillegg med øvrige funn gir inntrykk av at tilbudet ved psykiske helse- og rustjeneste er velfungerende.

Noen intervjupersoner har imidlertid inntrykk er at psykisk helsetjeneste i liten grad jobber hjemme hos brukerne eller oppsøkende, og mener at denne innsatsen burde prioriteres høyere.

Sparbyhuset Dagsenter og rusomsorgen er også en del av den psykiske helse- og rustjenesten, men omtales i egne avsnitt i rapporten.

11.2.3 Tema: Rusomsorg

Rusmisbrukere er en gruppe som det kan være vanskelig å hjelpe. De har ofte alvorlige og sammensatte behov samtidig som de kan være ustabile i forhold til egne vurderinger av hjelpebehov. De kan være vanskelige å få tak i og det skjer at de ikke overholder avtaler. Sitasjonen kan forandre seg fort jf. eskalerende rusmisbruk, psykoser etc. og det gjør at man må være rask og fleksibel i tjenestetilbudet.

Fra 1.1.2014 ble ansvaret for rus i Åsnes overført fra NAV til den psykisk helsetjeneste som endret navn til psykisk helse- og rustjeneste. Samtidig ble en stilling som rusrådgiver overført fra NAV. Dette var et resultat av en utredning kommunen foretok i 2013 angående den kommunale rusomsorg.

Flere av intervjupersonene gir uttrykk for at det var en riktig beslutning å flytte ruskonsulenten til psykisk helse- og rustjeneste. Dette begrunnes blant annet med at kompetansenivået på aktuelt fagfelt er høyere her. Det var ikke et faglig nettverk for ruskonsulenten på NAV, og en stor andel rusklienter har samtidige psykiske lidelser (ROP-lidelser). Det er vanskelig å behandle for den ene lidelsen og utelukke den andre, og brukerne bør få utredning og behandling i fagmiljøer med dobbel kompetanse. Om et team innehar denne dobbelkompetansen, vil det i tillegg være mulig å skille mellom primære og rusindiserte lidelser slik at behandlingen kan behovstilpasses.

Ruskonsulenten vektlegger å møte bruker der bruker er, og reiser ut til bruker og kartlegger ved behov. Dersom tjenesten får en henvendelse om en person, vil de ta kontakt med den det gjelder. Henvendelser kan komme fra NAV, pårørende, bruker selv, fastleger, spesialisthelsetjenesten, kriminalomsorgen osv.

Ved behov følges brukere opp i fengsel eller brukere som er i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på døgnbasis. Dette med tanke på å etablere og vedlikeholde behandlingsrelasjoner for å sikre et bedre ettervern.

Hvis det skal skje en endring i forhold til rusmisbruk, må motivasjonen være tilstede. Det er viktig å opparbeide tillit og stå sammen med brukeren i situasjonen, samt tilby oppfølging over tid for å sikre kontinuitet i tjenestetilbudet.

I tillegg til ruskonsulenten er det to prosjektstillinger i den psykisk helse- og rustjeneste. Disse er finansiert av statlige tilskuddsmidler knyttet til prosjektet «*Samhandlingsmodeller innen rusfeltet*». Målsettingen for dette prosjektet er å gi et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer.

Åsnes kommune har også søkt om og fått midler til Fønix-prosjektet. Dette er et samarbeid mellom NAV og den psykiske helse- og rustjeneste. Fønix-prosjektet fokuserer på lavterskeltilbud med aktivitet / arbeid og sosialtrening for aktive rusmisbrukere som ikke er i stand til å organisere egen arbeidsdag / aktivitet. Her vil brukere kunne møte selv om de er ruset. Det er ikke lov å selge, kjøpe eller bruke rusmidler mens man er der. Eksempler på aktiviteter kan være vedlikeholdsarbeid i Kaffegata, gressklipping mv. NAV har et ansvar for å søke å sysselsette alle. Fønix-prosjektet er et alternativ for brukere som det ellers vil være vanskelig å finne passende aktiviteter eller arbeidsoppgaver til. For

2014 vil Åsnes kommunene få kr. 574.000 utbetalt fra fylkesmannen til prosjektet. Midlene skal dekke et årsverk. Anslagsvis vil 10 brukere omfattes av tiltaket, som gjennom relasjonsbygging med brukere også skal kunne ha en rusdempende virkning. Sparbyhuset skal være «base» og samlingspunkt for deltakerne i prosjektet.

I tillegg til de to nevnte prosjektene, har kommunen opprettet «*Møteplassen*», som er hver 2. tirsdag på Sparbyhuset. Her kan personer med rusrelaterte problemer delta. I tillegg avholder Anonyme Narkomane et arrangement hver fredag, men dette er ikke i regi av kommunen.

Det er blitt gitt signaler om at kommunen har lite ressurser knyttet til rus, og det er blitt stilt spørsmål ved om kommunen er gode nok på rusbehandling. Dette fremhever kommunen også selv i søknaden om midler til Fønix-prosjektet, hvor det skrives at kommunen særlig har utfordringer i forhold til de som er passive mottakere av økonomisk sosialhjelp og er aktive i rusen.

Vi har fått innspill om at satsningen på prosjekter er positivt for kommunen, men at slike prosjekter ofte slutter når prosjektperioden er over. Det bør være en plan for hvordan prosjektene kan inngå i kommunens ordinær drift, dersom de er vellykkede. I motsatt fall blir gode prosjekter og erfaringer borte. Vi har fått opplyst at tjenesten opplever at det er et vedvarende behov for den nåværende bemanning i rusomsorgen, og at de to prosjektstillingene, burde være faste stillinger. Dette avhenger imidlertid av bevilgning av midler og tilstrekkelig økonomisk ramme.

11.2.3.1 *Oppsøkende team – rusfeltet*

Det er ikke noe bestemt sted i kommunen der rusmisbrukere samles, og det er ikke lett å oppsøke miljøet. Ofte er det slik at NAV fanger opp nye brukere gjennom at de søker økonomisk bistand, og så henviser brukere videre til andre tjenester. Det skjer også at kommunen får melding fra den kommunen vedkommende har flyttet fra. De ansatte medarbeidere i «*Samhandlingsmodeller innen rusfeltet*» har oppsøkende virksomhet som en del av sine arbeidsoppgaver. Kommunen har likevel ikke fullt ut noe aktivt, oppsøkende team. Kommunen har tidligere hatt utekontakt / ungdomskontakt, men dette fungerte ikke bra og ble avviklet.

Intervjupersoner har forøvrig inntrykk av at politiet har god oversikt over rusmisbrukerne i kommunen og at politiet kjenner miljøet.

Kommunen deltar i ROS-prosjektet som er et samarbeidsprosjekt mellom flere kommuner under KoRus Øst. ROS-prosjektet er for så vidt også oppsøkende, men på en mer forebyggende måte og med fokus på unge. ROS-prosjektet omtales mer spesifikt i kapittel 11.2.12.6 under interkommunale samarbeider.

11.2.3.2 *Avrusning og ettervern*

Fastlege, rusrådgiver og LAR-konsulent kan henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten for avrusning. Det er brukeren selv som må søke.

Det er fritt sykehusvalg, slik at avrusning kan skje der det er kortest ventetid. Det er likevel ventetid på avrusning og dette skaper utfordringer i forhold til brukerens motivasjon. Kommunen forsøker å starte med nedtrapping i kommunen, men det er ikke alltid like gjennomførbart. Kommunen opplever det som en mangel at spesialisthelsetjenesten ikke har akutte avrusingsplasser for rusmisbrukere.

Vi har fått utsagn som tilsier at kommunen ikke har noe godt etablert ettervern. Det finnes ikke godt egnede boliger, og det kan være vanskelig å gi et godt tilbud. Dette skyldes blant annet mangelen på akuttboliger/midlertidig bo-tilbud.

Etter opphold på institusjon er det viktig med et godt ettervern. I desember 2013 ble det gjennomført en brukerundersøkelse av *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester* på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Undersøkelsen viser i samsvar med våre funn, at pasienter som er på rusinstitusjon opplever å måtte vente for lenge på behandling og at forberedelsen og oppfølgingen etter behandling er mangelfull. Altfor mange opplever at de ikke får god nok hjelp til å mestre livet etter behandling.²²

11.2.4 Tema: Lavterskeltilbud

Kommunen har en rekke lavterskeltilbud uten vedtak: Sparbyhuset, Frisklivssentralen, Møteplassen (for rusmiddelbrukere) og Fønix-prosjektet. Sparbyhuset er både for personer med rusproblemer og psykisk helse-problematikk, selv om man ikke må innta rusmidler på huset. Lavterskeltilbudene omtales i egne avsnitt i rapporten.

Ved akutte kriser vil brukere normalt henvende seg til DPS eller legevakt. Forøvrig nevnes det at kommunen har et eget beredskapsteam / kriseteam.

11.2.5 Tema: Sparbyhuset dagsenter

Sparbyhuset er et dagsenter for ivaretagelse av psykisk helse. Huset er åpent fra 09.00 – 15.00 hver dag. På Sparbyhuset kan brukere etablere et sosialt nettverk, og ulike aktiviteter bidrar til å gi innhold og struktur i hverdagen og en opplevelse av å være til nytte. På Sparbyhuset dagsenter kan brukere ikke møte synlig ruset.

Det er rundt 50 personer som benytter huset i dagsenterfunksjonen. Fremmøtet pr dag kan variere fra 20 – 25 brukere, til noen få brukere. Gjennomsnittlig har det vært 9 brukere pr. dag i 2014.

Leder for Sparbyhuset er på huset hver dag. I tillegg er det ytterligere en ansatt på tirsdag og torsdager, hvor det er besøk av pensjonister og brukere fra Flisabo. Da er det høytlesning, kaffekos og andre aktiviteter som passer for de eldre.

Leder for Sparbyhuset koordinerer og leder driften av Sparbyhuset og har ansvar for innkjøp til Sparbyhuset dagsenter og for å holde seg innenfor budsjettets rammer. Samtidig legger hun til rette for at brukerne kan få gjøre det de ønsker. Brukerne har forsøkt å arrangere en brukerstyrt kveld / dag på huset uten ansatte, men det har vært liten interesse for et slikt tilbud blant de øvrige brukerne. For brukerne er det viktig at det er en ansatt på huset.

På huset kan brukere utføre hobbyaktiviteter og det avholdes arbeidsgrupper, hvor noen eksempelvis pusser opp, vasker biler og har ulike aktiviteter. Brukerne utfører også oppgaver for bonden som driver jorda på Sparbyhuset, eksempelvis plenklipping mv. I drengestua har bonden satt inn ulike typer verktøy slik at brukerne kan utføre en del arbeidsoppgaver. Kjelleren er innredet slik at de kan reparere sykler, utføre malerarbeid mv. I tillegg har huset massasjestol og bruker-PC. Brukerne foreslår og styrer oppgaver selv, uten at de blir utsatt for tidspress.

²² Helse- og Omsorgsdepartementet http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2013/mangelfull-oppfolging-etter-behandling-f.html?id=748581&WT.tsrc=epost&WT.mc_id=epostvarsel_regjeringenn

Oppholdet på Sparbyhuset er gratis for brukerne, men det betales for maten. De forsøker å ha varm og sunn mat hver dag, med vekt på varierte retter av fisk, fugl og kjøtt. I tillegg skal maten kunne spises av alle brukere uavhengig av trosretning. Brukerne lager lunsj hver torsdag, og her kan de ansatte ved Sparbyhuset også kjøpe seg lunsj.

Sparbyhuset jobber ut i fra et folkehelseperspektiv og har tilbud om trening med friluftsgruppe en gang pr. uke. De har gåturer ute eller tur til svømmebasseng i Kongsvinger mv. Brukerne betaler billetten til bassenget selv, mens transporten er gratis. Det er også gratis treningsgruppe på Condiz tre dager i uken. En gruppe brukere og ansatte har i sommer gått Besseggen. Dette skjedde etter forslag fra bruker og ble dekket av en gave til dagsenteret.

Dagsenteret er også med i kulturnettverket sammen med 5 andre kommuner (Eidskog, Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal og Grue) der de blant annet legger opp til felles friluftss- og kulturturer.

11.2.6 Tema: Frisklivssentralen og fysisk aktivitet

Folkehelse er blitt et fokusområde i kommunen etter at kommunens folkehelseprofil viser at Åsnes har hatt en negativ utvikling de seneste årene. Samtidig er fysisk aktivitet viktig for personer med psykiske vansker og lidelser.

Kommunen har frisklivssentral. Denne er etablert som et samarbeidsprosjekt mellom Våler kommune og Åsnes kommune. Grue kommune valgte å trekke seg fra det interkommunale samarbeidet ved årsskriftet. Frisklivssentralen har i overkant av 100 deltakere pr år fordelt på ulike typer aktiviteter.

Frisklivssentralens tilbud består både av individuell oppfølging og gruppetilbud i form av ulike treningsaktiviteter og lærings- og mestringskurs. Henvisning til tjenester skjer via fastlege, NAV eller annet helsepersonell. Deltakeren kan også selv ta kontakt. Det er ikke krav om vedtak for å delta på frisklivssentralen.

Alle deltakere tilbys en helsesamtale ved oppstart, og i forkant av denne samtalen besvares et kartleggingsskjema, som danner grunnlag for samtalen. Under helsesamtalen utarbeider veileder og deltaker en målsettingsplan med konkrete arbeidsoppgaver. De fleste deltakere starter så med frisklivstrening tilpasset ønske, nivå og muligheter, og deltar på dette i tre måneder før de fyller ut kartleggingsskjema og har en ny helsesamtale. Hensikten med treningstilbudet er å sluse deltakere over i eksisterende tilbud, men noen trenger to eller flere frisklivsperioder før de føler seg klar for det. Oppfølgingssamtaler underveis i frisklivsperioden gjennomføres etter behov og ønske fra deltaker.

Frisklivssentralen tilbyr matkurs, treningsgrupper, livsstilsendningskurs, mestringskurs etc. Det er KID-kurs (kurs i depresjonsmestring) med kursleder fra psykisk helsetjeneste i hver av kommunene Våler og Åsnes. Frisklivssentralen har tilbud om røykesluttkurs, men ikke organiserte hjelpetilbud til søvnvansker. Det er ansatte med noe kompetanse på området, og alternativt må bruker henvises til DPS.

Frisklivssentralen tilbyr ikke terapeutisk behandling, men har som mål å være en brobygger mellom medisinsk oppfølging og individuell mestring. Mange av de som benytter tilbudene ved Frisklivssentralen sliter med psykiske lidelser eller plager. Øvrige tjenesteytere i kommunen forteller at de har et godt inntrykk av frisklivssentralen.

Frisklivssentralen har i en treårig prosjektperiode vært drevet med prosjektmidler fra Helsedirektoratet relatert til samhandlingsreformen. Pr i dag er driften hovedsakelig finansiert av

kommunene Våler og Åsnes, men det søkes samtidig om prosjektmidler for å bedre muligheten for å videreutvikle tilbudene.

11.2.7 Tema: NAV

Vi har fått opplyst at en del brukere som er i kontakt med NAV har en eller annen psykisk utfordring. Det kan ha sammenheng med et langt sykdomsforløp eller et langt forløp som arbeidsledig. NAV er følgelig både en relevant tjenesteyter for denne brukergruppe, og en aktuell samhandlingspartner for øvrige kommunale tjenesteytere. NAV Åsnes' oppgaver mot brukere er i hovedsak oppfølging knyttet til arbeid, og målet er å avklare hvilken arbeidsevne den enkelte har og få ham/henne ut i jobb. De mest aktuelle statlige ytelser er sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uførepensjon.

Ved NAV Åsnes er det 19 ansatte. Hver saksbehandler har rundt 150 brukere. Brukere blir fordelt til saksbehandlere etter fødselsdato. Dersom ansatte slutter eller blir syke, får brukeren ny saksbehandler. NAV forsøker å få til en overlapping og informasjon i forkant til bruker, men det er vanskelig. Tilbakemelding fra en bruker vi har snakket med bekrefter at NAV Åsnes gir god informasjon ved bytte av saksbehandler.

Det er inngått en partnerskapsavtale mellom staten og Åsnes kommune for NAV Åsnes. Denne regulerer de statlige og kommunale oppgavene som NAV Åsnes skal ha ansvar for. I praksis jobber alle ansatte på tvers, uavhengig av om de er statlig eller kommunalt ansatt. De kommunale oppgavene omfatter økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogrammet (KVP), flyktninger, økonomisk veiledning etter sosialloven, gjeldsrådgivning og frivillig forvaltning samt startlån fra Husbanken.

Hva det enkelte NAV kontor har ansvar for av kommunale oppgaver utover det som er obligatorisk, følger av partnerskapsavtalen mellom staten og den enkelte kommune. Hvilke kommunale oppgaver NAV har ansvar for kan dermed variere fra NAV kontor til NAV kontor. Det er frivillig om flyktningkonsulent, ruskonsulent og gjeldsrådgiver er tilknyttet NAV eller øvrige tjenesteenheter i kommunen.

NAV Åsnes har ikke ansvar for rus og fatter ikke vedtak knyttet til rus eller psykiske helsetjenester. Ruskonsulenten var ansatt i NAV inntil for et år siden, men er nå overført til psykisk helse- og rustjeneste i kommunen.

NAV driver ikke med oppsøkende tjenester. De kommer i kontakt med brukere enten fordi bruker er syk og henvender seg til NAV, eller fordi vedkommende er arbeidssøker. I enkelte tilfelle kan NAV likevel reise ut dersom de har signaler om at det er forhold som gjør det nødvendig.

NAV kan tilby økonomisk nødhjelp, hvor bruker får utbetalt penger innen 48 timer. NAV må prioritere og brukere kan ikke få økonomisk nødhjelp hver dag, selv om det fra brukers ståsted ofte er krise.

NAV Åsnes har en egen veileder som følger opp ungdom på opptil 25 år og i tillegg deler NAV Åsnes, NAV Grue og NAV Våler en 100 % mentorstilling som arbeider med oppfølging av ungdom. Ungdomsveilederen ved NAV Åsnes har månedlige møter med Solør videregående skole og OT-tjenesten i Hedmark fylkeskommune, og ved behov med PPT og barnevernet. Veilederen har rundt 100 ungdommer som skal følges opp, og dette gir lite rom for tett oppfølging av alle med behov.

NAV må forholde seg til et statlig lovverk som av andre kan oppfattes som svært rigid. Dette forholdet kan bidra til utfordringer knyttet til forståelse av vurderinger som gjøres av NAV. Vi har fått opplyst at dette gjelder for ansatte som arbeider med rus, psykisk helse og VITT i Åsnes kommune. Deres tilnærming er at de skal hjelpe brukeren, mens NAV må vurdere lovverkets kriterier i forhold til statlige

ytelser. I forhold til de kommunale ytelser er det større muligheter for individuelt skjønn. Leder av NAV Åsnes har hatt informasjonsmøter med psykisk helseteam i kommunen for å skape forståelse for dette.

Ved innvilgning om sosialhjelp gjennomføres en individuell vurdering pr sosialhjelpssøker. Ytelsene som ytes i Åsnes er – ifølge intervjupersoner - høyere enn i andre kommuner, og det tilføyes at et høyt sosialhjelpsnivå kan medvirke til at sosialhjelpsklienter flytter til kommunen. Det kan resultere i et ekstra press på kommunens tjenester. At ytelsene i Åsnes er høyere enn i øvrige kommuner, innebærer at saksbehandlere ved NAV Åsnes gjennomfører en annen individuell vurdering enn andre kommuner. Vurderingene hviler på skjønn. Leder av NAV mener at vurderingen for den enkelte bruker vil bli lik uansett hvilken saksbehandler ved NAV Åsnes som har saken, fordi saker drøftes i ukentlige møter.

NAV erfarer at det er spesielt mange «utsatte» brukere i Åsnes, og det bidrar til et press på NAV Åsnes. Arbeidspresset for de ansatte er høyt, og det er en utfordring. Antall stillinger på kommunal side avhenger av bevilgning og antall hjemler, dvs. penger. På statlig side er det etablert en fordelingsmodell for hele landet som styrer hvor mye ressurser og stillinger de får. Det er stadige krav om innsparinger på kommunal side, og det gir færre ansatte, mindre tid til vurdering av den enkelte sak. NAV leder gir uttrykk for at dette kan medføre at det bevilges mer penger enn ved en mer grundig vurdering av den enkelte sak.

11.2.7.1 *Personlig økonomi og gjeldsrådgivning*

NAV tilbyr økonomisk rådgivning og veiledning etter sosialtjenesteloven, og har to ansatte på området og benytter rundt 100 % stilling til økonomisk rådgivning, gjeldsrådgivning og frivillig økonomisk forvaltning. Det er cirka 15 brukere som har frivillig økonomisk forvaltning. Målet er at brukeren på sikt skal bli i stand til å styre økonomien selv. Vi har videre fått opplyst at det er forekommer at brukere kan bli underlagt tvungen økonomisk forvaltning. Dette er et omfattende inngrep overfor den enkelte bruker. Før tvungen forvaltning blir vurdert og iverksatt, er frivillig forvaltning prøvd.

En del av de som har avtale om frivillig/tvungen forvaltning kan ha rusproblemer og / eller psykiske helseproblemer. Gjeldsrådgiveren bidrar til å få struktur på økonomien, kontakter kreditorer, inngår avtale om frivillig nedbetaling og kan bistå bruker med å søke om gjeldsordning over 5 år.

NAV har også ansvar for startlån mv. fra Husbanken. Dette gir mulighet for å se økonomien og bolig-situasjon i sammenheng.

Alle veiledere ved NAV skal ha nødvendig kompetanse slik at de kan gi rådgivning knyttet til vanlig husholdningsøkonomi. Gjeldsrådgiver har orientert øvrige ansatte i møter og har utarbeidet et skriv hvor det orienteres om hvordan bruker kan redusere sine utgifter og få bistand ved nedgang i økonomien. Dette leveres også ut til brukere som har fått redusert sin inntekt. Det orienteres også om muligheten med gjeldsrådgivning.

11.2.7.2 *Attføringsbedrifter og tiltaksplasser*

Atico AS

Atico AS er en attføringsbedrift, hvor Åsnes kommune har eierskap. Atico AS består i dag av 3 tiltak, VTA (varig tilrettelagt arbeid), AB (arbeid med bistand) og APS (arbeidspraksis i skjermet virksomhet).

Bedriften er en tiltaksbedrift som NAV benytter for å finne frem til brukers arbeidsevne i forbindelse med vurdering av en eventuell uføreytelse. Her kan bruker ikke være ruset eller meget psykisk syk.

ØVRIG ARBEIDSRETTET PRAKSIS

Brukere kan få tilbud om ordinær arbeidspraksis i kommunen, men det finnes ikke kommunale tiltaksplasser. Våler Vekst AS og andre tiltaksbedrifter i regionen benyttes som et alternativ til Atico AS.

Kommunen har ikke arbeidsrettede lavterskeltiltak til brukere med tungt rusmiddelmisbruk, og det kan være vanskelig å finne arbeidspraksis for denne brukergruppe. For personer som ruser seg i helga og personer med psykiske helseproblemer er det mulig å få tak i praksisplasser, men intervjupersoner etterlyser bedre arbeidsrettede lavterskel-tilbud. Fønix-prosjektet som er under oppstart, vil være et egnet tilbud for denne målgruppe og vil utgjøre et arbeidsrettet lavterskel tilbud.

11.2.8 Tema: Tildelerenheten og tildeling av tjenester

Åsnes kommune etablerte en tildelerenhet den 1. november 2011. Tildelerenheten fatter vedtak om tildeling av tjenester for ViTT, BPA²³, praktisk bistand, omsorgslønn, støttekontakt mv. Per i dag tildeler tildelerenheten alle typer tjenester unntatt støttesamtaler mv. hos psykisk helse- og rustjenester og kommunale boliger. Psykisk helsetjeneste fatter vedtak om tjenester selv, mens kommunale boliger fordeles i bolig møter og er underlagt bolig og eiendom v/renholdsleder.

Tildelerenheten utgjør også Åsnes kommunes koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, som alle kommuner er pålagt å ha. Med samhandlingsreformen ble dette kravet løftet fra forskrift til lov. En kommunes koordinerende enhet har som målsetting å sikre koordinerte tjenester til de som trenger det. Enheten skal være ett sted å henvende seg for tjenestemottakere og tjenesteytere/samarbeidspartnere.

Tildelerenhet ble opprinnelig lagt inn under hjemmetjenesten fordi en stor del av det som tildeles av tjenester gjelder denne typen tjenester. Fra august i år ble tildelerenheten direkte underlagt kommunalsjefen.

Tildelerenheten mottar søknader om tjenester skriftlig eller muntlig. Det er brukeren selv som må søke, men det skjer at pårørende ringer og gir uttrykk for hva brukeren trenger. Tildelerenheten avklarer med bruker om han/hun er enig før de behandler det som en søknad. Dersom brukeren ikke er enig, vil det bli ført inn i pasientjournal hva pårørende har ønsket og hva bruker selv ønsker.

Etter mottatt søknad får brukeren informasjon om tjenestene og saksgangen. Dette skjer ved hjemmebesøk fra tildelerenheten eller over telefon. Tildelerenheten har sjelden brukere på kontoret. Før det blir fattet vedtak om tjenester ved ViTT vil det normalt bli gjennomført et hjemmebesøk. Her deltar en ansatt fra ViTT sammen med ansatt fra tildelerenheten. I tillegg har ViTT kommunikasjon med tildelerenheten undervegs i prosessen. På sikt ønsker tildelerenheten at en saksbehandler kan utføre disse vurderingsbesøkene på egenhånd.

Tildelerenheten har kartleggingsskjema som de bruker ved behov for å avklare hva brukerne trenger av tjenester. De som jobber ved tildelerenheten skal ha god oversikt og kunnskap om tjenestetilbudet. Revisor har sett eksempel på vedtak fra tildelerenheten, som ga omfattende beskrivelse av brukers fysiske, sosiale og fysiske forhold, lovgrunnlaget for saksbehandlingen, vurdering og begrunnelse og klagerett.²⁴

²³ Brukerstyrt Personlig Assistent

²⁴ Dette vedtak ble utlevert av Flisabo og angår beboer fra denne boligen.

Vedtak som BPA, omsorgslønn, støttekontakt og særlig ressurskrevende brukere begrenses typisk til et år, slik at vedtakene blir revurdert årlig.

11.2.8.1 *Tildeling av tjenester ved psykisk helse- og rustjeneste*

Tildelerenheten tildeler ikke tjenester i den psykiske helse- og rustjeneste. Psykisk helse- og rustjeneste behandler søknader selv, og tildeler sine tjenester selv. Ofte skjer dette etter henvisning fra lege. Flere øvrige tjenesteytere i kommunen har gitt uttrykk for at de synes det er rart at ikke tildelerenheten også skal behandle søknadene og tildele tjenester for psykisk helse- og rustjeneste.

Tildelerenheten ser det som hensiktsmessig at tildelerenheten tildeler alle typer tjenester med vedtakskrav til brukergruppen av psykisk syke og/eller rusmiddelbrukere i Åsnes kommune. For å sikre likebehandling av søknader om tjenester, er det viktig at tildelinger av tjenester skjer uavhengig av utøvende tjenesteyter. Tildelerenheten er et nøytralt organ i forhold til den enheten som skal utføre tjenesten, noe som kan være ekstra viktig i en mindre kommune som Åsnes, hvor mange kjenner hverandre. Pr i dag har tildelerenheten praksis for at ansatte ikke tildeler tjenester til virksomheter, hvor de selv jobber (en ansatt ved tildelerenheten har 50% stillingen i hjemmesykepleien).

Ifølge tildelerenheten kan det være en styrke at man som tildeler kjenner til utøvende virksomhet, men man bør ikke utføre vedtak på et område, hvor man selv er tjenesteutøver. Denne praksis gjelder ikke for den psykisk helse- og rustjeneste, hvor ansatte selv både tildeler og utfører tjenester (tildeling av tjenester skjer i fellesskap med andre ansatte på tildelingsmøter). Det kan likevel være en rekke fordeler ved at tildeler av tjenester er plassert i fysisk og organisatorisk nærhet til de tjenester, som vedkommende tildeler. Det kunne f.eks. etableres en løsning hvor ansatt fra tildelerenheten satt lokalisert hos den psykiske helse- og rustjeneste eller alternativt at en ansatt fra psykisk helse- og rustjeneste bare jobber med tildelinger, og altså ikke er «behandler».

Fra tildelerenheten sitt ståsted, anses det som en fordel å samle alle tildelinger fysisk og organisatorisk. Det kan være en fordel for samhandlingen, og det kan også bety et bedre tilbud for innbyggerne, hvis alt som angår tildelinger er samlet et sted.

De ansatte ved den psykisk helse- og rustjeneste opplever det imidlertid som en fordel at de selv vurderer og tildeler tjenester, og mener de sikrer likebehandling gjennom brukermøter, hvor de ansatte diskuterer søknader og hvilket tjenestebehov brukeren trenger/bør få. Samtidig er det (ifølge enheten selv) blitt sagt at DPS oppfatter det som positivt at den psykisk helse- og rustjeneste i Åsnes selv behandler søknader, fatter vedtak og tildeler tjenester, fordi de opplever at det bidrar til raskere tjenester og direkte kontakt med bruker når behovet oppstår.

Innbyggere med psykiske vansker og lidelser bør nok skjermes og det kan ha hatt betydning for at psykisk helse- og rustjeneste selv tildeler sine tjenester. Det at det har vært lite ressurser og kompetanse på psykisk helse- og rus, og er også årsak til den nåværende organisering.

Hvis tildelerenheten skulle tildele tjenester også til den psykiske helse- og rustjeneste, ville tildelerenheten trenge både økt kompetanse og kapasitet. Tildelerenheten har nødvendig kompetanse til å håndtere lett psykiatri, men ikke grupper med tung psykiatri. Intervjupersoner fra utøvende tjenester har gitt tilbakemelding om at tildelerenheten fungerer godt, men at de savner en mer tverrfaglig kompetanse blant de ansatte. Alle ansatte på tildelerenheten er sykepleiere.

Tildelerenheten opplever at de er underbemannet. Hjemmetjenesten blir brukt som back-up for tildelerenheten, og fatter i noen tilfelle vedtak på tildelerenhetens vegne.

11.2.8.2 *Kriterier for tildeling av tjenester ved tildelerenheten*

I Åsnes kommune er det – ifølge tildelerenheten - ikke etablert kriterier for å tildele tjenester. Tildeling bygger på skjønnsvurdering. Tildelerenheten kartlegger det konkrete hjelpebehovet, og tildeler ut fra dette. Revisjonen har imidlertid funnet at det er utarbeidet tildelingskriterier for noen tjenester, herunder omsorgsboliger, jvf. rutiner for tildelinger av kommunale boliger og omsorgsboliger.

Når en kommune organiserer seg med en tildelerenhet som tildeler tjenester og utøvende enheter som leverer tjenester, sies det typisk å være en bestiller-utfører-modell. Bestiller- og utførerorganisering er ikke en klart definert, fasttømret modell, men et løst konsept som innebærer mange ulike organisatoriske løsninger. Likevel er det noen prinsipper, som kjennetegner modellen. Ifølge veileder fra KS er det tre prinsipper som bør legges til grunn i enhver bestiller-utførerorganisering:

Det første, viktigste og mest grunnleggende prinsipp med bestiller-utførerorganisering, er at det innføres et klart og tydelig skille mellom forvaltning og myndighetsutøvelse (bestiller-oppgaver) på den ene side, og tjenesteproduksjonen (utføreropp-gaver) på den annen side.²⁵ I noen henseender har tildelerenheten dermed en bestiller rolle, som kan anta karakter av innkjøp/anskaffelse. Ut fra denne betraktning må tildelerenheten se sin rolle som en krevende kunde, med kompetanse til å sette relevante produktspesifikasjoner og raskt kunne identifisere den beste leverandør. I den andre rollen må tildelerenheten være en konstruktiv samarbeidspartner, med evne til å identifisere brukerbehov og som forholder seg til innbyggerens rettigheter og krav på omsorgstjenester. Dette kan være en vanskelig balansegang.

Det andre prinsippet KS peker på, innebærer at forholdet mellom bestiller og utfører formaliseres.

Det tredje og siste prinsipp medfører at det innføres en form for prising av tjenesten, inngås avtaler om kvalitet og at det legges til et system hvor pengene følger vedtaket.

Tankegangen ved å skille bestiller og utfører, er at det er snakk om forskjellige roller; forvaltning er én ting, tjenesteproduksjon er én annen. De som stiller seg positive til modellen, mener modellen fordrer en rolleavklaring mellom forvaltning og produksjon. Vurderingsfunksjonen når det gjelder å vurdere hvem som skal motta omsorgstjenester, blir profesjonalisert. Noen mener at rettssikkerheten til den enkelte bruker kan bli bedre ivarettatt når det ikke er utfører som vurderer hjelpebehovet. Alle innbyggere skal sikres et forutsigbart og likeverdig tilbud på tjenestene, uavhengig av alder, hjelpebehov og bosted. Hvis det ikke skilles mellom bestiller og utfører, kontrollerer utføreren seg selv.²⁶

De som er kritiske til bestiller-utførermodellen argumenterer for at modellen krever dobling av kompetanse. Man må for eksempel ha sykepleierfaglig kompetanse både hos bestiller og utfører. Videre gis det uttrykk for at modellen kan oppleves byråkratisk, og dette kan bety lengre ventetid fra behov for omsorg melder seg til utføring av tjenester. De som har behov for omsorgstjenester har ofte store og sammensatte behov. Tid til omsorg, mulighet for omprioritering og fleksibilitet er derfor svært viktig. Ifølge kritikerne til modellen kan det at arbeidsgiver krever at ansatte skal følge en rigid tidsskjemaliste med kun helt konkrete arbeidsoppgaver, bidra til at de blir tvunget inn i situasjoner som føles som et overgrep mot dem de skal hjelpe. De ansatte konfronteres dermed med å måtte

²⁵ KS 2004: Kortversjonen av KS' veileder om bestiller-utfører organisering i pleie og omsorg.

²⁶ NF-rapport nr. 12/2012, side 76 – med henvisning til en artikkel i Kommunale rapport 24. januar 2001.

velge mellom det som er bestilt og det de selv vurderer som faglig og moralsk viktig for å dekke brukernes behov.²⁷ Noen mener dermed at denne styringsmodellen skaper mer byråkrati, større avstand fra pasient til beslutningstaker, dårligere arbeidsmiljø for de som jobber i utøvende tjenester samt at det erfaringsmessig er en tilrettelegging for privatisering. Det kan bli vanskeligere å rekruttere fagfolk fordi arbeidssituasjonen blir mer stressende. De som er kritiske mener også at modellen innføres for å få en sterkere styring og kontroll slik at det ikke brukes mer penger enn det som er bevilget, og at kommunene med tildelerkontorene får den nødvendige avstanden til pasientene slik at ressursene kan gis i samsvar med budsjettet og ikke ut fra behov.

Det er gjort ulike studier av effektene av bestiller-utfører modeller i kommunal sektor. I disse studiene pekes det ofte på at det er oppnådd produktivetsgevinster og at tjenestene er blitt billigere. Det ser ikke ut til å være dokumentert noen systematiske kvalitetsforbedringer i disse studiene. Dette skyldes trolig at kvalitet, særlig i helse- og sosialtjenesten, er vanskelig å måle. Andre erfaringer med modellen viser at det lett kan etablere seg større administrative kostnader ved bestiller-utfører modellen enn ved de tradisjonelle hierarkiske løsningene. For at en slik type bestillerorganisasjon skal ha reell innflytelse, er det viktig at den gis fullmakter og disposisjon over budsjettmidler.²⁸

I Åsnes kommune er det de enkelte utøvende enheter som er tildelt budsjettbevilgning som skal dekke tildelte tjenester. Tildelerenheten er ikke ansvarlig for de økonomiske konsekvenser av tildelte tjenester. Leder av tildelerenheten har ikke ansvar for rasjonell drift innenfor vedtatte budsjetttrammer og utarbeider ikke forslag til budsjett for de utøvende virksomheter. Leder for Tildelerenheten deltar ikke aktivt i utarbeidelse av årsbudsjetter/økonomiplaner.

Tildelerenheten har ikke noen systematikk for å inkludere økonomiske overveielser ved tildeling av tjenester, f.eks. oversikt over prisen på de ulike tjenester. Tildelerenheten legger vekt på at bruker skal få det han/hun har rettskrav på, men forsøker også å tilrettelegge for at bruker skal bo lengst mulig i eget hjem. Tildelerenheten vurderer at det ville være lettere å ta gode økonomiske beslutninger, hvis man hadde flere ressurser på tildelerenheten.

²⁷ NF-rapport nr. 12/2012, side 77. Med henvisning til forskning utført av NOVA

²⁸ NOU 2005:3:8.1.7 – Bestiller-utfører organisering. Helse- og omsorgsdepartementet

11.2.9 Tema: ViTT

ViTT (virksomhet tilpassede tjenester) skal, i samarbeid med brukeren, yte tjenester på en slik måte at trygghet og mulighet for utvikling eller ivaretagelse av mestring ivaretas.

ViTT var opprinnelig en virksomhet som ytet tjenester til brukere med nedsatt funksjonsevne. Gjennom et kommunestyrevedtak i 2005 ble det bestemt at samme tjenester også skulle gjelde andre brukere, eksempelvis brukere med kognitive lidelser, psykiske lidelser og rusproblematikk.²⁹

Det er en rekke tjenester i ViTT, som det fremgår av tekstboks (se figur 5) og av organisasjonskartet (figur 6).

Tjenestetilbudet i ViTT

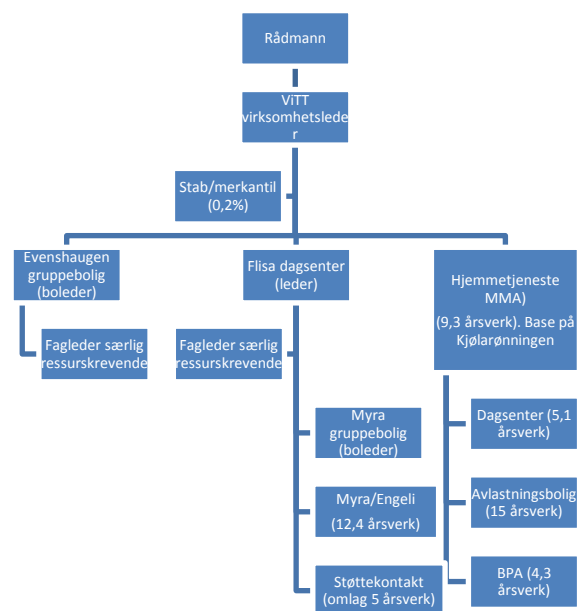
1. Barn- og ungdomsavlastning. I private bolig og i kommunal bolig.
2. BPA. For funksjonshemmede med stort hjelpebehov.
3. Dagtilbud og VTA-tjenester (varig tilrettelagt arbeid). Bruk av Flisa dagsenter, Atico, Inn på tunet etc. Målgruppen er fortrinnsvis personer med ulike typer funksjonshemming med kognitiv svikt som konsekvens. Aktuelle aktiviteter er trening, trim, kjøkkenaktiviteter tømmer søppelkasser, svømming, vaktmestertjenester osv.
4. Målrettet miljøarbeid (Myra, Lia, hjemmetjeneste-delen i ViTT). Det tilbys miljøarbeidertjenester på timebasis i egen bolig til personer som har et hjelpebehov av praktisk eller personlig art. Tjenesten består med å trene opp til større egen mestring der det er mulig. Denne tjeneste inkluderer også praktisk bistand i hjemmet (hjemmehjelp mot betaling) og hjemmesykepleie (gratis).
5. Støttekontakttjenester for personer som trenger bistand for å få en meningsfylt fritid.
6. Byggeprosjekter (Engeli; 6 leiligheter og Evenshaugen; 16 leiligheter)
7. Tilpasset transport for personer som har vesentlige vanskeligheter med å bruke vanlig kollektive transportmidler.

Tjenestene retter seg mot en stor og variert målgruppe og inkluderer også brukere med psykisk helseproblemer og rusmiddelbrukere. ViTT har cirka 36 brukere med psykiske lidelser og av disse har 8 også rusproblemer. En del av brukerne er ungdom. Det er samlet sett omlag 75 årsverk i ViTT, fordelt over cirka 116 ansatte. Det er 6 brukere mellom 0-15 år og 6 brukere med vedtak etter § 9 makt og tvang og 19 særlig ressurskrevende brukere. 5-6 årsverk brukes mot brukere med rusmiddelproblematikk. ViTT yter tjenester til ca. 54 personer med nedsatt funksjonsevne, herav cirka 5 personer også har psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.

Tildelerenheten behandler søknader og fatter vedtak for tjenester fra ViTT. Til gruppen av psykisk syke og/eller rusmiddelbrukere kan dette være praktisk bistand, botilbud, miljøarbeid, veiledning mv.

En del brukere blir henvist til ViTT fra psykisk helse- og rustjeneste. Dette kan være personer som ikke responderer på terapi og som trenger et helhetlig tilbud over lang tid.

Figur 5. Tjenestetilbudet i ViTT



Figur 6. Organisasjonskart for ViTT

²⁹ Kommunestyrevedtak 114/05: Kommunestyret vedtok enstemmig følgende: 1) Tjenester for funksjonshemmede er etablert med miljøarbeidertjenester. Det ansees som mest rasjonelt at denne tjenesten benyttes også overfor andre med behov for miljøarbeidertjenester. 2) Økonomiske konsekvenser tas opp i forbindelse med budsjettbehandlingen.

De fleste av ViTT sine brukere bor hjemme, og ViTT har fokus på hverdagsmestring. Hjemmetjenester som er omfattet av ViTT er miljøarbeid og veiledning. Øvrige hjemmetjenester ytes av hjemmetjenesten. Miljøarbeid og veiledning omfatter en rekke forhold som brukeren trenger veiledning i / at noen jobber ved siden av dem i, herunder bistand /veiledning om hygiene, mat, lege, ulike søknader, samarbeid med barn dersom bruker har barn, følge bruker på NAV, forsikringsselskap etc. Miljøarbeidertjenesten er uavhengig av diagnoser, slik at alle brukere som blir innvilget miljøarbeidertjenester får dette fra ViTT.

ViTT har tiltak som omhandler fysisk og sosial aktivitet på individnivå. De samler brukere for å gå tur, dra på treningssenter og dagsenter. ViTT har også en musikkterapeut blant sine ansatte som har to musikkaktivitetsgrupper etc.

Ved ViTT har flere av brukerne verge for å hjelpe dem med økonomi. Ansatte ved ViTT gjør minst mulig som angår brukernes privatøkonomi, og har rutiner for dette.

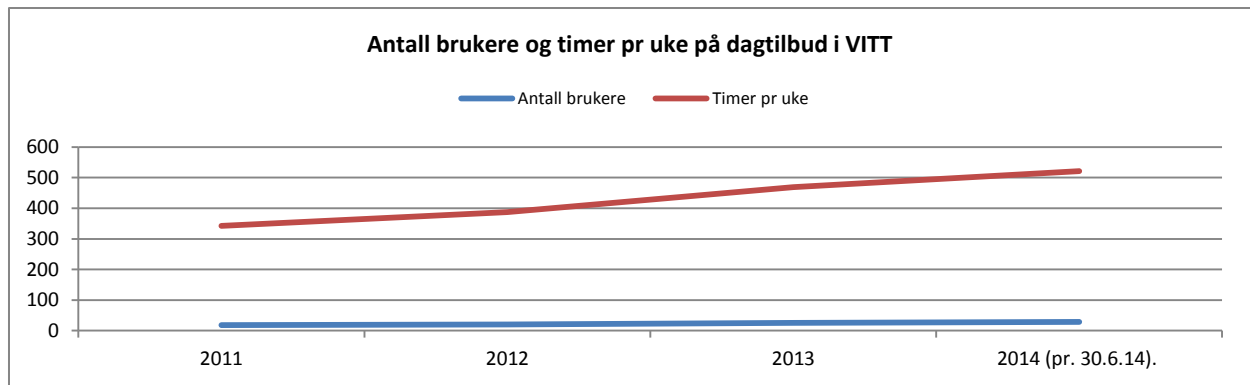
ViTT har også ansvar for et dagsenter hvor brukeren må ha vedtak om tjenester (i motsetning til Sparbyhuset dagsenter, som er uten vedtak). Dagsenteret under ViTT innbefatter arbeidstrening mv. for de som ikke er ressurssterke nok til å delta på NAV sine tiltak. Alle aktiviteter i dagsenteret skal gi brukerne mestringfølelse. Det er ingen samhandling mellom dagsenteret under ViTT og Sparbyhuset dagsenter, som organisatorisk ligger under den psykisk helse- og rustjeneste.

ViTT har utarbeidet standarder som beskriver hva brukeren kan forvente, og hva tjenesten forventer av brukeren. Det er en standard for støttekontakttjenesten, en standard for miljørettet miljøarbeid i hjemmet (praktisk bistand og opplæring), en standard for heldøgns bemannende boliger, en standard for dagsenter for mennesker med nedsatte funksjonsevne mv. Standardene er vedtatt i kommunestyret.

ViTT har prosedyre for bekymringsmelding og en standard for avviksbehandling. Avviksbehandlingen skal gi oversikt over forbedringsområder og mulighet for risikovurdering innen legemiddelhåndteringen.

Virksomhetsleder for ViTT har budsjettansvaret og må forholde seg til tildelte rammer. I statusrapport for ViTT som er blitt behandlet i *Utvalg for helse, pleie og omsorg* og *Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne* og som også skal behandles i kommunestyret, går det frem at ViTT opplever et stadig økende press på sine tjenester, mens de økonomiske rammer til virksomheten er gått ned. Virksomhetsleder for ViTT vurderer at budsjetttrammene ikke lenger er tilstrekkelige.

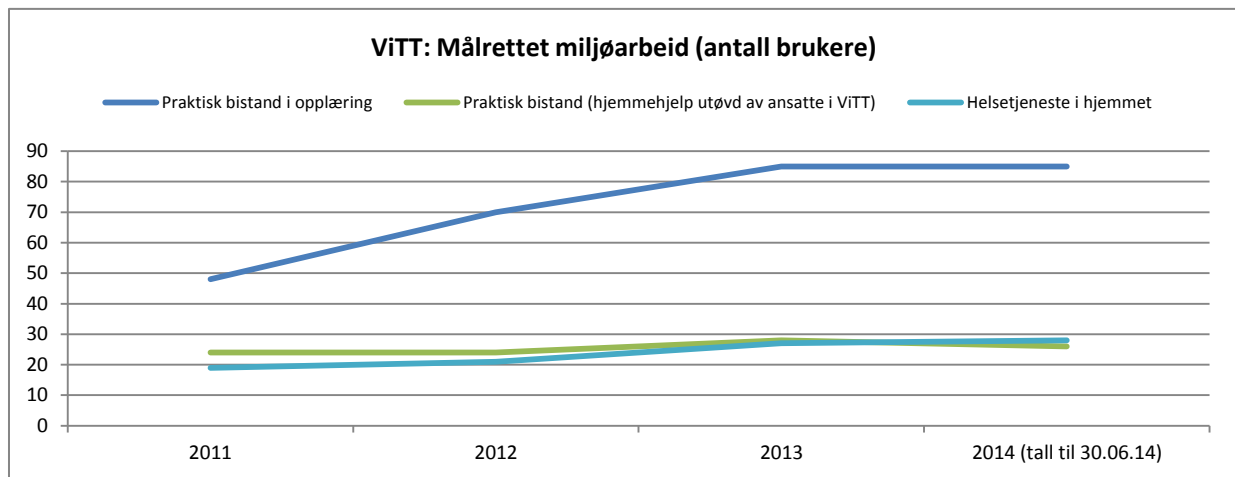
ViTT opplever blant annet at unge brukere ikke har aktivitet verken i form av arbeid eller alternativer til arbeid. Det tar lengre tid før de får utførestatus, mens de ikke fungerer i vanlig tiltakssystem. Det er ineffektivt å sitte hjemme og derfor får de tilbud på dagsenter under ViTT. Dagtilbud er et forebyggende tiltak for å forebygge sosial isolering, rusproblemer mv. ViTT har opplevd en økning i antall brukere og timetall på dagsenteret (se Figur 7).



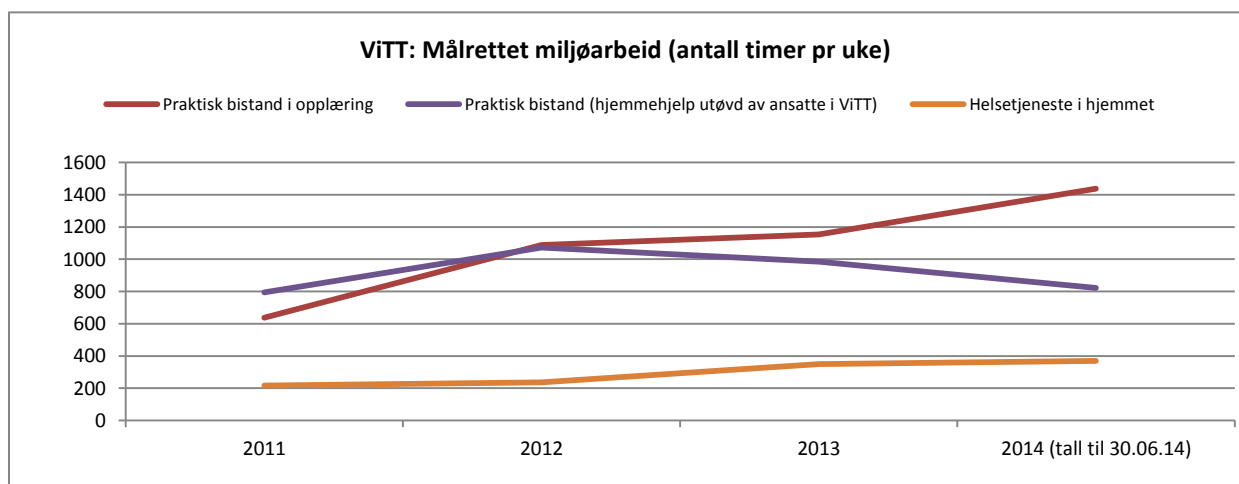
Figur 7. Kilde: Sakspapirer til kommunestyre mv. ViTT Statusrapport. Arkivsaknr 14/851.

Brukerundersøkelse ved dagsenteret viser at ViTT har forbedringspotensial ved å tilby flere dagaktiviteter. Med nåværende bygningsmasse er det en stor utfordring å øke antallet brukere og tilby et variert tilbud. Alle som har tjeneste i dagtilbudet har også en annen type tjeneste i ViTT, støttekontakt eller praktisk bistand i opplæring.

ViTT har også opplevd en økning i deres tilbud om målrettet miljøarbeid (se Figur 8 og Figur 9).



Figur 8. Kilde: Sakspapirer til kommunestyre mv. ViTT Statusrapport. Arkivsaknr 14/851.

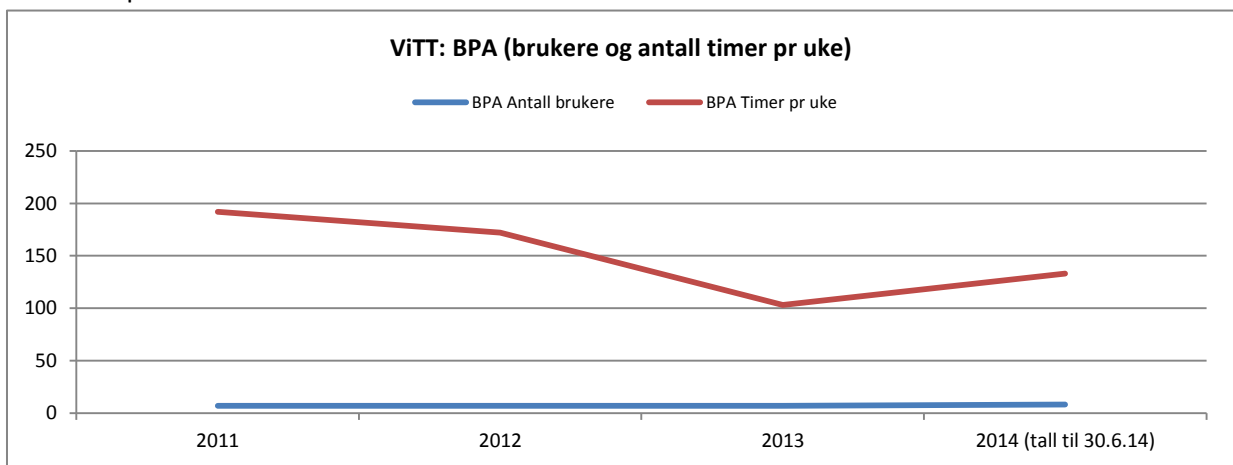


Figur 9. Kilde: Sakspapirer til kommunestyre mv. ViTT Statusrapport. Arkivsaknr 14/851.

Økningen i målrettet miljøarbeid ligger hos ungdommer, som trenger tettere oppfølging, bistand i daglige gjøremål mv. Flere av disse bruker har rus- og psykiske lidelser og er i NAV-systemet. 34 av 85 brukere har en diagnose psykiske lidelser og 8 av 34 har i tillegg et rusproblem. Flertallet er tilflyttere. En del er fosterbarn som blir boende i Åsnes pga. nettverket sitt, men som er over 18 år og dermed ikke faller lengre hører inn under barnevernet. Ut i fra den informasjon ViTT har forventes det også en økning i brukere høsten 2014, blant annet med særlig ressurskrevende brukere.

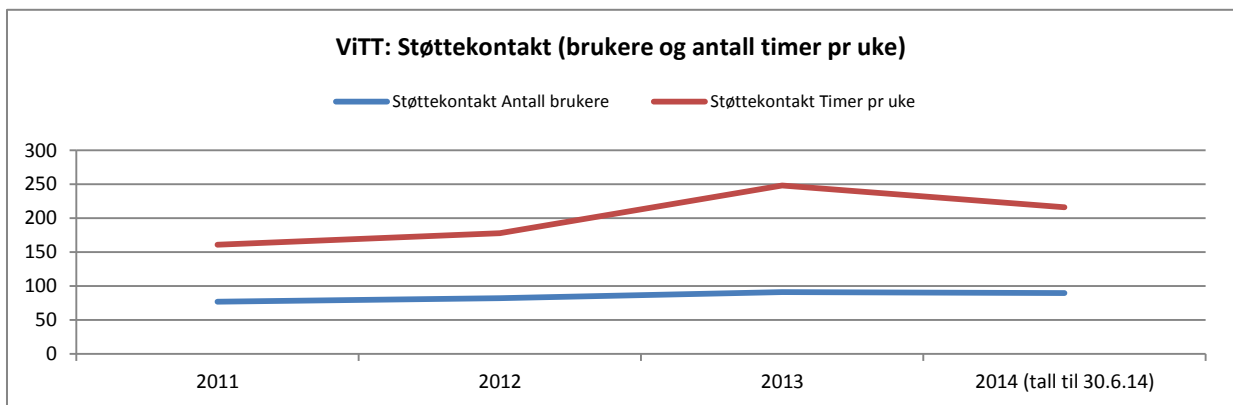
ViTT yter også tjenester på lavere omsorgsnivå, både støttekontakt og BPA-tjenester (Brukerstyrt personlig assistent). Kommunens intensjon er at innbyggere skal bo lengst mulig hjemme, og det kan bety en øking i denne typen tjenester.

ViTT ser allerede nå en økning i søknader for BPA, selv om det de siste årene har vært en nedgang i timebruken for BPA. Dette skyldes i hovedsak at en bruker er gått over til personlig assistanse i stedet for BPA (se Figur 10). BPA er ikke en typisk tjeneste til brukere med psykisk problemer og/eller rusmiddelproblemer.



Figur 10 Kilde: Sakspapirer til kommunestyre mv. ViTT Statusrapport. Arkivsaknr 14/851.

Støttekontakt er en forebyggende, lavterskel tiltak. Mål med støttekontakttjenester er å bidra til en mer meningsfylt fritid overfor personer som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer. Etter vedtak i politisk sak om støttekontakttjenester i Åsnes i 2011, har antall timer blitt begrenset per vedtak (se Figur 11). Det kan være vanskelig å rekruttere støttekontakter til brukergruppen med rusproblemer og/eller psykiske lidelser.



Figur 11. Kilde: Sakspapirer til kommunestyre mv. ViTT Statusrapport. Arkivsaknr 14/851.

ViTT krever en egenandel for praktisk bistand, noe som gir inntekter til ViTT. Videre har ViTT ansvar for å kreve refusjon fra Staten for særlig ressurskrevende brukere. Nettodriftsutgifter skal ikke overstige

bevilget ramme fra kommunestyret. I regnskapsoversikt per juni 2014 har ViTT brukt 90 % av sin netto ramme. Det vil bli særdeles vanskelig å holde rammen. Generelt sett har ViTT ikke økt antall årsverk pga. innsparing. I sak til kommunestyret fremlegger ViTT ønske om utvide antall stillinger i virksomheten for å kunne yte forsvarlige tjenester til eksisterende og nye brukere.³⁰

Her og nå-situasjonen i ViTT innebærer at en stor del av ressursene blir brukt til direkte tjenesteyting, mens tiden til planlegging forsvinner. Dette bidrar ikke til god samhandling og koordinering mellom tjenesteyterne i kommunen.

11.2.10 Tema: Bolig

Personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer er overrepresentert blant de bostedsløse og vanskeligstilte på boligmarkedet. For denne brukergruppen er bolig ofte en forutsetning for å kunne iverksette og lykkes med behandling og oppfølgingstjenester. Bolig kan forebygge risiko for tilbakefall og redusere behovet for opphold i institusjon eller hindre fengselsopphold. Kommunen bør sørge for at alle innbyggere har gode og trygge boforhold. Ifølge lov om sosiale tjenester i NAV har kommunen også en plikt til å finne midlertidige botilbud for dem som ikke klarer det selv.³¹

Det er Åsnes kommunes tildelerenhet som fatter vedtak om tildeling av omsorgsboliger, mens kommunale boliger uten bemanning administreres av renholdsleder fra teknisk avdeling.

Åsnes kommune har tildelingsrutiner for boliger, en for vanlige kommunale boliger og en for omsorgsboliger.

Vi har fått opplyst at Åsnes kommune har ca. 160 kommunale boliger/leilighet som leies ut til ulike brukergrupper. Videre opplyses det at pågangen av søkere er stor, og pr i dag står de ca. 40 personer på venteliste.

Kommunen har omsorgsboliger, trygdeboliger, ungdomsboliger, flyktningeboliger og vanlige utleieboliger. Kommunen har pr dags dato ingen akuttbolig.

Søkermassen til kommunale boliger inneholder både utenbygdssøkere, søkere med eget hus som ønsker å leie en mer lettstelt og sentral bolig, søkere som har både økonomi og evne til å leie/kjøpe privat bolig, og søkere som av ulike årsaker ikke kan ivareta sine interesser selv på det private boligmarkedet. I en vanlig kommunal bolig, kan du bo uten at du trenger omsorgstjenester, men du klarer ikke å skaffe deg bolig på egen hånd. Kommunale boliger er for de som ikke trenger omsorgstjenester, men samtidig ikke er i stand til å skaffe seg egen bolig, jf. retningslinjer for tildeling av kommunale boliger.

Fordeling av kommunale boliger uten bemanning skjer i et boligmøte, hvor ViTT, tildelerenhet, psykisk helseteam, NAV, hjemmetjeneste og en fra teknisk avdeling er tilstede. Innbyggere kan søke til teknisk avdeling/boliggruppe. Søknadene og øvrige brukere med meldt behov vurderes når en bolig blir ledig. Ved søknad om kommunal bolig skal kommunens søknadsskjema benyttes før tildeling kan skje.

Brukere kan få tildelt omsorgsboliger av tildelerenheten, mens leiekontrakten skrives av tekniske avdeling.

³⁰ For mer fyllestgjørende forklaring av ressursbruk og statusrapport for ViTT, henvises til sak med Arkivsaknr 14/851.

³¹ Lov om sosiale tjenester i NAV § 27.

Ifølge retningslinjene for tildeling av kommunale boliger i Åsnes kommune (vedtatt av kommunestyret 28/10.2013) leier Åsnes kommune ut boliger til personer som ikke på egen hånd greier å skaffe seg eget bolig pga. dårlig økonomi, nedsatt funksjonsevne, helsemessige eller sosiale problemer. Av retningslinjene for tildeling av kommunale boliger fremgår det at følgende grupper skal prioriteres ved boligtildelinger:

- Funksjonshemmede og eldre med behov for tilpasset bolig
- Psykisk utviklingshemmede³²
- Flyktninger
- Personer som skrives ut fra institusjon
- Person som løslates fra fengsel
- Personer med økonomiske problemer
- Ungdom mellom 18 og 23 år.

Videre skal søkeren ha bodd tre år i Åsnes kommune for å få kommunal bolig.

Omsorgsboliger er fysisk tilrettelagt slik at brukeren etter behov kan motta (heldøgns)pleie og omsorg. Målgruppen er eldre og andre med et pleie- og omsorgsbehov. Det er samme kriterier for omsorgsboliger, som for tildeling av kommunale boliger, men med tilleggskriterier, som innbefatter at brukeren enten har vedtak på helse- og omsorgstjenester *eller* trenger en bolig pga. funksjonssvikt og voksende behov for pleie og omsorg.

Det legges vekt på å tildele boliger / plasser slik at beboerne skal fungere godt sammen. Det innebærer at noen som kunne klart seg med et lavere omsorgsnivå kan ha bolig i bofellesskap eller omsorgsbolig. Vi har fått opplyst at dette gjelder et fåtall.

Det er forøvrig blitt oss fortalt at tildelingen av kommunale boliger i noen tilfelle ikke har fulgt utarbeidede rutiner, slik at noen boliger ikke er tildelt etter formål (det gjelder eksempelvis Hagen).

Også NAV skal bistå til at de som sliter med å finne bolig, får bolig. NAV har et særlig ansvar for å finne midlertidig botilbud for de som ikke klarer det selv.³³ Tjenesten vil være aktuell i akutte situasjoner, for eksempel ved brann, utkastelse, familie- eller samlivsbrudd. Midlertidig botilbud er et tilbud som ikke er ment å vare over tid, men som skal avhjelpe akutt bostedsløshet. Med akutt bostedsløshet menes at tjenestemottaker ikke har et sted å sove og oppholde seg det neste døgnet.

Åsnes Kommunen har ikke akutt boliger, og private sier ofte nei til å leie ut til en del som trenger bolig akutt. Da kan løsningen bli en nødbolig i form av en campinghytte, (hytte på Dæsbekken som nå skal selges) eller et hotellrom. Ifølge NAV har Åsnes kommune (eiendomsavdelingen) ikke prioritert akuttboliger, og kan ikke ha boliger stående tomme i påvente av behov. Det blir samtidige sagt at kommunen ikke har mange bostedsløse.

NAV Åsnes melder forøvrig inn behov for bolig og er med i boligmøter ved eiendomsavdelingen.

Boligtilbudene er generelt både et ansvarsområde for tildelerenheten (som tildeler omsorgsboliger), for ViTT og hjemmetjenesten (som praktiserer/følger opp i egne omsorgsboliger), for NAV (som

³² Begrepet benyttes i kommunens retningslinjer og er hentet derfra. For øvrig i rapporten benytter vi «person(er) med nedsatt funksjonsevne».

³³ Dette følger av § 15 i Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen: «Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.» og § 27 i Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen: «Kommunen er forpliktet til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv.»

formelt har ansvar for akuttbolig), og for bolig og eiendom, som administrerer og har ansvar for vedlikehold av øvrige kommunale boliger.

I neste kapittel beskriver vi de av kommunens omsorgsboliger, som er mest aktuelle for brukergruppen av psykisk syke/rusmisbrukere.³⁴

11.2.10.1 *Botilbudene*

KJØLARØNNINGEN

Kjølarønnen har i sin helhet 19 boenheter.

9 leiligheter tilhører hjemmetjenesten, eller blir betjent av vanlig hjemmetjeneste og fungerer mer og mindre som en bofelleskap. De har felles stue, har noen aktiviteter i felleskap og spiser ofte sammen.

10 leiligheter tilhører ViTT. Det vil si at ViTT yter tjenester til de som bor der. Dette er selvstendige boliger. Det er ikke mye i felleskap, og de har for eksempel ingen felles måltider, kjøkken eller stue. Det er bemanning som er den samlende faktor. Hver beboer har sin leilighet hvor all aktivitet og hjelp foregår. Et team i ViTT jobber hos disse 10 beboerne. For å skape noe felleskap prøver de ansatte å organisere aktiviteter som filmkveld, musikkveld m.v.

De 10 leiligheter som tilhører ViTT er relevante for brukere med psykiske helse- og/eller rusproblemer. De som bor her er rimelig velfungerende personer med nedsatt funksjonshemming, personer med rusproblematikk og psykiske helseproblemer. Likevel trenger disse personene mye støtte for å kunne oppleve mestring. Beboerne betraktes som hjemmeboende brukere og faller dermed inn under hjemmetjenestedelen i ViTT. ViTT har 2 nattvakter i Kjølarønnen og yter på natt også tjenester til beboere i eldredelen (effektivt bruk av ressurser). I tillegg har ViTT base på Kjølarønnen for sin «hjemmetjenestedel». Her yter ViTT tjenester til alle andre brukere i bygda som trenger målrettet miljøarbeid (ambulerende team). De ansatte bruker leasingbiler for å forflytte seg i kommunen. Besøkene hos brukere varer lengre enn «vanlig hjemmetjeneste» fordi fokus ligger på at brukere skal delta i oppgaven, hverdagsmestring og opplæring.

Kjølarønnen faller under kategori omsorgsboliger og det betyr at disse boligene bare blir tildelt til brukere som også trenger omsorgstjenester.

Kjølarønnen har bemanning. Vi har fått opplyst at det uroer brukere med rusproblematikk. Det bidrar til at rusmisbrukere holder misbruk i sjakk, men er samtidig en utfordring for ansatte og øvrige beboere.

FLISABO OMSORGSBOLIGER

Flisabo omsorgsboliger består av 8 leiligheter. Flisabo er det eneste botilbudet som er forbeholdt psykisk syke og som har heldøgnsbemanning. Beboerne er fra 50 år og oppover, og har ulike alvorlige lidelser. Beboerne har vært bosatt der i mange år og vil bli boende frem til annet behandlingsbehov er nødvendig (for eks sykehjem pga. aldring og pleiebehov). Noen vil trolig bli boende på Flisabo livet ut.

Flisabo er organisert under hjemmetjenesten. Organiseringen under hjemmetjenesten er historisk betinget. Opprinnelig var Flisabo en bolig for mennesker med stort behov for pleie og omsorg, men

³⁴ Heimly omsorgsbolig, Evenshaugen omsorgsbolig, Sønsterud bofellesskap, Bestebo omsorgsbolig, Lia gruppebolig og Myra gruppebolig omtales ikke, da de er mindre aktuelle for den pågjeldende brukergruppe.

som var for unge til å bo på sykehjem. Det har vært en glidende overgang fra at Flisabo var en omsorgsbolig, til at det nå er en psykiatribolig. Revisjonen er ikke blitt kjent med at det er fattet politisk vedtak om denne endringen. Flisabo har nå mer eller mindre fungert som ren psykiatribolig i fem år.

Flisabo er i dag en egen økonomisk enhet, hvor leder har ansvar for å holde seg innenfor tildelt ramme og rapporterer til virksomhetsleder for hjemmetjenesten. Beboerne blir regnet som hjemmeboende og betaler husleie til kommunen.

Flisabo har tilsammen ni årsverk, fordelt på 15 fast ansatte og fem vikarer på tilkalling. Tjenesten er døgnbemannet med 2-3 ansatte + leder på dagtid, to ansatte på kveld og én våken nattevakt. Nattevakten ser etter at hver enkelt beboer får den søvnen og roen de trenger for å fungere på dagtid. Erfaringsmessig er søvn / døgnrytme et problem for personer med psykiske lidelser og nattevåk og vandring er ofte et kjent problem. Ved å ha nattevakten våken, vil denne raskt fange opp om noen er urolige / ikke får sove / har vanskelige tanker.

Enkelte av beboerne på Flisabo mottar også hjemmehjelp fra kommunens hjemmetjeneste.

Flisabo er primært for en eldre brukergruppe, mens bofellesskapet på Kjølarønningen er for yngre (under 50 år). Ellers er det på mange måter samme type personer som bor i disse to botilbud.

Det er tildelerenheten som behandler søknader (henvisninger) og fatter vedtak om plass på Flisabo. Brukere søker typisk ikke selv om plass, da de er for syke/dårlige til dette. Pasienter som er aktuelle for Flisabo kan bli henvist fra Sanderud, fra fastlege eller fra hjemmesykepleien.

På Flisabo er det viktig med stabilitet både i ansattgruppen og pasientgruppen. Gode planer og rutiner bidrar til utvikling og ro blant beboere. De ansatte på Flisabo gir uttrykk for at det er viktig at nye beboere som flytter inn, kan passe inn i fellesskapet. Samtidig er det viktig at Flisabo har egen ledelse, som jobber sammen med personalet og også har tett oppfølging av beboerne. Vi har fått opplyst at Flisabo en periode var uten leder, hvilket ikke var velfungerende.

Flisabo jobber med målrettet miljøarbeid og hverdagsmestring. Målet er at beboerne skal oppleve en meningsfylt hverdag med mestring, trygghet og trivsel.

Flisabo ligger i tilknytning til Åsnes sykehjem, noe som gjør at beboerne kan benytte aktivitetstilbudene ved sykehjemmet og Sparbyhuset. Tidligere benyttet Flisabo Sparbyhuset dagsenter til en del beboere, men samarbeidet rundt beboerne fungerte dårlig. Nå benyttes tilbudet til én beboer, og Flisabo har sitt eget «dagsenter» på huset med ulike daglige aktiviteter som beboerne er med til å bestemme selv. Det arrangeres f.eks. bingo, avislesing, sang / musikk, gymnastikk, faste gåturer dag og kveld, høytlesning fra bøker, filmkvelder, kaffe-kos mv. Flisabo tilstreber å få fysisk aktivitet inn som en naturlig del av hverdagen og legger opp til individuelle oppgaver hos beboerne som passer deres interesse, mestring og behov. Dette kan være at én henter posten på rådhuset, én går til Rema 1000 og handler osv. Noen brukere benytter også dagsenter-tilbudet under ViTT; «*Inn på tunet*». Ansatte ved Flisabo forteller forøvrig at de har lite økonomiske midler til å reise ut med beboerne for å oppleve noe annet enn det som er i gåavstand.

Flisabo får mat fra sykehjemmet, hvor de har varierte og sunne menyer hver uke. De aller fleste ved Flisabo spiser felles, noe som gjør at personalet har mulighet til å få en god innsikt i beboerens kostholdsvaner og mengden den enkelte beboer spiser. Det utføres veiing av beboerne minimum to ganger pr år og ved behov / mistanke om vekttap eller vektøkning. Personalet ved Flisabo bruker mye

tid på veiledning om kosthold hos enkelte beboere da psykiatri og spiseforstyrrelser henger tett sammen, noe de også ser på Flisabo.

Det er beboere ved Flisabo som røyker, og de har felles røykeplass ute. Vi har fått opplyst at ingen av disse har uttrykt ønske om å slutte å røyke. På Flisabo skal pasientene i prinsippet være rusfrie, og Flisabo har utarbeidet rutiner for håndtering av rusmisbruk.

Øvrige tjenesteenheter har inntrykk av at Flisabo er godt botilbud, som fungerer som en egen liten enhet. Vi har fått opplyst at kommunen har fått ros av fra spesialisthelsetjenesten for tilbudet ved Flisabo, og at det fremheves som et godt eksempel for andre kommuner. Flisabo er også et økonomisk kostbart tilbud, og det er viktig å være veldig bevisst på at de som får tildelt et botilbud her trenger heldøgnsomsorg.

Beboerne på Flisabo er veldig syke, og personalet vurderer at hvis kommunen ikke hadde hatt denne type bolig, måtte noen pasienter bodd kontinuerlig på Sanderud sykehus eller annen døgnbemannet løsning, f.eks. i hjemmet. Det uttales at dette erfaringsmessig gir økt antall innleggelser og liggedøgn i spesialisthelsetjenesten. Ansvarlig lege ved Sanderud v/TUD team, Terje Vestheim, har anslått at Flisabo koster 25 % av driftskostnadene mot hva det ville ha kostet å ha en tilsvarende avdeling ved Sanderud – og at det i tillegg ville ha blitt et dårligere behandlingstilbud. Medisinering mot psykoser bør reduseres til et minimum, mens miljøbehandlingen intensiveres. Flisabo jobber med miljøbehandling.

11.2.10.2 *Utgiftsnivå på kommunale boliger*

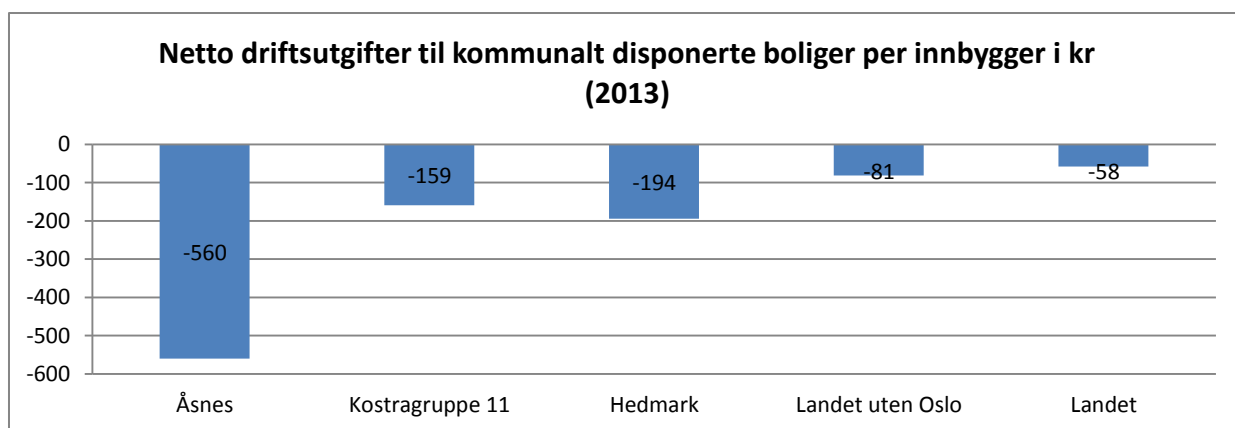
Husleiene i de kommunale boligene fastsettes av kommunestyret årlig, og oppdaterte satser skal ligge på kommunes webside (ifølge retningslinjene). Revisor har sjekket og funnet at de husleiesatser som er på kommunens hjemmeside pr 2. oktober 2014, er satsene for 2013.³⁵

Tall fra KOSTRA viser at Åsnes kommune har et høyt inntektsnivå på kommunale boliger (se Figur 12). Samtidig har kommunen lave investeringsutgifter til boligformål (se Figur 13). Antall kommunalt disponerte boliger er på nivå med øvrige kommuner (se Figur 14), men til forskjell fra øvrige kommuner eier Åsnes kommune nesten samtlige av de kommunalt disponerte boliger selv (se Figur 15).

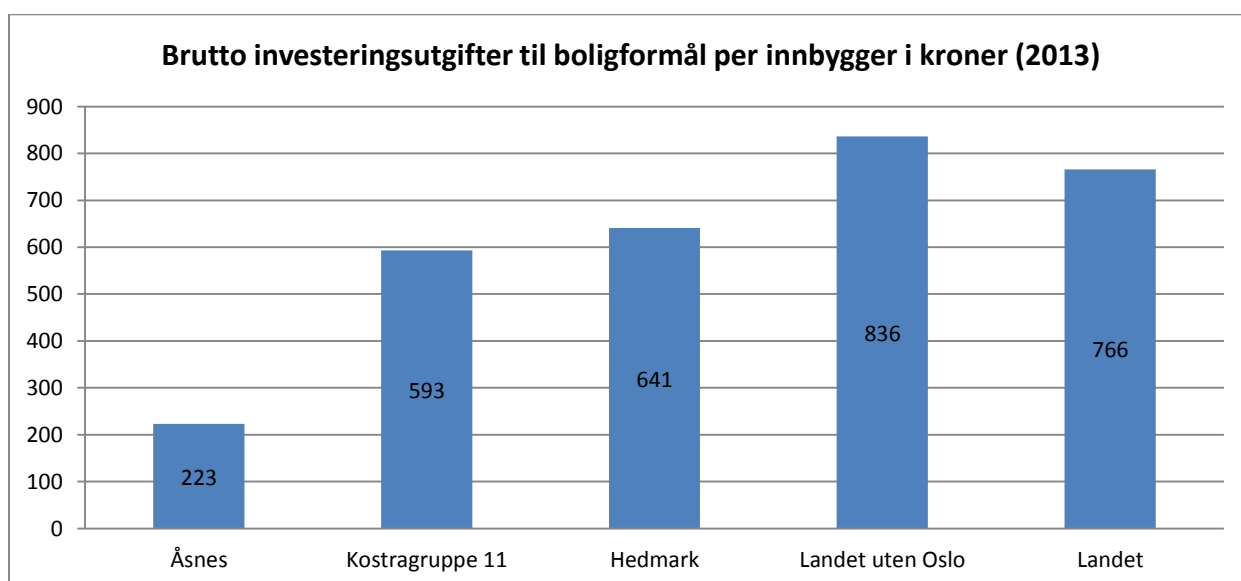
Kommunens driftsutgifter til hver enkelt kommunale bolig er noenlunde på nivå med øvrige kommune. Imidlertid har kommunen meget lave lønnsutgifter til kommunale boliger i forhold til sammenlignbare kommuner (se Figur 16).

³⁵ <https://www.asnes.kommune.no/tjenester-a-a/omsorg-trygd-og-sosiale-tjenester/botilbud/trygde-og-servicebolig/husleie-i-kommunale-boliger-og-trygdeboliger.aspx>

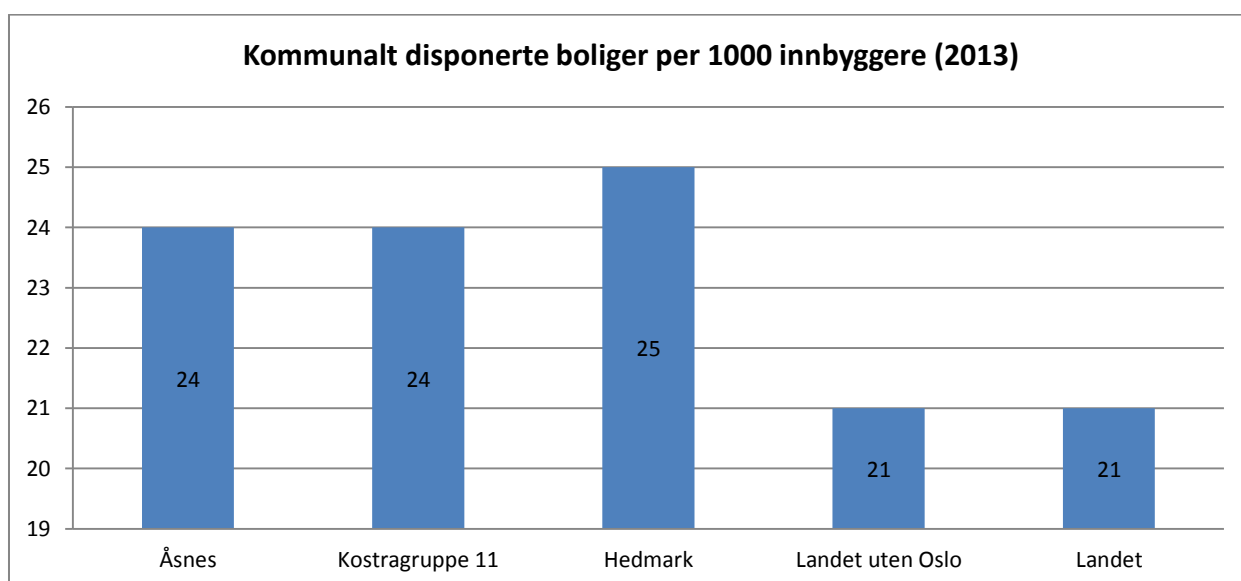
2014



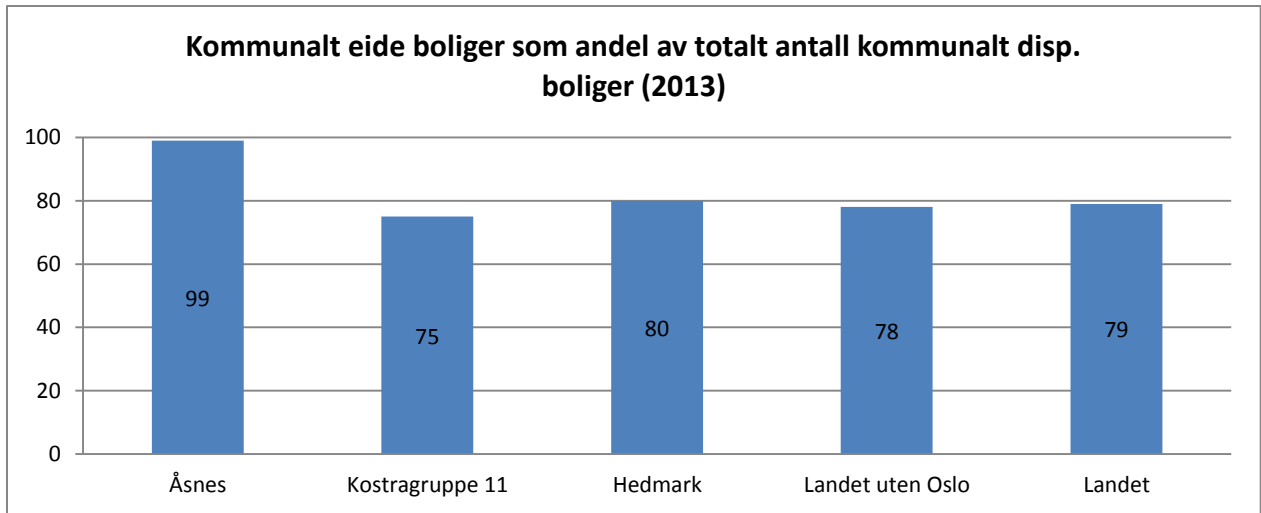
Figur 12. Kilde KOSTRA.



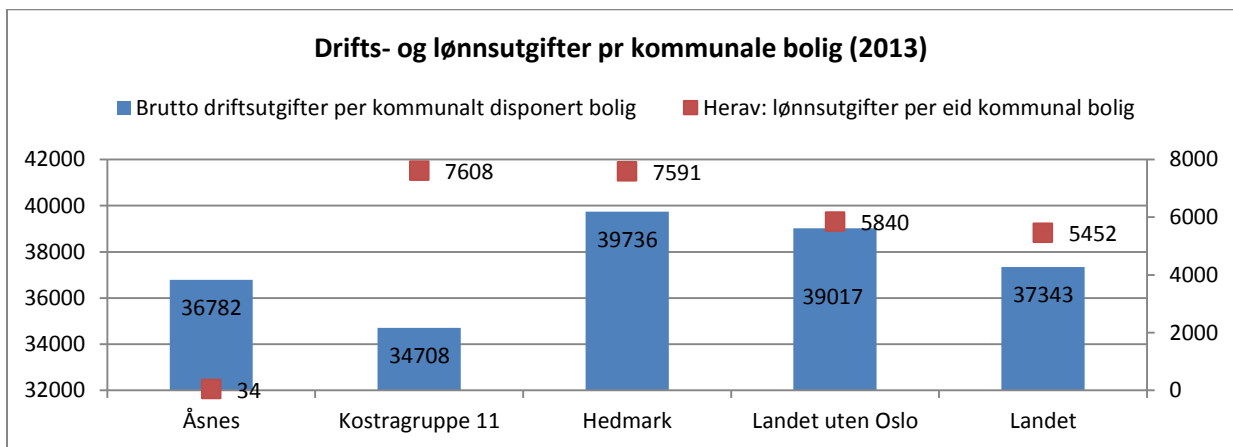
Figur 13. Kilde KOSTRA.



Figur 14. Kilde KOSTRA.



Figur 15. Kilde KOSTRA.



Figur 16. Kilde KOSTRA.

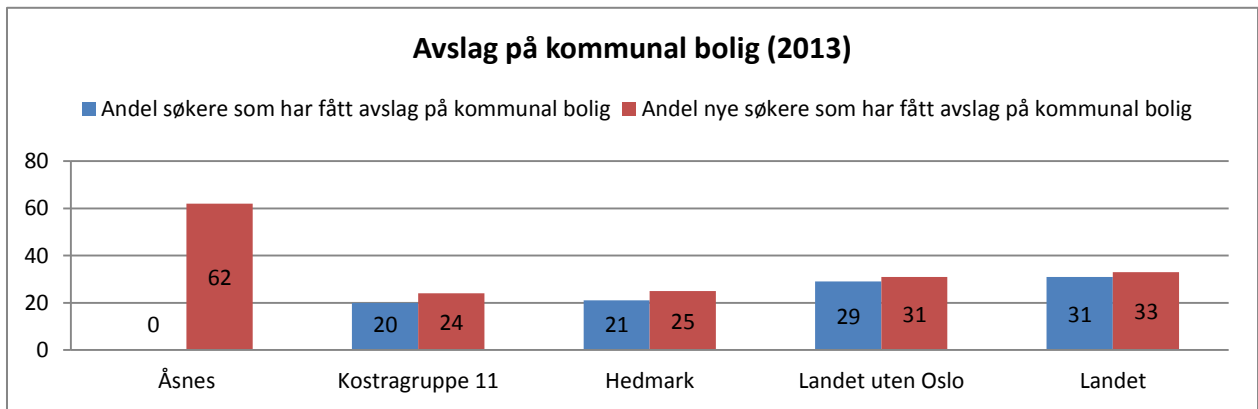
11.2.10.3 Ventetid og søknad på kommunal bolig og startlån/bostøtte

Kommunale boliger er underlagt og tildeles av bolig og eiendom v/renholdsleder. Tildelerenheten tildeler bemannede boliger/omsorgsboliger.

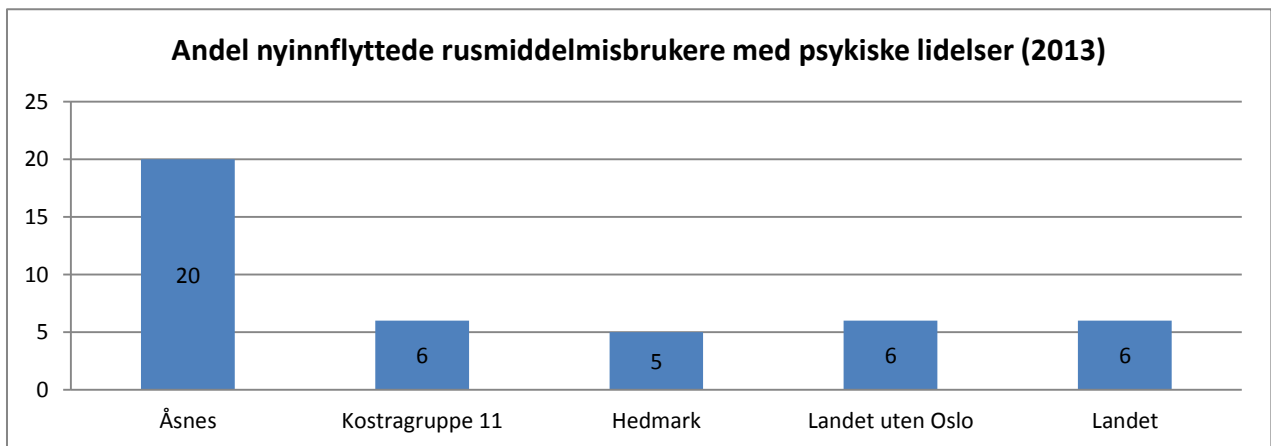
Søknader om bolig behandles etter forvaltningslovens bestemmelser og tidsfrister. Det er venteliste på boliger per dags dato. Tildelerenheten har nå 1 – 2 brukere som trenger omsorgsbolig. Tildelerenheten presiserer at dette er de som tildelerenheten vet om, og at det kan være flere søkere som tildelerenheten ikke vet om. Ifølge KOSTRA har 62 nye søkere fått avslag på kommunal bolig i 2013 (se Figur 17). Det er uvisst om dette skyldes at søkerne ikke kvalifiserte til å få kommunal bolig eller om det er fordi boligkapasiteten er for lav. Det er imidlertid andre tall som viser at 20 nye rusmiddelbrukere med samtidig psykisk lidelse flyttet til kommunen i 2013 (se Figur 18). Det er markant flere enn i øvrige kommuner.

Tildelerenheten har ikke oversikt over alle boliger, da kommunale boliger fordeles i boligmøter, men kan henvise boligsøkere til bolig og eiendom og også hjelpe til med å sende søknad. Tildelerenheten har heller ikke oversikt over om det er brukere ved den psykiske helse- og rustjeneste, som har behov for bolig, og mener at den psykiske helse- og rustjeneste sikkert har egen oversikt over brukere som trenger bolig, som ikke er meldt til tildelerenheten.

Tildelerenheten har ikke spesielle møter med Flisabo, Heimly, Kjølørønningen eller Sønsterud bofellesskap. Dersom en bolig/rom her blir ledig, vurderer Tildelerenheten hvem som kan ha behov for en slik bolig, og oppretter kontakt med det aktuelle sted for tildeling av tilbud.



Figur 17. Kilde KOSTRA.



Figur 18. Kilde KOSTRA.

11.2.10.4 Boligtilbudets varighet

Leietiden i en kommunal bolig er som grunnregel beregnet til 3 år. Dersom behovet for kommunal bolig fortsatt er til stede når leiekontrakten utløper, må brukeren søke på nytt.

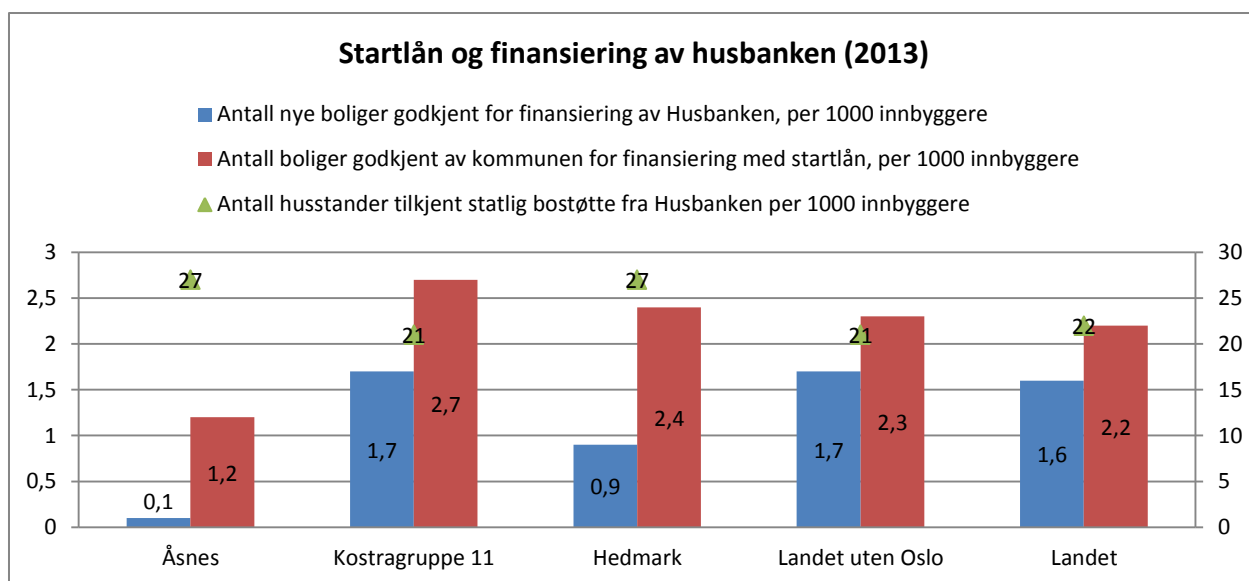
På Flisabo er det mest vanlig at botilbudet er av varig karakter.

11.2.10.5 Startlån og finansiering av Husbanken

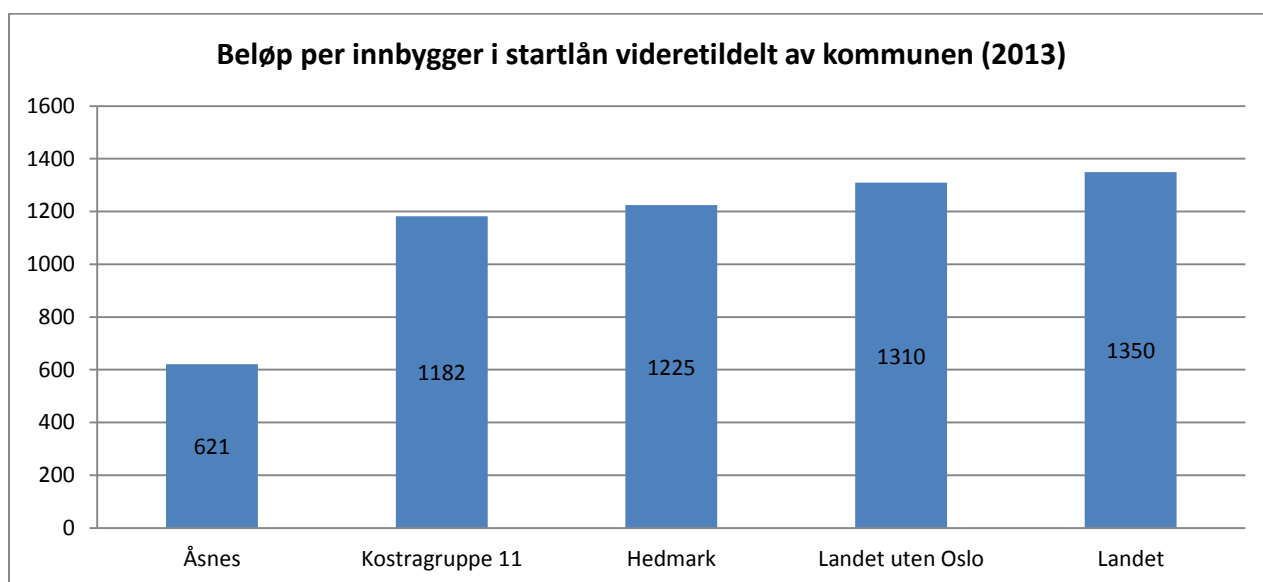
Kommunen har en generell målsetting om at alle skal kunne bo lengst mulig hjemme i egen bolig og/eller kunne bli i stand til å kjøpe egen bolig. Her kan startlån/husbankens midler, som NAV administrerer, være et aktuelt tiltak.

Åsnes kommunen har - ifølge KOSTRA – få boliger som er godkjent for finansiering med startlån, og få nye boliger som er godkjent for finansiering med Husbanken. Likevel er antallet av husstander som er tilkjent statlig bostøtte fra Husbanken høyt i sammenlikning med landet forøvrig (se Figur 19). Beløpet per innbygger i startlån er lavt (se Figur 20), mens beløpet for boligtilskudd til tilpasning av bolig er høyt i Åsnes (se Figur 21).

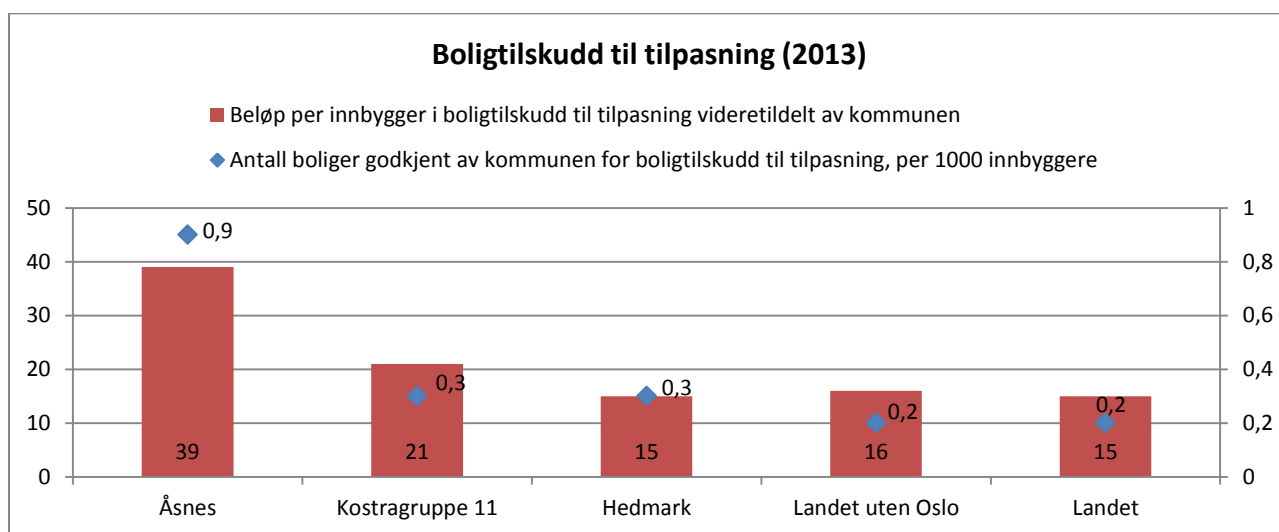
2014



Figur 19. Kilde KOSTRA.



Figur 20. Kilde KOSTRA.



Figur 21. Kilde KOSTRA.

11.2.10.6 *Generelt om kommunens botilbud*

Intervjupersoner mener at kommunen i hovedsak har nok boliger, altså at tilgjengeligheten på boliger er stor. Det synes likevel å mangle et tilbud til de personer som ikke klarer å skaffe seg bolig på egen hånd. Vi har fått opplyst at en del kommunale botilbud er i dårlig forfatning og ligger i utkanten. Her er leie- og boligprisene lavere.

Det går lang tid mellom hver gang det er ledige boliger til personer med psykiske helseproblemer/-sykdom. Tildelerenheten har hatt tre ledige leiligheter i løpet av tre år. Det kan derfor sies å være mangler i botilbudet innenfor psykiatri.

Andre intervjupersoner mener at kommunens botilbud generelt er bedre til personer med psykiske helseproblemer enn til personer med rusproblematikk. En svakhet i botilbudet er boliger for unge rusmisbrukere. En privat utleier leier ut boliger til denne brukergruppen, men disse boligene er av meget lav standard.

Intervjupersoner mener at det kan være uheldig å blande rus / psykiatri og eldre. Dette skjedde på Kjølarønningen og det har vært viktig å få til en fysisk skille mellom leilighetene for de to typen brukere.

Vi har fått opplyst at kommunen mangler treningsboliger og hybler for unge. Det kan være viktig for at unge skal kunne oppleve mestring. Dersom dette hadde vært tilgjengelig kunne kommunen ha gitt unge veiledning og satt dem i stand til å bo for seg selv.

Akuttboliger er som tidligere nevnt også en svakhet i botilbudet, og kommunen mangler midlertidige boliger som brukere kan få leie i en periode, mens de ordner seg varig bolig. Det å ikke ha bolig er et vesentlig «stressmoment» for personer som eksempelvis har sonet i fengsel eller som trenger ettervern etter avrusing.

Adekvat bosituasjon skal være en del av kommunens ettervern. Kommunens ettervern er derfor generelt ikke tilfredsstillende pga. boligmangelen til denne brukergruppe. Et slikt tilbud kan forebygge at brukeren kommer tilbake til sitt gamle rusmiljø.

Det er for øvrig en utfordring at en del brukere ødelegger boliger / leiligheter. Personer med psykiske lidelser og spesielt rusproblematikk kan ofte ødelegge for seg selv fordi de ødelegger en del ting, og det vil ta tid før dette blir reparert. Dette bidrar til at boligenes stand blir dårlig. Samtidig opplever kommunen at husleien kanskje ikke blir betalt. Dette bidrar til at rusmisbrukere er blant de vanskeligste å hjelpe i forhold til bolig. Rusmisbrukere bor i hovedsaken spredt rundt i kommunen. Det kan være en hensiktsmessig løsning fordi samling av rusmisbrukere kan bidra til at det oppstår et miljø rundt boligene.

Det fremgår av Åsnes kommunes planstrategi 2012-2015, at det skal utarbeides en boligsosial handlingsplan, som skal synliggjøre boligbehovet for vanskeligstilte. Kommunen har ikke hatt noen gjeldende overordnet boligsosial handlingsplan, men den eksisterende er under revidering og er nå på høring med frist den 30.11.14. Det er NAV som har ansvar for denne.

I St.meld. nr. 49 (1997-98) oppfordres kommunene til å utarbeide lokale handlingsplaner for boligetablering. Den kommunale boligsosiale handlingsplanen skal ta for seg vanskeligstilte på boligmarkedet og de som har problemer med å etablere seg og bli boende i bolig. Disse problemstillingene må sees i sammenheng med kommunens generelle boligpolitikk og øvrige planprosesser og plandokumenter.

11.2.11 Tema: Fastlegene og kommuneoverlege

Fastlegene har behandlingsansvar for sine pasienter. På området psykisk helse og rus varierer det hvilke oppgaver fastlegen utfører selv, og hvilke som blir henvist videre i systemet/til kommunal tjenesteyter.

Forøvrig har Åsnes kommune en kommuneoverlege som har en rådgiverrolle for ansatte i hele kommunens helse- og omsorgstjenester.

I e-post sendt den 25.09.14 og igjen den 20.10.14 har vi gitt kommunelegen anledning til å komme med informasjon og synspunkter knyttet til de problemstillingene prosjektet skal besvare. Vi har ikke mottatt svar fra kommunelegen.

11.2.12 Tema: Interkommunale samarbeider, prosjekter og spesialisthelsetjeneste

Åsnes kommune deltar i en rekke prosjekter med statlig/fylkeskommunal støtte og det er etablert flere interkommunale samarbeider.

I følgende kapitler presenterer vi de vesentligste prosjekter og samarbeider på dette tjenesteområdet.

11.2.12.1 *IKØ – interkommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud*

i 2016 vil det bli innført kommunal plikt til å etablere tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i kommunene. Dette er en del av samhandlingsreformen. Tilbudet skal gjelde for pasienter som har behov for akutt hjelp eller observasjon, men som ikke trenger sykehusbehandling. Målet er å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten for pasienter som kan ivaretas på et lavere nivå. Tilbudet fullfinansieres av staten.³⁶

Åsnes kommunen har pr dags dato ikke etablert løsning med senger for øyeblikkelig hjelp. Kommunen kan ikke etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud lokalt, da kommunen ikke har tilstrekkelig legetilsyn hele døgnet. Åsnes og Våler har derfor bedt om å bli en del av et nytt helsehus som er under planlegging i Elverum. Dette tilbudet er imidlertid forsinket og vil ikke bli ferdig før 2017. Åsnes har derfor kontaktet Sykehuset Innlandet for å høre om det er mulig å finne lokaler i tilknytning til legevakta i Elverum. Alternativt må kommunen søke om utsettelse ett år.

11.2.12.2 *GIL – Glåmdal interkommunale legevakt*

Åsnes kommune er tilknyttet legevakt i Elverum. Det er sjelden at det oppstår akutte situasjoner knyttet til psykisk helse og rus som kommunen ikke kan håndtere selv. I slike tilfelle kan kommunen / brukeren kontakte legevakten, eller akutteamet hos DPS.

11.2.12.3 *Glåmdal krisesenter*

Åsnes deltar i en interkommunalt samarbeid om Glåmdal krisesenter, som er et tilbud til kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner. Krisesenteret tilbyr ikke hjelp til voldsutøveren. Innbyggere kan ta direkte kontakt med krisesenteret, og alle ansatte har taushetsplikt. Senteret kan gi informasjon om rettigheter, råd og veiledning på telefon eller ved oppmøte, og være et midlertidig botilbud. Senteret gir bistand til å få kontakt med lege, advokat, politi, sosialkontor eller andre hjelpeinstanser.

³⁶ Helsedirektoratet: Øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommune.

11.2.12.4 *Brukerstyrt plass ved Kongsvinger DPS, Døgnerheten*

I oktober 2013 startede DPS Kongsvinger opp med én brukerstyrt plass ved døgnerheten. Formålet er at pasient/bruker får innleggelse etter avtale når han/hun har behov for det for å forebygge alvorlige forverringer i sykdom/fungering. Pasienten/brukeren bestemmer selv varigheten av oppholdet, inntil fem døgn.

Åsnes kommune kan benytte seg av dette tilbudet, og har også noen brukere med avtale om brukerstyrt seng. Kommunen har gode erfaringer med dette tilbudet, hvor bruker selv får være med å styre bruken av innleggelse på DPS. Det gir stor grad av brukermedvirkning, og det kan forebygge akutte situasjoner med bruk av makt og tvang.

Forøvrig arbeides det i Sykehuset Innlandet med et tilbud om en «psykiatri-ambulans», som vil bedre tilbudet og håndteringen av pasienter som trenger akuttinnleggelse i spesialisthelsetjenesten.

11.2.12.5 *Akutteam*

Åsnes kommune samarbeider med DPS og deres akutteam. DPS forsøker nå å få til en løsning der akutteamet er tilgjengelig fram til kl. 19 på hverdager. Målet er akutteam 24:7.

11.2.12.6 *ROS-prosjektet*

Prosjekt ROS³⁷ er et utviklet samarbeid mellom kommunene Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog, Grue og Åsnes. Prosjektet driftes av KoRus-Øst (Kompetansesenter Rus – region øst), som arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Prosjektet forsøker å etablere en tidlig innsats, særlig overfor unge mennesker som sliter med rus- og psykiske problemer. Det er to prosjektansatte (tilknyttet DPS) som er organisert slik at de er ute i alle seks kommuner på planlagte tidspunkter. I Åsnes er ROS-konsulent ute i kommunen en halvdag pr. uke, og da avholdes det møte med rusrådgiver.

ROS har hatt hovedfokus på den forebyggende innsats mot unge mellom 16-23 år. Man ønsker å fange opp de som er i ferd med å falle ut av hverdagen, enten det dreier seg om rus, spilleavhengighet eller psykiske helseproblemer.

ROS har til nå vært prosjektbasert, men planen er at det skal bli et fast tilbud/tiltak.

Vi har fått opplyst at informasjonsbrosjyre om ROS-prosjektet er levert ut til alle kommunale enheter, politi mv.

11.2.12.7 *Kulturnettverket*

Åsnes kommune er en del av kulturnettverket, som er et nettverk mellom kommuner, DPS og sykehus. Målet for nettverksarbeidet er økt samhandling på tvers med tanke på aktivitetstilbud, samt erfaringsutveksling og kompetanseheving. Nettverket arrangerer ulike tilbud til alle som har en psykisk helseplage, både innen kulturlivet, fysisk aktivitet og friluftsliv. Alle som mottar tjenester fra medlemskommuner, DPS eller SIHF Sanderud kan delta. Tilbudene benyttes som virkemiddel i behandling/ rehabilitering, og som helsefremmende og meningsfull hverdagsaktivitet.

³⁷ Regionalt Oppsøkende Samhandlingstiltak

11.2.13 Tema: Øvrige tilbud

Noen brukere innenfor den psykisk helse og rusomsorg har støttekontakt, men det gjelder et fåtall. Vi har fått opplyst at det har vist seg vanskelig å få løsning med støttekontakt til å fungere godt i praksis. På Flisabo har 4 av 8 brukere støttekontakt. De resterende beboere ønsker ikke / har ikke behov for støttekontakt.

Kommunen har tilbud om brukerstyrt personlig assistent (BPA), men det blir lite brukt av den psykiske helse- og rusomsorg. Det har vært anvendt tidligere. Det er ViTT og Hjemmetjenesten som administrerer denne tjenesten.

Åsnes Frivilligsentral kan være en aktuell aktør for noen i brukergruppen med psykisk helseproblemer og/eller rusmiddelmisbruk. Ved frivilligsentralen kan bruker delta på en rekke aktiviteter som stavgang, hobbyaktiviteter mv. Frivilligsentralen fungerer som en formidler og koordinator av frivillig innsats både fra privatpersoner og organisasjoner. Frivillighetssentralen er eid av Åsnes Sanitetsforening, Hof Helselag, Åsnes lag av LHL, Åsnes kirkelige fellesråd og Væstsia Vel.

11.2.14 Tema: Pårørende

Kommunen har ikke noe fast organisert tilbud til pårørende, f.eks. grupper hvor pårørende kan møtes og utveksle erfaring etc. DPS har tilbud om pårørendegruppe til rusmiddelavhengige og i Elverum er det et tilbud som heter *Familieklubben*, som er for rusmisbrukere og deres familie. Kommunen har hatt ønske om å ha et mer etablert tilbud til pårørende, men er usikre på om grunnlaget er stort nok. Ifølge ViTT's strategiplan 2014-2015 skal det opprettes en selvgående pårørende-gruppe i regi av ViTT, med frist i november 2014.

I enkelttilfelle blir det avholdt nettverksmøter med pårørende, og pårørende deltar ofte i ansvarsgrupper rundt den enkelte bruker. Ved den psykiske helse- og rustjeneste får brukere tilbud om å ha pårørende med i samtaler, når det kan være formålstjenlig. En del pårørende tar også kontakt med tjenesteyter fordi de er bekymret for sine. Dersom brukeren er myndig, må han/hun gi samtykke til at kommunen kan gi ut opplysninger om brukeren.

Tildelerenheten inkluderer i mange tilfelle pårørende ved vurderingsbesøk og tildelinger av tjenester, der det er viktig for brukeren.

På Flisabo har de fleste pasienter en verge. Flisabo har et pårørendemøte når beboeren flytter inn, og har ellers «åpne dører» for pårørende når de ønsker kontakt. Flisabo har egen rutine for pårørendemøter.

LPP (landsomfattende ideell interesse- og brukerorganisasjon for pårørende innen psykisk helse) er ikke etablert i Åsnes, men det er en aktiv avdeling av Mental Helse og et råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne i kommunen.

11.2.15 Tema: Kompetanse

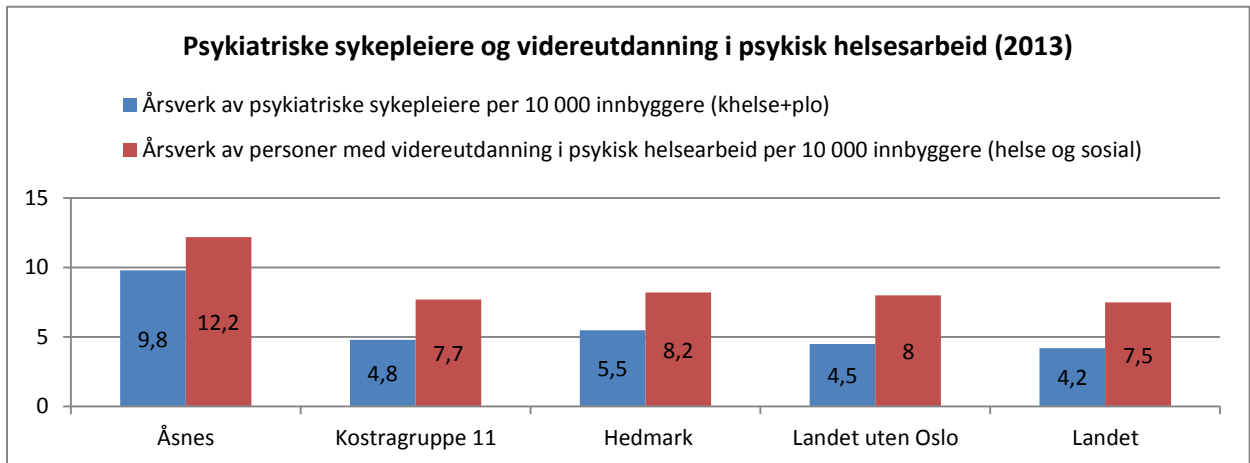
Samhandlingsreformen utfordrer i stor grad kommunens behov for spesialisert kompetanse, fordi kommunene får mer krevende pasientgrupper og oppgaver.

Kompetanseløftet er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene. Kompetanseløftet inneholder strategier og tiltak som skal bidra til å sikre

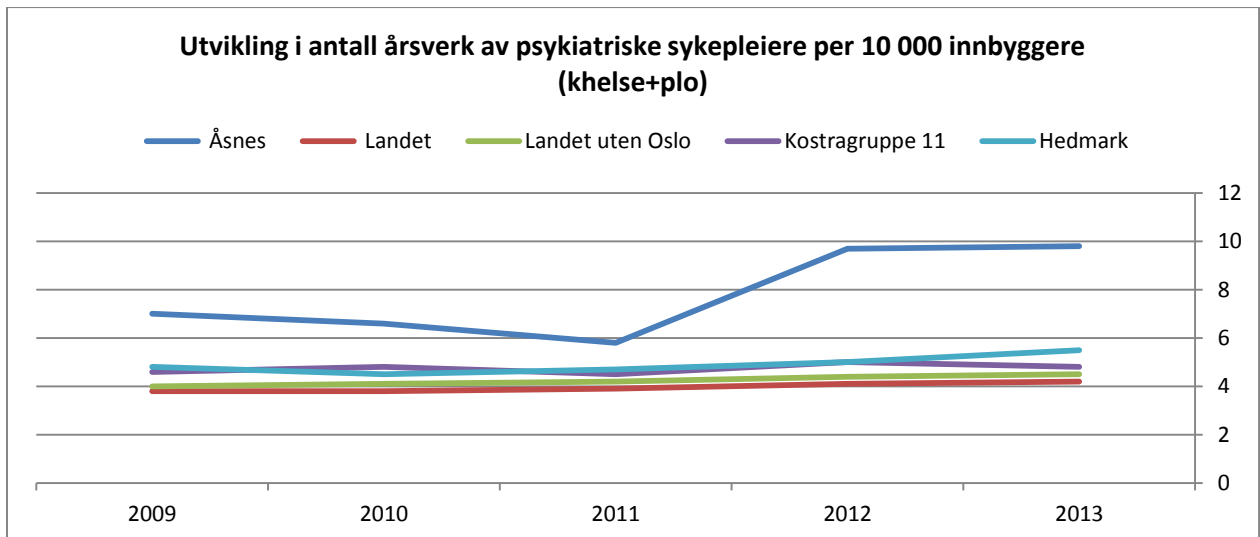
tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning i omsorgstjenestene, og betyr også at det er innvilget øremerkede midler innen pleie og omsorg i Åsnes kommunen.³⁸

Flere intervjupersoner fremhever at de ansattes kompetanse er en styrke i kommunen. God kompetanse hos de ansatte bidrar til at kommunen kan håndtere flere situasjoner selv, og det blir lettere å ha et godt samarbeide med spesialisthelsetjenesten.

Tall fra KOSTRA bekrefter at kommunen har mange årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid eller som er psykiatriske sykepleiere, og at Åsnes kommunen på dette punktet legger vesentlig over nivået for øvrige kommuner (se Figur 22). Samtidig har det vært en markant økning i antall årsverk fra 2009-2013 (se Figur 23 og Figur 24).

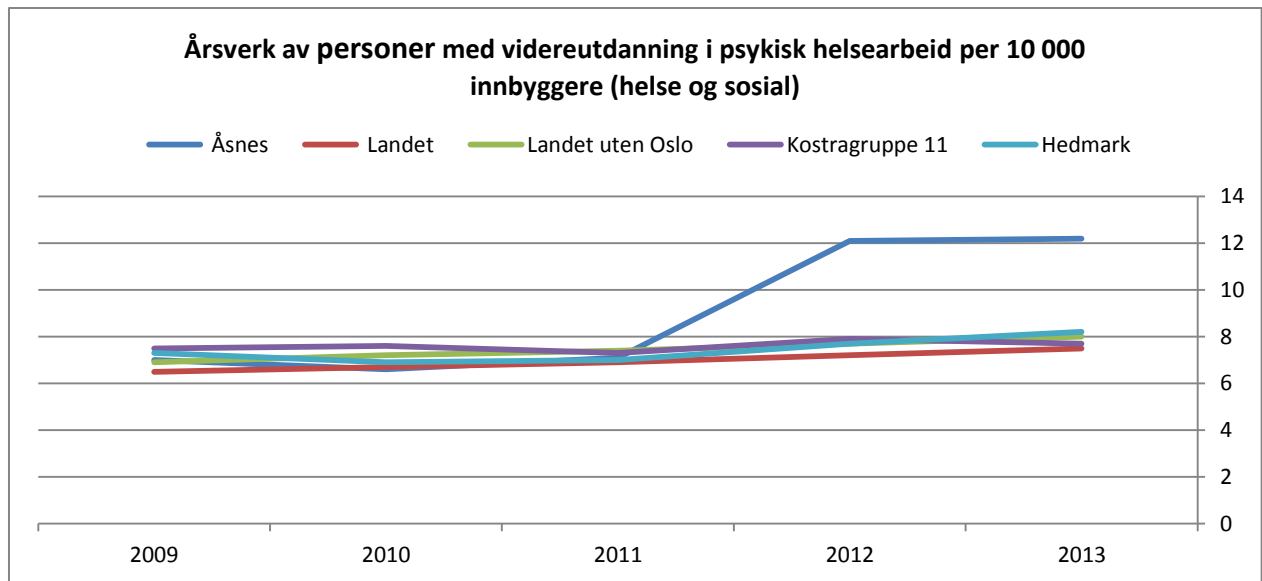


Figur 22. Kilde KOSTRA.



Figur 23. Kilde KOSTRA.

³⁸ Kilde: Årsmelding og regnskap 2013 for Åsnes kommune s. 54.



Figur 24. Kilde KOSTRA.

11.2.15.1 *Kompetanse: Psykisk helse- og rustjeneste*

Den psykiske helse- og rustjeneste har ansatte med variert utdanningsbakgrunn, herunder sykepleiere, vernepleiere, en barnevernspedagog og en fagarbeider. Alle ansatte har en videreutdanning, eksempelvis innen psykiatri, rus, kognitiv terapi etc. Dette bidrar til bredde i kompetanse og er en styrke for avdelingen. Alle ansatte har minimum 3 års høyskoleutdanning, og 1 års videreutdanning (med unntak av fagarbeider i 40% stilling). Virksomheten forsøker å fordele brukerne slik at den som har best kompetanse på det brukeren strever med, får brukeren. Det er likevel slik at brukeren kan bytte terapeut dersom det ikke fungerer godt.

De ansatte kan benytte en del terapeutiske metoder, og de fleste ansatte har kompetanse i kognitiv terapi og motiverende intervju. I tillegg bruker de metoder som Beck Depression Inventory (BDI), Klinisk Angst Skala (KAS), Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT) mv.

De ansatte diagnostiserer ikke, men kan ut i fra screening og kartleggingsmetoder ha en hypotese som de kan arbeide ut i fra. Avdelingen har lavt sykefravær, og det er blitt sagt at «*de ansatte har en del spisskompetanse, og de har forebyggende folkehelse i ryggmargen*». Få akutte tilfeller i kommunen kan være et tegn på tidlig innsats og at kommunen kan håndtere en del situasjoner selv.

Psykisk helse og rustjeneste har veiledning med DPS hver 6. uke. Fra september 2014 har de mulighet til å kontakte psykologspesialist hos DPS. Helseforetakene har etablert såkalte lærings- og mestringsverksteder, som er en nasjonal satsing innen fagfeltet pasient- og pårørende-opplæring.³⁹ Den viktigste oppgaven er å drive opplæring av helsepersonell innen helsepedagogikk. To ansatte i tjenesten har gjennomført opplæring i helsepedagogikk i 2013, og det har blitt etablert kommunal veiledningsgruppe i motiverende intervju i regi av lærings og mestringssenteret i etterkant av kurset.

Den psykisk helse- og rustjeneste vurderer at de har høy kompetanse, men at de kunne styrkes i forhold til vurdering av selvmordsrisiko, psykose, selvskading, personlighetsforstyrrelser mv.

³⁹ http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss/_/avdelinger/_/lering-og-mestringssenteret_

En del ansatte ved den psykiske helse- og rustjeneste har kurs knyttet til vurdering av selvmordsrisiko og vet hva de skal spørre om for å kartlegge eventuell risiko. Det er imidlertid ikke utarbeidet skriftlig prosedyre for vurdering av selvmordsrisiko. Det er ikke-skriftliggjort rutine for å ringe fastlege og/eller DPS i slike situasjoner. Praksis er at psykisk helse- og rustjeneste kartlegger ift. selvmordsrisiko, og på bakgrunn av dette kontakter fastlege, legevakt eller spesialisthelsetjenesten som gjør vurderingen av selvmordsrisiko og eventuelt sørger for at pasienten blir innlagt.

Den psykiske helse- og rustjeneste kan fatte vedtak om tvang etter helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 og 10-3. De har ikke fattet slikt vedtak ennå, men følger mal fra KoRus Øst og vet hva de skal gjøre og hvordan de skal gå frem. Dersom det er aktuelt med tvang i andre sammenhenger, tar de kontakt med fastlege, og samarbeider med politiet eller skriver henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

11.2.15.2 *Kompetanse: Tildelerenheten*

Flere intervjupersoner mener at kompetansen på tildelerenheten i relasjon til psykisk helse og rusproblematikk, er svak, og at denne bør styrkes. Denne oppfatting deler tildelerenheten også i noen grad selv. De er få ansatte og kan vanskelig ha kompetanse på samtlige tjenestoområder.

Ansatte opplever at kommunen dekker utdanning så fremt det er relatert til den jobben du har, men at tidsbruken må vurderes. Noen enheter er underbemannet og føler at de må prioritere direkte tjenesteproduksjon fremfor kompetanseheving.

11.2.15.3 *Kompetanse: NAV*

Ansatte ved NAV har ikke nødvendigvis spesifikk kunnskap om rus og psykiatri, men de skal ha god veiledningskompetanse i forhold til det de har ansvar for og det NAV skal gjøre. Ansatte ved NAV har typisk bachelor eller master knyttet til sosialt arbeid, pedagogikk, veiledning mv. Alle ansatte har deltatt på opplæring i motiverende intervju, har kunnskap om veiledning og kurs i gjeldsrådgivning mv. I tillegg tilbyr DPS og fylkesmannen kurs og opplæring.

11.2.15.4 *Kompetanse: ViTT*

ViTT har generelt et høyt kunnskapsnivå og dette er noe virksomheten gjerne vil fremheve som positivt ved virksomheten. ViTT har ikke ansatte som behersker kognitiv terapi, ettersom denne metoden er lite egnet på brukergruppen som de jobber med. Flere av ViTT's ansatte har kurs eller utdanning som omfatter motiverende intervju. Virksomheten benytter målrettet miljøarbeid og adferdsterapi mv. som metoder.

ViTT har noen av de mest krevende brukere som kan være vanskelige å hjelpe. Kombinasjon av nedsatt funksjonsevne og psykiske lidelser er meget krevende, og det samme gjelder nedsatt funksjonsevne og rus. ViTT ønsker økt kompetanse på ulike typer nedsatt funksjonsevne og psykiske lidelser (dobbel diagnose gruppe).

De brukerne som har miljøarbeidertjenester fra ViTT er ofte kronikere. Sett fra ViTT sitt ståsted kunne det vært hensiktsmessig å «dele brukere» med eksempelvis psykisk helse, slik at ViTT også fikk en annen type brukere enn kronikkene. Det kunne bidra til læring og variasjon for de ansatte.

Dersom det oppstår situasjoner hvor det er nødvendig å bruke makt eller tvang, så kontakter ViTT brukerens lege eller politiet. ViTT har en rekke standarder som beskriver håndtering og rutiner ved

situasjoner med makt og tvang. Dette innbefatter prosedyre for saksbehandling, personaloppfølging osv.

ViTT har ingen egne rutiner for vurdering av selvmordsrisiko, men prøver å forebygge dette ved å se på signalene, eventuell sette inn ekstra bemanning. Ved selvmordsforsøk handler ViTT som nødvendig og kontakter politi, ambulanse, lege, eventuelt også Sanderud om innleggelse med tvang. ViTT er ekstra oppmerksomme når bruker blir skrevet ut fra Sanderud og prøver å følge opp tett. Hvis det er dødsfall har ViTT rutiner og innkaller politi og lege slik at de tar vurderinger om eventuell obduksjon. ViTT vurderer at de trenger kompetanseheving på feltet selvmordrisikovurdering, og vil kunne lære noe via internundervisning fra Flisabo.

Kriseteam og ambulerende team hos DPS gir veiledning, men de ansatte ønsker opplæring. Vi har fått opplyst at det er begrenset med midler til opplæring for ansatte i ViTT.

11.2.15.5 *Kompetanse: Flisabo*

På Flisabo er leder sykepleier med videreutdanning i psykiatri og geriatri, mens øvrige ansatte er helsefagarbeidere og hjelpepleiere, hvorav 8 av 14 fast ansatte med fagarbeiderutdanning har videreutdanning / etterutdanning i psykiatri. I tillegg har de noen sykepleier- og vernepleierstudenter. Flisabo har ansatte med lavt sykefravær, liten turnover og som har opparbeidet seg god kompetanse. Flisabo har kr 5.000 pr år til kurs og opplæring. Med ni årsverk og 15 fast ansatte blir det begrenset med opplæringstiltak som koster penger, og de kan stort sett bare delta, dersom det er gratis.

Flisabo legger vekt på å ha gode rutiner og klare planer (holdningsplaner) tilpasset hver enkelt bruker for blant annet å forebygge uro, manipulering og å trygge personalet. Grensesetting er viktig overfor brukergruppen ved Flisabo, og det er derfor en hårfin grense mot misbruk av makt. Det har Flisabo fokus på og det blir brukt som tema for refleksjon.

Ansatte på Flisabo ønsker å høyne egen kompetanse på vold og utagerende atferd og avhengighet / rusproblematikk. Flisabo har pr i dag ingen beboer som er fysisk utagerende. Vi har fått opplyst at det har forekommet tidligere, samtidig som det er risiko for fysisk, utagerende adferd knyttet til beboergruppen. Videre har vi fått opplyst at det forekommer en del verbal utagerende atferd. Leder ved Flisabo peker på at ansatte på ViTT har god kompetanse på vold og utagerende atferd. Det planlegges derfor internundervisning i regi av ViTT i høst. Flisabo har for øvrig utarbeidet skriftlig rutine vedrørende rusmisbruk.

Ansatte ved Flisabo har gjennom utdanning og kurs oppnådd nødvendig kompetanse på selvmordsrisiko og de har en åpen dialog og drøfter utfordringer knyttet til dette for aktuelle beboere. Dersom de vurderer at det kan være risiko for selvmord, så kartlegger de hvor langt vedkommende har kommet i prosessen. De har prosedyre knyttet til vurdering av selvmordsrisiko og selvmord/dødsfall.

11.2.16 Tema: Lett tilgjengelige tjenester

11.2.16.1 *Kommunens hjemmeside*

Det er egne sider på kommunens hjemmeside som beskriver tjenestetilbudet innenfor psykisk helse og rusomsorg. Sidene virker ikke oppdaterte og det kan være vanskelig å finne nødvendig informasjon.

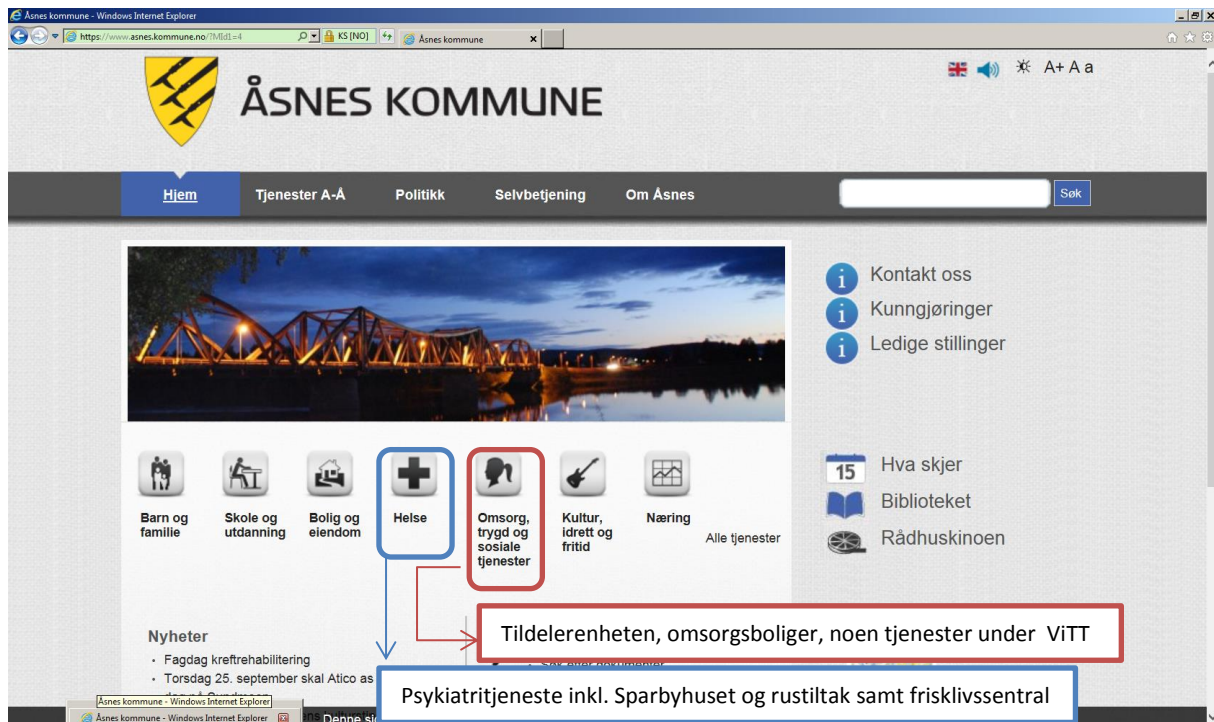
Eksempelvis er siden som beskriver botilbudet på Kjølarønningen sist endret i januar 2012 og informasjonen som fremgår er ikke korrekt og oppdatert (se Figur 25). Det står at man søker om disse boligene ved å sende søknad til avdelingen eiendom og beredskap eller hjemmetjenesten. Deler av bo-

tilbudet i Kjølærønningen er omsorgsboliger, som er en del av tjenesteområdet under ViTT og disse boliger søkes og tildeles via tildelerenheten.



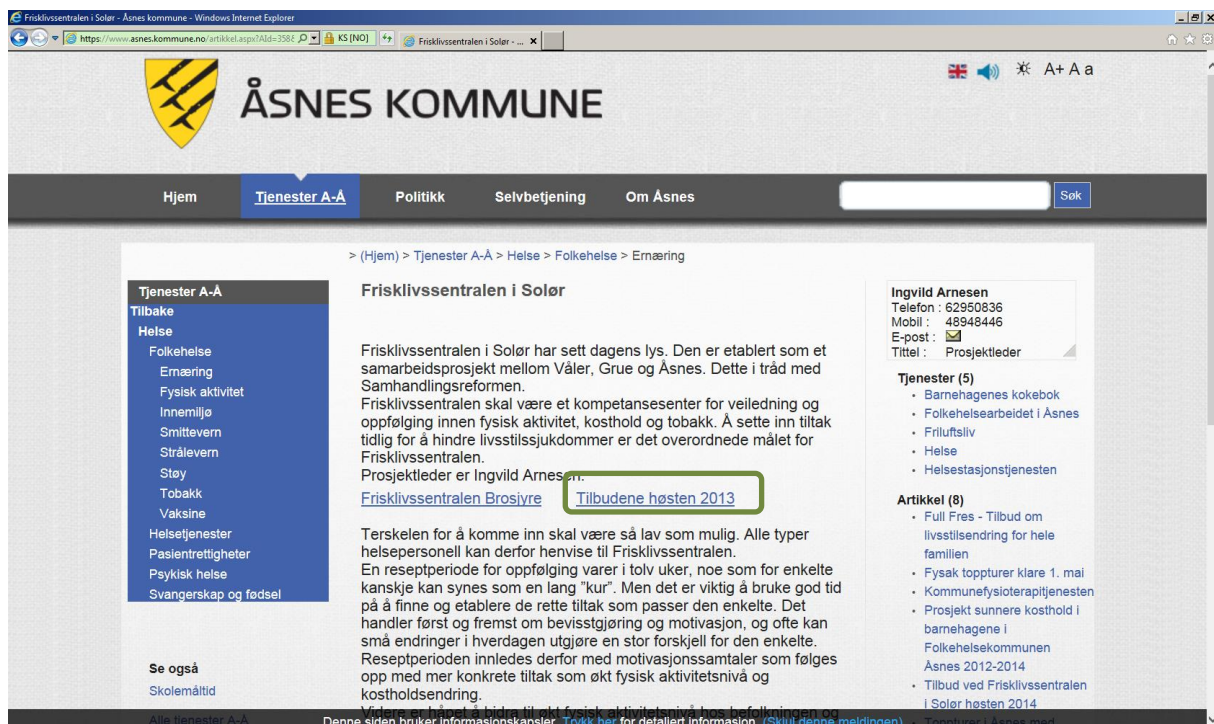
Figur 25. Det er tatt bilde fra kommunens hjemmeside den 17. september 2014.

For utenforstående kan det være vanskelig å vite, hvor man finner informasjon om relevante tjenester på kommunens hjemmeside. Psykiatritjenesten og herunder Sparbyhuset dagsenter og beskrivelse av rustiltak finnes under helse, mens Flisabo omsorgsbolig og tildelerenheten finnes under Omsorg, trygd og sosiale tjenester. Miljørettet arbeid/veiledning og flere av de øvrige tilbudene under ViTT samt frisklivssentralen er vanskelig å finne på den kommunale hjemmeside, medmindre man vet hvordan tjenestene benevnes og under hvilken enhet de er organisert (se Figur 26) .



Figur 26. Det er tatt bilde fra kommunens hjemmeside den 17. september 2014.

Frisklivssentralen i Solør er beskrevet på egen side på kommunens hjemmeside. Her mangler det også oppdatert informasjon, i og med at det er link til beskrivelse av tilbudene for høsten 2013. Det finnes ikke noen beskrivelse av tilbudet vår eller høst 2014 (se Figur 27).



Figur 27. Det er tatt bilde fra kommunens hjemmeside den 17. september 2014.

Forøvrig står det på en av kommunens sider beskrevet at tildelerenheten er organisert under hjemmetjenesten. Det er ikke korrekt. Per 25.08.14 var tildelerenheten organisert under kommunalsjef helse og omsorg. Beskrivelse av kommunens rustiltak er knapt beskrevet på

hjemmesiden, selv om det er egen fane for tjenestetilbudet og generelt er sidene som omhandler psykisk helse sist oppdatert i januar 2012.

Intervjupersoner gir forøvrig uttrykk for at kommunens hjemmeside bør forbedres og oppdateres på tjenesteområdet for psykisk helse og rus.

Brukere finner typisk frem til tildelerenheten via servicekontoret eller kommunens hjemmeside. Skjemaet for søknad om tjenester er å finne på kommunens hjemmeside. Det samme skjema anvendes for alle typer tjenester.

11.2.16.2 *Ventetid på tjenester og delegering av ansvar*

Virksomhetene må sikre at tjenester blir utført og kan tildeles ved lederes fravær. Samtidig skal saksbehandlingstiden ikke overskrides.

I ViTT har virksomhetsleder det overordnede økonomiansvaret for hele virksomheten, mens avdelingsleder har delegert ansvaret for (bemanningen) fag, økonomi og personal. Terapeuter har delegert myndighet slik at vedkommende kan ta nødvendig beslutninger ved overordnede fravær. ViTT er betjent 24:7 slik at det alltid er mulig å få tak i noen på tlf. mv.

Det er ikke ventetid på tjenester fra ViTT. Når vedkommende har fått vedtak om en tjeneste, så vil ViTT yte tjenester. Det kan forekomme at vedkommende ikke får alle vedtakstimer umiddelbart som følge av begrensninger mht kapasitet. ViTT er en døgnåpen tjeneste.

Saksbehandlingstiden på tildelerenheten er maksimalt tre uker, og dersom det er akutt tar det 0–3 dager før vedtak er fattet. Bruker får raskt hjelp. Er det akutt så tar de kontakt med utfører for å sørge for at hjelp blir iverksatt. Alle vedtak om tjenester signeres av leder for tildelingsenheten samt den som fatter vedtaket. Hjemmetjenesten er en form for back-up løsning, og tjenester blir iverksatt selv om tildelingsenheten ikke skulle være betjent pga. kveld, helg eller annet fravær. Det skjer at hjemmetjenesten også tildeler tjenester utover de som er akutte. Dette blir iblant nødvendig pga. lite ressurser hos tildelerenheten.

Leder av NAV og to andre ansatte har anvisningsmyndighet, og det vil alltid være en ansatt med anvisningsmyndighet tilstede. NAV har brosjyre for kvalifiseringsprogrammet, men ikke for øvrige av deres tjenester. Brukere vil få informasjon om hva de kan forvente, saksbehandlingstid mv i mottaket på NAV.

Vi har fått opplyst at den psykiske helse- og rustjeneste til nå ikke har hatt ventetid på tjenester, men de har måtte vurdere omfanget av timer for enkelte brukere for å få det til i praksis. Den siste måneden har de imidlertid hatt venteliste, slik at fem-ti personer venter på vurderingssamtale og fem personer har hatt vurderingssamtale og venter på tjenester (samtaler). Det hender at nye brukere henvender seg fysisk hos psykisk helse- og rustjeneste, selv om dette ikke er vanlig. Sparbyhuset dagsenter ligger i 1. etg og Psykisk helse- og rustjeneste ligger i 2. etg.

Den psykisk helse- og rustjeneste har nedskrevne rutiner for praksis ved ansattes ferie og fravær, som sikrer at brukere også kan motta tjenester i slike tilfelle.

11.2.16.3 *Åpningstider, kontakt og informasjon om tjenestene*

Tildelerkontoret har åpent fra 8-15.30 alle hverdager. Det er ingen spesifikk telefontid.

NAV Åsnes er åpent for brukere fra kl. 09.00 – 14.30 alle dager utenom onsdag. Telefontiden er fra 09.00 – 14.30 alle dager. Alle telefonhenvendelser via sentralbord skal besvares innen 48 timer, og det klarer NAV Åsnes i 89 % av tilfellene. Veileder for ungdom kan nås via mobiltelefon, mens øvrige ansatte skal kontaktes gjennom sentralbord.

Den psykisk helse- og rustjeneste er åpen på dagtid. Tjenesten har ikke kontoransatt, og de ansatte vil ofte være opptatt i møter og ha samtaler med brukere, slik at de kan være vanskelige å få tak i. Telefonene går til servicetorget som ser om og når ansatte er ledige. Alle fastleger mv. har direkte nummer til de ansatte. Alle ansatte har mobiltelefoner og bruker SMS med brukere / pasienter som de har et bruker-/pasientforhold til. Brukere kan forøvrig få informasjon om tilbudet ved Sparbyhuset fra fastlege eller eksempelvis ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten.

Kommunen har utarbeidet serviceerklæring for en rekke av tjenestene, men flere er ikke blitt vedtatt av kommunestyret eller dato for godkjenning i kommunestyret er ikke angitt. Serviceerklæringer for helseavdelingen, herunder for psykisk helse- og rustjeneste og Sparbyhuset dagsenter, ble sist godkjent av kommunestyret i desember 2012. Serviceerklæringer for noen tjenester er heller ikke oppdatert på kommunens hjemmeside. Det gjelder f.eks. Flisabo, hvor det er en ny serviceerklæring, som dog ennå ikke er godkjent av kommunestyret.

11.2.17 Tema: Ansattes sikkerhet og voldsrisiko

Personer med rusmiddelproblemer oppholder seg ofte i miljøer der voldsbruk er vanlig, dette kan øke risikoen for vold. Kombinasjonen av alvorlig psykisk lidelse eller dyssosial personlighetsforstyrrelse og ruslidelse er også en sterk prediktor for vold. Brukergruppen som den psykisk helse- og rusomsorg er i kontakt med er derfor blant de hvor det potensielt kan være en voldsrisiko – også mot de kommunalt ansatte. Alenearbeid øker risikoen for å bli utsatt for vold, liksom også arbeid som dreier seg om å fordele knappe gode, veilede, sosialisere og bruke grensesetting innebærer økt risiko for vold og trusler om vold. Lav kompetanse blant ansatte kan også øke risikoen for voldsepisoder.⁴⁰

Den psykisk helse- og rustjeneste i Åsnes har frem til nå ikke opplevd voldelig episoder mot de ansatte. Ansatte på den psykiske helse- og rustjeneste har egne kontorer uten egen rømningsvei. Noen ansatte deler kontor. De ansatte er oppmerksomme på å være strategiske med hensyn til hvor de setter seg i møte med bruker, hvis de skal kjøre i bil med bruker mv. Forøvrig foretas det alltid en risikovurdering, og de møter som oftest opp med to ansatte ved vurderingssamtaler, enten det er på et hjemmebesøk eller det er på kontoret. Når de får en ny bruker, så benytter de en inntakstjournal, hvor brukeren blir spurt om temaer som bruk av våpen, utsatt for vold, utøvd vold etc.

Psykisk helse- og rustjeneste reiser alene ut til kjente pasienter hvor det ikke er vurdert å være voldsrisiko. Oppsøkende virksomhet blir gjort når vedkommende bruker/pasient ikke har anledning til å komme til kontoret.

De ansatte ved psykisk helse- og rustjeneste oppbevarer ikke eller deler ut medikamenter. Imidlertid reiser ansatte ved hjemmesykepleien ofte ut alene til psykisk syke personer og/eller rusmisbrukere. Hjemmesykepleien har ansvar for medisinerings.

Ansatte ved ViTT reiser ut to sammen, hvis de usikre med hensyn til brukeren og de ansattes sikkerhet. I andre tilfeller reiser de ut alene. Ansatte har kurs i selvforsvar og skal kunne forebygge vold og

⁴⁰ Kilde: Fafo 2009: Vold og trusler om vold i offentlig sektor.

utagerende oppførsel, og dersom det oppstår kunne trekke seg ut av situasjonen. Ved behov kontakter de også politiet.

De ansatte på tildelerenheten reiser normalt ikke ut alene, men det forekommer. Ved tildelerenheten har det ikke vært episoder med fysisk vold, men det er situasjoner med verbale angrep, og dette innvirker psykisk på ansatte. Det kan være både ubehagelig og tøft å stå i slike situasjoner med pårørende/brukere.

De ansatte ved NAV Åsnes har direkte alarm til lensmannen som sitter i samme bygg som dem. NAV Åsnes har hatt fokus på sikkerhet og beredskap, jf. tragisk hendelse hos et NAV-kontor i Oslo. Det skal alltid være to ansatte i mottaket hos NAV Åsnes, og det er etablert fysiske sperrer som styrer hvor brukere kommer inn. NAV Åsnes har endret innredning på kontorer slik at ansatte sitter nær døra og kan komme seg ut av situasjonen og det er to rømningsveier. Det må benyttes nøkkel for å låse inngangsdør og det finnes kikkhull i døren mv.

Det er lav toleranse for vold og trusler på NAV, og i slike tilfeller blir bruker utestengt i tre måneder. NAV Åsnes har opplevd trusler. Hvis ansatt skulle bli utsatt for vold og trusler benytter NAV bedriftshelsetjenesten og det er etablert rutiner for debrifing.

Flisabo er opptatt av sikkerhet og trygghet på arbeidsplassen, og det er rømningsveier og utarbeidet skriftlige rutiner for de ansattes sikkerhet. Dersom det er behov, eksempelvis ved pasient som er krevende / utagerende e.l. så styrkes bemanningen på natt. Nattevakten er i regelen alene, men omsorgsboligen ligger tett ved sykehjemmet, hvis det skulle skje noe.

De ansatte ved den psykiske helse- og rustjeneste gjennomfører nå et selvforsvarskurs, hvor de også lærer seg teknikker for å unngå at situasjoner oppstår eller for å komme seg ut av situasjoner. De ansatte på Flisabo skal også delta på dette selvforsvarskurs, hvis de får midler til å delta.

11.3 Revisors vurdering : Problemstilling 1

Med bakgrunn i funn slik disse fremkommer i forrige kapittel, vil vi i dette kapittelet vurdere innsamlede data opp mot revisjonskriteriene. Revisor vurderer om praksis eller tilstand er i tråd med kriteriene. På grunnlag av vurderingene trekke vi en samlet konklusjon på problemstilling 1, som fremgår sist i dette kapittelet.

11.3.1 Tjenestetilbudet / bredden i tjenestetilbudet

Våre data tilsier at Åsnes kommune har et godt og bredt tilbud til innbyggere med psykiske helseproblemer- og/eller rusproblemer. Det er generelt kort ventetid og enkelt å få tilgang til tjenester.

Tilbudet ved den psykisk helse- og rustjenesten er et velfungerende og romslig tilbud med lav terskel for hjelp og lite ventetid. Flere har også omtalt denne enheten som en styrke ved kommunens tilbud. Kommunen vektlegger den forebyggende innsats, noe som bidrar til at kommunen har relativt få akuttinnleggelser. Noen intervjupersoner har imidlertid inntrykk er at psykisk helsetjeneste i liten grad jobber hjemme hos brukerne eller oppsøkende, og mener at denne innsatsen burde prioriteres høyere.

Kommunen har en rekke lavterskeltilbud, som Sparbyhuset dagsenter, Møteplassen for rusmiddelbrukere og Frisklivssentralen. Det er vide åpningstider på Sparbyhuset og personale som

bidrar til aktivitet og organisering. Det anses som nødvendig og positivt. Frisklivssentralen har behandlingstiltak for å etablere godt kosthold og fremme fysisk aktivitet og diverse kursaktiviteter. Frisklivssentralen kan også tilby hjelp til røykeslutt og har noe kompetanse på forebygging av søvnvansker.

Regjeringens mål er at tjenestene til personer med rusproblemer skal integreres i det ordinære tjenesteapparatet og ikke som særomsorg.⁴¹ Det å flytte rusomsorgen fra NAV til å inngå som en del av kommunens psykiske helseomsorg, kan bidra til at rusomsorgen blir bedre integrert i kommunens øvrige tilbud, og at rusmisbrukere derfor får et bedre helhetlig tilbud med krav på fysioterapi, legetjenester, psykisk helsetjeneste etc. på lik linje og på samme måte som øvrige grupper. En ny forskningsstudie konkluderer med at det organisatoriske skille mellom rusfeltet og den psykiske helsetjeneste i mange kommuner står i veien for å få til integrerte tjenester til målgrupper med samtidig rus- og psykiske lidelser.⁴² At Åsnes kommune nå har integrert rusomsorgen i den psykiske helsetjeneste sees derfor som positivt og et steg i riktig retning.

Kommunen har egne rusmiddelrådgiver og inngår i det interkommunale ROS-samarbeidet. Kommunen har samtidig vært aktiv i forhold til å søke om prosjektmidler og har fått tilskuddsmidler knyttet til prosjektet «*Samhandlingsmodeller innen rusfeltet*» og *Fønix-prosjektet*. *Fønix-prosjektet* fokuserer på lavterskeltilbud med aktivitet / arbeid og sosialtrening for aktive rusmisbrukere som ikke er i stand til å organisere egen arbeidsdag / aktivitet. Dette er noe kommunen frem til nå har manglet. Det andre prosjektet - «*Samhandlingsmodeller innen rusfeltet*» - skal bidra til å gi et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer.

Kommunen kan likevel ha svakheter i innsatsen overfor rusmiddelmisbrukere, særlig når det angår avrusing og ettervern. Det er mangel på akuttboliger og egnede boliger til rusmiddelbrukere, noe som er viktig i forhold til å etablere et godt ettervern. Kommunen kan henvise rusmiddelbrukere til avrusing, men det er ofte ventetid på dette tilbudet (ansvaret ligger hos spesialisthelsetjenesten). Videre har vi funn som tilsier at kommunen har mangler i forhold til å ha etablert et oppsøkende team på gateplan – spesielt på rusfeltet. Uten et oppsøkende team kan det bli vanskelig å fange opp personer i risikogruppen, som er «nye» og/eller unge rusmisbrukere eller andre som er i starten av en negativt sosialt forløp. Det kan reises spørsmål ved om det interkommunale ROS-prosjektet kan erstatte et gatenært og oppsøkende team. Samtidig merker revisor seg at de ansatte i prosjektet «*Samhandlingsmodeller innen rusfeltet*», har oppsøkende virksomhet som en av flere arbeidsoppgaver. Dette tiltak er prosjektbasert.

Med det nyetablerte *Fønix-prosjekt* synes innsatsen overfor rusmiddelbrukere å være styrket til et akseptabelt nivå. Tjenesten er imidlertid avhengig av tilskuddsmidler og i høy grad basert på prosjektstillinger. Det gjør tjenesten sårbar i forhold til fremtidig drift. Revisor vurderer at rusomsorgen på nåværende tidspunkt er tilstrekkelig, men konstaterer at den varige drift ikke er sikret.

ViTT var opprinnelig en virksomhet som ytet tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne. Gjennom et kommunestyrevedtak i 2005 ble det bestemt at samme tjenester også skulle gjelde andre brukere, eksempelvis brukere med kognitive lidelser, psykiske lidelser og rusproblematikk. Typiske tjenester til denne brukergruppen fra ViTT er praktisk bistand, botilbud, miljøarbeid, veiledning mv. En

⁴¹ Stortingsmelding nr 30 (2011-2012): *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. Side 133.

⁴² AFI-rapport (2014): *Samspill eller svarteperspill? En studie av ansvarfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser og voldsproblematikk*. Side IX f.

del brukere blir henvist til ViTT fra psykisk helse- og rustjeneste. Dette kan være personer som ikke responderer på terapi og som trenger et helhetlig tilbud over lang tid. De fleste av ViTT sine brukere bor hjemme, og ViTT har fokus på hverdagsmestring. ViTT har også ansvar for et dagsenter hvor brukeren må ha vedtak om tjenester, som f.eks. innbefatter arbeidstrening mv. for de som ikke er ressurssterke nok til å delta på NAV sine tiltak.

I statusrapport for ViTT som skal behandles i kommunestyret, går det frem at ViTT opplever et stadig økende press på sine tjenester, mens de økonomiske rammer til virksomheten er gått ned. Virksomhetsleder for ViTT vurderer at budsjetttrammene ikke lenger er tilstrekkelig. ViTT opplever blant annet at unge brukere ikke har aktivitet verken i form av arbeid eller alternativer til arbeid. ViTT har opplevd en økning i antall brukere og timetall på dagsenteret og i deres tilbud om målrettet miljøarbeid. Med nåværende bygningsmasse er det en stor utfordring å øke antallet brukere på dagsenteret og tilby et variert tilbud av aktiviteter. Økningen i målrettet miljøarbeid ligger hos ungdommer, som trenger tettere oppfølging, bistand i daglige gjøremål mv. Flere av disse bruker har rus- og psykiske lidelser og er i NAV-systemet. ViTT ser også en økning i søknader for BPA, mens antall timer til støttekontakt er blitt begrenset etter vedtak i kommunestyret.

Regnskapsoversikt per juni 2014 viser at ViTT har brukt 90 % av sin netto ramme. Det vil særlig krevende å holde seg innenfor bevilget ramme. Generelt sett har ViTT ikke økt årsverk pga. innsparing. I sak til kommunestyret fremlegger ViTT ønske om å utvide antall stillinger i ViTT for å kunne yte forsvarlige tjenester til eksisterende og nye brukere.⁴³

Her og nå-situasjonen i ViTT betyr at en stor del av ressursene blir brukt til direkte tjenesteyting, mens tiden til planlegging forsvinner. Det bidrar ikke til god samhandling og koordinering mellom tjenesteyterne i kommunen.

Revisor vurderer at ViTT samlet sett utgjør et nødvendig tilbud, også til brukergruppen med psykisk helse- og/eller rusproblemer. Fokus på hverdagshabilitering og miljøarbeid er viktig for en del brukere. Revisor merker seg samtidig at det synes å være et høyt press på tjenestene i ViTT. ViTT synes å skulle håndtere en tyngre pasientgruppe, hvor nødvendigheten av tjenester vanskelig kan diskuteres. Samtidig er ViTT også viktig i forhold til unge med problemer, noe som kan virke forebyggende på sikt.

En del innbyggere som er i kontakt med NAV har en eller annen psykisk utfordring og eventuelt et rusmiddelmisbruk. Hos NAV er det generelt et fokus på mestring og arbeidsevne. Det er derfor ikke så mye fokus på eventuelle psykiske problemer og/eller rusmiddelbruk. NAV tilbyr hjelp til personlig økonomi og gjeldsrådgivning og har også samarbeid med attføringsbedrifter. NAV må forholde seg til et statlig lovverk som kan oppfattes som svært rigid. Det kan medføre utfordringer knyttet til forståelse for de vurderinger som gjøres av NAV fra de øvrige tjenesteytere i kommunen.

Revisor vurderer at NAV Åsnes kan bistå personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelmisbruk med arbeid eller annen meningsfull aktivitet og hjelp til personlig økonomi. Det er indikasjoner på at saksbehandlere ved NAV har et stort arbeidspress og det er stadige krav om innsparinger på kommunal side. Det gir færre ansatte, mindre tid til vurdering av den enkelte sak og risiko for at det bevilges mer penger enn dersom NAV hadde kunnet gjennomføre en grundigere vurdering. Samtidig bemerkes det at sosialhjelpsytelsene i Åsnes er høyere enn i andre kommuner, og det tilføyes at et høyt sosialhjelpsnivå kan medvirke til at sosialhjelpsklienter flytter til kommunen. Det kan resultere i ekstra press på kommunens tjenester. At ytelsene i Åsnes er høyere enn i øvrige

⁴³ For mer fyllestgjørende forklaring av ressursbruk og statusrapport for ViTT, henvises til sak med Arkivsaknr 14/851.

kommuner, innebærer at saksbehandlere ved NAV Åsnes gjennomfører en annen individuell vurdering enn i øvrige kommuner. Vurderingen hviler på skjønn.

Innsatsen mot unge med en ungdomsveileder ved NAV virker velfungerende og sees som en styrke i tjenestetilbudet. Samtidige bemerkes det er at mange unge har et hjelpebehov og bemanningen er lav i forhold til volumet av brukere.

Kommunen deltar i en rekke interkommunale samarbeider, noe som sikrer at de kan tilby krisesenter for kvinner, menn og barn som er utsatt for vold i nære relasjoner og aktivitetstilbud via Kulturnettverket. Kommunen samarbeider med DPS om akutteam og en brukerstyrt plass ved døgnenheten ved DPS Kongsvinger. Kommunens øyeblikkelig hjelp døgntilbud er ikke etablert, men det er planer for en løsning i samarbeid med Sykehuset Innlandet. Kommunen er tilknyttet legevakt i Elverum. Kommunen er som nevnt også med i ROS-prosjektet, som er forsøker å etablere en tidlig innsats overfor unge med rus- og psykiske problemer.

Kommunen kan tilby støttekontakt og BPA, selv om dette kun har vært et relevant tilbud for et fåtall brukere i denne målgruppen.

11.3.2 Tildeling av tjenester

Per i dag tildeler tildelerenheten alle typer tjenester unntatt støttesamtaler mv. hos psykisk helse- og rustjenester og kommunale boliger. Psykisk helsetjeneste fatter vedtak om tjenester selv, mens kommunale boliger fordeles i boligmøter og er underlagt bolig og eiendom v/renholdsleder.

Psykisk helse- og rustjeneste har ikke skriftlige, konkrete inntakskriterier. Hvilke tjenester som tildeles, hyppighet og omfang vurderes ut i fra pasientens subjektive opplevelse av hjelpebehov. De fleste som søker tjenester, får dette.

På tilsvarende vis opererer tildelerenheten ikke med kriterier for tildelinger av tjenester. Tildeling bygger på skjønnsvurdering. Revisor har funnet at det er utarbeidet tildelingskriterier for noen tjenester, herunder omsorgsboliger. Disse tildelingskriterier er godkjent av kommunestyret og utlevert revisjonen fra utøvende virksomhet. Ifølge kommunestyrevedtak er det fattet kriterier for tildeling av både kommunale boliger og omsorgsboliger. Det fremgår av kommunestyrevedtaket at *«I tillegg til kriterier for ordinære kommunale boliger er det 2 kriterier spesifikk for tildeling av omsorgsboliger»*. Omsorgsboliger følger altså samme tildelingskriterier som kommunale boliger, men med ytterligere 2 kriterie-krav. Revisor er overrasket over å ha funnet tildelingskriterier hos utøvende enhet, mens de som tildeler tjenester selv sier at de ikke anvender tildelingskriterier.

Data fra både intervju og plandokumenter viser at Åsnes kommune i de siste årene har hatt en situasjon med krevende økonomi. Samtidig viser virksomhetenes oppgaver stadig økning og flere brukere har behov for kommunale tjenester, blant annet innen for brukergruppen med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblematikk.

Når nesten alle som henvender seg får tjenester fra psykisk helse- og rustjeneste og kommunen ikke har tildelingskriterier⁴⁴, gjør at man kan stille spørsmål ved om det kan være for lett å få vedtak om tjenester, f.eks. ved hendelser som mange opplever (dødsfall, samlivsbrudd mv.). Det er ikke gitt at dette er oppgaver for en kommune, og etter revisors vurdering kan det stilles spørsmål ved om brukere kunne bruke frivillige tilbud eller eget nettverk i høyere grad. Samtidig er dette et område

⁴⁴ Med unntak av kommunale boliger og omsorgsboliger, hvor det er kriterier for tildeling.

hvor det må utvises skjønn, samtidig som det kan være vanskelig å vurdere dybden av en krise for den enkelte bruker.

Det at psykisk helse- og rustjeneste selv tildeler egne tjenester kan bidra til raskere tjenester og direkte kontakt med bruker når behovet oppstår. Likevel er det etter revisors vurdering grunn til å stille spørsmål ved om ikke tildeling av tjenester bør fattes av et uavhengig og nøytralt organ slik tildelerenheten skal være. Ideen med en tildelerenhet er at enheten skal ha kompetanse på denne typen saksbehandlingen og sikre likebehandling. Det kan være viktig i en mindre kommune som Åsnes, hvor mange innbyggere kjenner hverandre.

At tildelerenheten typisk drar ut på hjemmebesøk ved tildelinger av tjenester, mens psykisk helse- og rustjenesten typisk fatter vedtak på bakgrunn av en vurderingssamtale som foregår på Sparbyhuset, viser også at det ulik praksis og grunnlag for tildeling av tjenester. Revisor vil ikke vurdere hvordan kommunen skal organisere seg og heller ikke anbefale hvor tildelinger av tjenester skal foregå, men det konstateres at det pr i dag er forskjellige grunnlag og praktisering av tildelinger på henholdsvis tildelerenheten og psykisk helse- og rustjeneste.

Samtidig er det de enkelte utøvende enheter som er tildelt budsjettbevilgning. Tildelerenheten er ikke ansvarlig for de økonomiske konsekvenser av tildelte tjenester. Det at kommunen ikke har kriterier for tildeling av tjenester, og at tildelerenheten ikke er ansvarlig for økonomiske konsekvenser av tjenestetildelinger, bekrefter at kommunen ikke opererer med en klassisk bestiller-utfører-modell. Likevel fremhever revidert enhet noen av de fordelene, som typisk forbindes med bestiller-utfører-modellen, f.eks. større likebehandling ved tildeling av tjenester. Samtidig følger kommunen ikke de retningslinjer som fremgår av veileder fra KS, som f.eks. tilsier at det etableres et system hvor pengene følger vedtaket, dvs. at tildelende enhet har budsjettansvar. Det bemerkes at det er delte meninger om bestiller-utførermodellen, og at noen evalueringer konkluderer med at de innsparinger bestiller-utførermodellen medfører i utførerleddet, øker tilsvarende i bestillerleddet.⁴⁵ Åsnes kommune har utgifter til både tildelende enhet (tildelerenheten) og de utøvende tjenester, men har altså ikke sikret seg potensielle innsparinger ved å pålegge tildelerenheten tildelingskriterier og budsjettansvar for tildelte tjenester. Det kan hende at denne organiseringen har andre fordeler, som ikke er avdekket i denne undersøkelse. Det er derfor ikke gitt at den alternative organisering av bestiller-utførermodellen er en dårlig løsning for Åsnes kommune. Revisor vil ikke foreta en vurdering av denne tematikken, da den ligger utenfor problemstillingene for dette prosjektet, men konstaterer at bestiller-utførermodellen er etablert på en annen måte i Åsnes kommune enn det beskrives og anbefales i veileder fra KS.

11.3.3 Boliger

Boliger er et sentralt tjenesteområde for personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelbrukere. I denne rapporten har vi omtalt to av de botilbudene som er mest aktuelle for personer med psykiske helse og/eller rusutfordringer:

Kjølarønningen har ti leiligheter under ViTT. De som bor her er rimelig velfungerende personer med nedsatt funksjonsevne, personer med rusproblematikk og psykiske helseproblemer. Likevel trenger disse personene mye støtte for å kunne oppleve mestring. Beboerne betraktes som hjemmeboende brukere og faller dermed inn under hjemmetjeneste-delen i ViTT. Besøkene hos brukere varer normalt

⁴⁵ Rogaland Revisjon (2012): Forvaltningsrevisjon av bestiller-utfører organisering i Sandnes kommune .

lengre enn i «vanlig hjemmetjeneste», fordi fokus ligger på at bruker skal delta i oppgaven, hverdagsmestring og opplæring.

Flisabo består av åtte leiligheter. Flisabo er det eneste botilbud som er forbeholdt psykisk syke og som har heldøgnsbemanning. Beboerne er fra 50 år og oppover, og har ulike alvorlige lidelser. Flisabo er organisert under hjemmetjenesten. Det har vært en glidende overgang fra at Flisabo var en omsorgsbolig, til at det nå er en psykiatribolig. Det er ikke kjent for revisor om endringen er besluttet i form av politisk vedtak. Flisabo har nå mer eller mindre fungert som ren psykiatribolig i fem år. Flisabo jobber med målrettet miljøarbeid og hverdagsmestring. Målet er at beboerne skal oppleve en meningsfylt hverdag med mestring, trygghet og trivsel. Kommunen har fått ros av fra spesialisthelsetjenesten for tilbudet ved Flisabo, og det fremheves som et godt eksempel for andre kommuner. Beboerne på Flisabo er veldig syke, og personalet vurderer at hvis kommunen ikke hadde hatt denne type bolig, måtte noen pasienter bodd kontinuerlig på Sanderud sykehus eller annen døgnbemannet løsning, f.eks. i hjemmet. Det uttales at dette erfaringsmessig gir økt antall innleggelser og liggedøgn i spesialisthelsetjenesten.

Revisor vurderer at Flisabo er et kostnadskrevende, men samtidig et velfungerende tilbud for de av kommunens innbyggere som har tunge psykiatriske lidelser. Flisabo er forbeholdt en eldre brukergruppe. Kjølørønningen er derfor et nødvendig tilbud for en yngre og mer variert brukergruppe.

Revisor bemerker at kommunen har et høyt inntektsnivå på kommunale boliger, hvis man sammenlikner med øvrige kommuner. Det er venteliste på bolig, og mange som flytter til kommunen har et boligbehov. Leietiden i kommunal bolig er som grunnregel tre år. Noen av de kommunale botilbud er i dårlig forfatning og ligger i utkanten av kommunen hvor leie- og boligprisene er lavere. En svakhet i botilbudet er boliger for unge rusmisbrukere. Kommunen mangler treningsboliger og hybler for unge, noe som kan være viktig for at unge skal kunne oppleve mestring. Dersom dette hadde vært tilgjengelig kunne kommunen gitt unge boveiledning og satt dem i stand til å bo for seg selv. Revisor vurderer at kommunen har mangler i botilbudet til unge.

Forøvrig har vi funnet at Åsnes Kommune ikke har akuttboliger. Revisor konstaterer dette som et avvik fra § 15 og § 27 i Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Kommunen har pr dags dato ikke en boligsosial handlingsplan. Eksisterende plan er under revidering og er nå på høring med frist den 30.11.14. Det er NAV som har ansvar for planen.

Samlet sett vurderer revisor at kommunen kan legge til rette for fleksible og varige botilbud, selv om det er svakheter i botilbudet overfor enkelte grupper. Kommunen mangler akuttboliger. Kommunen har sendt boligsosialhandlingsplan på høring.

11.3.4 Tildeling av boliger

Revisor merker seg at personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer ikke er prioritert i retningslinjene for tildeling av kommunale boliger. Disse retningslinjer er vedtatt av Åsnes kommunestyre, og revisor foretar derfor ikke noen vurdering av forholdet. Samtidig bemerkes det at ungdom mellom 18 og 23 år skal prioriteres ved boligtildelinger. Vår undersøkelse viser at det nettopp blant denne målgruppe kan være svakheter i det kommunale botilbudet.

Revisor bemerker kommunens nåværende praksis med at søkere til kommunal bolig skal ha bodd tre år i Åsnes kommune for å få kommunal bolig. Av retningslinjene for tildeling av bolig fremgår det samtidig at det er samme kriterier for tildeling av omsorgsboliger, som for kommunal boliger. Revisor

stiller spørsmål ved om denne praksis kan komme i strid med Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 1-1 og 3-1.

Vi har fått opplyst at tildelerenheten ikke har oversikt over om det er brukere ved den psykiske helse- og rustjeneste, som har behov for bolig, og at den psykiske helse- og rustjeneste trolig har oversikt over brukere som trenger bolig, men som ikke er meldt til tildelerenheten. Kommunale boliger uten bemanning administreres av renholdsleder fra Bolig og Eiendom, og tildeles i boligmøter. Det er mange aktører i forhold til tildeling av boliger i Åsnes kommune. Det synes likevel å være lite samhandling på tvers mellom de som tildeler omsorgsboliger (Tildelerenheten) og de som tildeler øvrige kommunale boliger (Bolig og eiendom). I og med at brukergruppen for kommunale boliger og omsorgsboliger ofte vil være sammenfallende og det kan være behov for koordinering på tvers av de to boligtypene, finner revisor at samhandlingen i forhold til boliger og boligtildelinger er mangelfull. Den valgte organisering av boligtildelingene i ulike enheter synes etter revisors vurdering uhensiktsmessig.

Det er ikke oppdaterte husleiesatser for 2014 på kommunens hjemmeside, og revisor vurderer at dette avviker fra retningslinjene for tildeling av kommunale boliger i Åsnes kommune.

11.3.5 Tilbud til pårørende

Kommunen har ikke noe fast organisert tilbud til pårørende, eksempelvis grupper hvor pårørende kan møtes og utveksle erfaring m.v. I følge ViTT's strategiplan 2014-2015 skal det opprettes en selvgående pårørendegruppe i regi av ViTT, med frist i november 2014. I enkelte tilfeller er det blitt avholdt nettverksmøter med pårørende, og det skjer også at pårørende deltar i ansvarsgrupper rundt den enkelte bruker. DPS har tilbud om en pårørendegruppe til rusmiddelavhengige. Kommunen bør legge til rette for at pårørende som ønsker det får tilbud om å delta i grupper med andre pårørende i tilsvarende situasjon. Revisor konstaterer at kommunen på nåværende tidspunkt ikke selv har slike tilbud, men vurderer at det ikke nødvendigvis betyr at kommunen ikke kan ivareta pårørende på en god måte. Kommunen har samtidig lokale bruker- og pårørende organisasjoner (Mental Helse) og et råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, hvilket kan bidra til at de pårørendes perspektiv blir ivare tatt.

11.3.6 Kompetanse

Samhandlingsreformen utfordrer i stor grad kommunens behov for spesialisert kompetanse, fordi kommunene får mer krevende pasientgrupper og oppgaver. Tall fra KOSTRA viser at kommunen har mange årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid eller som er psykiatriske sykepleiere, og at Åsnes kommunen på dette punktet legger vesentlig over nivået for øvrige kommuner.

De ansatte kan benytte en del terapeutiske metoder, og de fleste ansatte har kompetanse i kognitiv terapi og/eller motiverende intervju. Kompetansen på tildelerenheten i relasjon til psykisk helse og rusproblematikk, er imidlertid svak og bør styrkes.

Det er kompetanse og/eller prosedyrer for vurdering av selvmordsrisiko, håndtering av tvangslovgivningen samt vold og utagerende problematikk. Det bemerkes imidlertid at det ikke er utarbeidet skriftlig prosedyre for vurdering av selvmordsrisiko hos den psykiske helse- og rustjeneste og ViTT. Dette vurderes som en mangel, ettersom enheten har et kartleggingsansvar og forøvrig følger rutiner som ikke er nedfelt skriftlig ved kontakt med brukere som er i selvmordsrisiko. Rutiner bør

dokumenteres skriftlig. Flere fremhever at kompetansen på nettopp vurdering av selvmordsrisiko kan styrkes.

Åsnes kommune har ikke ansatt psykolog. Det har blitt vurdert, men kostnadene har blitt vurdert å være for høye. I forhold til brukere med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer kan det ses som en svakhet at kommunen ikke har egen intern tilgang til den kompetanse som en psykolog har. En psykolog kan også være en ressurs som veileder for øvrige ansatte og dermed øke det samlede kompetansenivå. Kommunen har mulighet for å henvise til psykologisk behandling ved spesialisthelsetjenesten, men ettersom det forventes at kommunene i stadig støtte grad skal håndtere brukere i egen regi (jvf. samhandlingsreformen), er det risiko for at muligheten blir mindre tilgjengelig for fremtiden.

Det er viktig at midlene til kompetanseheving, kurs osv. fordeles mellom de enheter som yter tjenester til brukere med psykiske helse- og rusproblemer og at de brukes der det er viktig og riktig med opplæring. Revisor sitter med et bilde av at det få midler og muligheter for ansatte hos ViTT og Flisabo til kompetanseheving, mens nivået hos den psykiske helse- og rusomsorg er høyere. Revisors inntrykk er at det er etablert faste veiledningsavtaler, flere muligheter for kurs osv. ved psykisk helse- og rustjeneste. Det er også indikasjoner av at kompetanseheving kan bli tilsidesatt til fordel for høy direkte tjenesteproduksjon.

På bakgrunn av våre funn tilknyttet de ansattes kompetanse, vurderer revisor at kommunen på et overordnet nivå har sikret at de ansatte har nødvendig kompetanse. De ansattes kompetanse er samtidig blitt fremhevet som en av kommunens styrker innenfor den psykiske helse- og rusomsorg.

11.3.7 Tilgjengelighet

Kommunen har en hjemmeside som beskriver tjenestetilbudet innenfor psykisk helse og rusomsorg, men ikke alle sider er oppdaterte. Det er vanskelig å finne informasjon om deler av tjenestetilbudet.

Det er brosjyrer/serviceerklæringer som beskriver de fleste av kommunens tilbud, men flere er ikke blitt vedtatt av kommunestyret eller dato for godkjenning i kommunestyret er ikke angitt. Serviceerklæringer for noen tjenester er heller ikke oppdatert på kommunens hjemmeside.

Kommunens tilbud har romslige åpningstider, og flertallet av de ansatte har jobbtelefon og det kan kommunisere via SMS. På NAV skjer praktisk talt alle telefoniske henvendelser til et 55-nummer. Enkelte ansatte, herunder ungdomsveileder, har mobiltelefon for å bli mer tilgjengelige for brukere.

Samtlige tjenesteytere har rutiner for oppfølging av brukere/utarbeidelse av vedtak ved fravær av personale. Tildelerenheten har kort saksbehandlingstid og er fleksible ved endringer i brukeres tjenestebehov. Overordnet sett er det kort ventetid på tjenester ved den psykiske helse- og rusomsorg. Ved NAV skal alle telefonhenvendelser via sentralbord besvares innen 48 timer, og det klarer NAV Åsnes i 89 % av tilfellene.

Revisor vurderer at kommunen har god tilgjengelighet på dette tjenesteområde, med kort ventetid på behandling og romslige åpningstider. Det kan skje forbedringer i forhold til informasjon på kommunens hjemmeside.

11.3.8 De ansattes sikkerhet

Flere ansatte har eller skal gjennomføre selvforsvarskurs.

Ansatte ved den psykisk helse- og rustjeneste har egne kontorer uten egen rømningsvei, men ved vurderingssamtaler (første samtale) vil det alltid være to ansatte til stede. Tjenesten benytter en innkomstjournal, hvor brukeren blir spurt om temaer som bruk av våpen, utsatt for vold, utøvd vold etc.

Psykisk helse og rustjeneste oppbevarer ikke eller deler ut medikamenter, selv om ansatte har nødvendig kompetanse. Hjemmesykepleien deler ut medisiner til psykisk syke og rusmisbrukere (suboxone mv.). Det kan derfor være mange ulike ansatte innom brukeren. Noen intervjupersoner stiller spørsmål ved om dette er en god løsning for brukeren. Forøvrig reiser ansatte ved hjemmesykepleien ofte ut alene til psykisk syke personer og/eller rusmisbrukere.

De ansatte på tildelerenheten reiser normalt ikke ut alene, men det forekommer. Ansatte ved ViTT reiser ut to sammen, hvis de usikre med hensyn til brukeren og de ansattes sikkerhet. På Flisabo er det rømningsveier og utarbeidet skriftlige rutiner for de ansattes sikkerhet. Det bemerkes dog at nattevakten jobber alene.

De ansatte ved NAV Åsnes har direkte alarm til lensmannen som sitter i samme bygg som dem. NAV Åsnes har lav toleranse for vold og trusler og det er blitt endret innredning på kontorer, slik at de er mer sikre.

Kommunen skal forebygge voldsepisoder og ivareta de ansattes sikkerhet. Etter revisors vurdering har kommunen ivaretatt sitt ansvar på dette området, men bemerker likevel at ivaretagelse av de ansattes sikkerhet varierer for de ulike virksomhetsområder. Noen ansatte reiser alene ut til brukere, noen ansatte har rømningsvei, mens andre ikke har det osv. Revisor stiller spørsmål ved om det er gjennomført risikovurdering ved den enkelte virksomhet.

11.3.9 Samlet vurdering problemstilling 1

På bakgrunn av ovenstående vurderinger, kan det konkluderes på problemstilling 1.⁴⁶ Revisor mener Åsnes kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Revisor vurderer at Åsnes kommune har et godt og bredt tjenestetilbud innenfor den psykiske helse- og rusomsorg. Kommunen har et variert utvalg av lavterskeltilbud, en rekke ulike boligtyper og godt kompetansenivå blant de ansatte. Revisor finner videre at det er følgende avvik og forbedringspunkter:

1. Åsnes kommune har ikke selv et aktivt oppsøkende behandlingsteam på gateplan. Kommunen deltar i prosjektet ROS og har prosjektansatte i «*Samhandlingsmodeller innen rusfeltet*» med oppsøkende virksomhet som en del av sine arbeidsoppgaver. Revisor stiller likevel spørsmål ved om dette dekker kravet om å ha et aktivt, oppsøkende team på gateplan.
2. Revisor finner at samhandlingen i forhold til boliger og boligtildelinger er mangelfull. Den valgte organisering av boligtildelingene i ulike enheter synes uhensiktsmessig. Revisor stiller spørsmål ved om kommunens praksis med å stille krav om at søkere skal ha bodd tre år i kommunen for å kvalifisere til kommunal bolig og omsorgsbolig, kan komme i strid med Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 1-1 og 3-1.
3. Det er ikke oppdaterte husleiesatser for 2014 på kommunens hjemmeside, og revisor vurderer at dette avviker fra retningslinjene for tildeling av kommunale boliger i Åsnes kommune.

⁴⁶ Revisor har i forhold til problemstilling 1 ikke foretatt noen vurdering i forhold til revisjonskriterie nr 16: «*At kommunen tilbyr en koordinator....*». Denne tematikk blir behandlet og vurdert under problemstilling 3.

4. Åsnes Kommune har ikke akuttboliger. Det er et avvik fra av § 15 og § 27 i Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.
5. Kommunens ettervern synes ikke å være veletablert, blant annet pga. mangelen på akuttboliger og øvrige boliger til rusmiddelbrukere.
6. Revisor merker seg at det er et høyt og stigende press på tjenestene i ViTT, og stiller spørsmål ved om tjenestene fortsatt kan ha forsvarlig kvalitet.
7. Både ViTT og NAV opplever et økende antall unge med hjelpebehov. Revisor stiller spørsmål ved om ressursene imøtekommer behovet overfor denne brukergruppe og peker på at det er mangler i botilbudet nettopp i forhold boliger som er relevante for unge, f.eks. treningsboliger og hybler.
8. Kompetanseheving kan bli tilsidesatt til fordel for høy direkte tjenesteproduksjon i noen tjenesteenheter. I noen tjenesteenheter er det få midler til kompetanseheving. Kompetansen på tildelerenheten i relasjon til psykisk helse- og rusproblematikk er svak.
9. Skriftlige rutiner og dokumentasjon i forhold til håndtering og vurdering av selvmordsrisiko mangler i noen tjenesteenheter.
10. Kommunen har en hjemmeside som beskriver tjenestetilbudet innenfor psykisk helse- og rusomsorg, men ikke alle sider er oppdaterte. Det er vanskelig å finne informasjon om deler av tjenestetilbudet.
11. Revisor stiller spørsmål ved om det er foretatt risikovurdering for å ivareta de ansattes sikkerhet for alle tjenesteområder som yter tjenester til brukere med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.

12 Problemstilling 2

I proposisjon til Stortinget (2013-2014) fremgår det at brukerinnflytelse skal være et bærende prinsipp innen psykisk helsearbeid og rusomsorg. Aktiv involvering av brukeren i valg av behandling og tjenester er en demokratisk rettighet, og en politisk og faglig målsetting. Dette prinsipp bygger på mange års økende fokusering på brukerinnflytelse innenfor de offentlige tjenester, og man ser at også opptrappingsplanene for psykisk helse og rus begge la stor vekt på brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av pårørende.

Ifølge helsedirektoratet skal brukernes behov og muligheter være utgangspunktet for tjenester, og en av de største samhandlingsutfordringene er at det ikke tas nok hensyn til brukernes behov når tjenestene skal utvikles. Betydningen av og kunnskap om brukerperspektiv og brukermedvirkning må være forankret i ledelsen og hos de ansatte i tjenestene.⁴⁷

Pårørende til personer med rusmiddelproblemer kan være en viktig ressurs, men de blir dessverre ofte glemt av tjenestene. Belastningen pårørende utsettes for kan også føre til at de selv får behov for hjelp. Hvis brukeren selv ønsker det, bør det legges til rette for at pårørende kan inkluderes i behandlingsforløpet.

Forskrift om internkontroll i sosial – og helsetjenesten § 4e bekrefter at virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten. I praksis betyr dette at virksomhetene må ha et system for å innhente slike erfaringer regelmessig. Dette kan f.eks. gjøres gjennom brukerundersøkelser og brukerråd (brukermedvirkning på systemnivå). På individnivå kan brukermedvirkning blant annet sikres gjennom utarbeidelse av individuell plan.⁴⁸

På bakgrunn av de føringer som ligger fra helsedirektoratet og relevant lovverk, har vi derfor i denne forvaltningsrevisjon undersøkt følgende:

Problemstilling 2:

Ivaretas hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen i Åsnes kommune?

⁴⁷ <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/Sider/default.aspx>

⁴⁸ <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>

12.1 Revisjonskriterier – problemstilling 2

Revisjonskriterier for problemstilling 2 er utledet, slik det fremgår av vedlegg A. De utledede kriterier er som følger:

For å sikre at kommunen ivaretar hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen, bør man - på bakgrunn av de føringer som ligger fra helsedirektoratet og relevant lovverk - i kortform kunne forvente at kommunen oppfyller følgende kriterier:

- 1) At kommunen har brukermedvirkning på systemnivå, og herunder anvender/har en eller flere av følgende instanser/tiltak, som anvendes regelmessig:
 - a) Brukerundersøkelser på tjenesteområdet, f.eks. fokusgrupper eller spørreskjemaundersøkelse
 - b) Brukerråd, som innbefatter brukere av tjenester innen for psykisk helse- og rusvern
 - c) Møteplasser mellom brukerorganisasjoner og den kommunale tjenesteutøver
 - d) At man har/anvender erfaringskonsulenter

Ansvar, praktisk gjennomføring og resultater av brukermedvirkning på systemnivå må være dokumentert og nedfelt i kommunale planer eller lignende.

- 2) At kommunen har brukermedvirkning på individnivå, herunder at:
 - a) Brukermedvirkning er dokumentert i individuell plan
 - b) At brukermedvirkning skjer gjennom nettverksmøter, pårørendeinvolvering, brukerstyrte tilbud eller lignende

Brukerstyrte tilbud/tiltak kan både anses å utgjøre brukermedvirkning på både individ- og systemnivå.

12.2 Funn

12.2.1 Tema: Brukermedvirkning på systemnivå

12.2.1.1 Brukerundersøkelser

Generelt sett kan det være vanskelig å gjennomføre brukerundersøkelser for denne brukergruppen, og det ikke sikkert at resultatene fra slike undersøkelser sier noe reelt om, hvordan brukerne opplever tilbudet. Det kan skyldes mange forhold, f.eks. at bruker ikke vet hva de skal svare, eventuell er redd for sanksjoner i form av å miste tjenester mv. En "Bruker spør bruker"-undersøkelse, kan være et godt alternativ til de ordinære brukerundersøkelser.

Innenfor den psykisk helse- og rustjeneste er det planlagt brukerundersøkelser hver andre år. Revidert enhet har ikke kunne vise dokumentasjon for siste brukerundersøkelse, som burde ha vært gjennomført i 2012/2013. Revidert enhet ser det som en utfordring at det er få brukere som kan / er i stand til å svare på brukerundersøkelser, men sier at det skal gjennomføres brukerundersøkelse. Siste undersøkelse som vi har sett dokumentert, ble gjennomført i 2010/2011, som en del av kommunens deltakelse i effektiviseringsnettverket K6. Her ble det innsamlet besvarelse fra ca. 35 brukere ved dagsenteret og ved det psykiske helseteam.

Det gjennomføres NAV-undersøkelser på landsplan, hvor resultater også kan ses ned på kontornivå. Det er blitt gjennomført undersøkelse i både 2012 og 2013.⁴⁹ Svarene er totalt sett overveiende i den positive ende av svarskalaen, men det sees ikke noen entydig positiv utvikling i brukernes tilfredshet fra 2012 til 2013. Dette gjelder også for resultatene på fylkesnivå, slik at det ikke er noe som kjennetegner Åsnes-kontoret, men en utfordring for hele Hedmark. Åsnes synes imidlertid generelt å ha dårligere bruker-erfaringer enn øvrige NAV-kontorer i fylket, idet resultatene for NAV Åsnes konsekvent er dårligere enn resultatene for Hedmark totalt.

ViTT gjennomførte brukerundersøkelse i mai 2014. Denne viser resultater på virksomhetsnivå, og ikke detaljer om de tjenester som ytes til personer med psykiske lidelser og/eller rusproblem. I ViTT anvendes det brukerundersøkelse som er tilpasset deres målgruppe, samtidig som også pårørende får et skjema.

Det gjennomføres ikke brukerundersøkelse spesifikt for tildelerenheten, men det er spørsmål i brukerundersøkelsen for hjemmetjenesten⁵⁰ og brukerundersøkelsen for ViTT, som også angår tildeling av tjenester. Tildelerenheten inngår på denne måte indirekte i de øvrige tjenesteyteres brukerundersøkelser.

På Flisabo gjennomføres det brukerundersøkelser hvert andre år. Det gjennomføres intervju med brukere som ikke selv klarer å svare på skjema. Resultatene for Flisabo blir som oftest slått sammen med resultater for andre omsorgsboliger (ikke psykiatri) i kommunen for å ivareta anonymiteten. Det vil derfor ikke bli noen reell brukerundersøkelse for kun psykiatritjenesten ift psykiatripasienter i bolig i kommunen for 2014. I 2012 var det for få brukere som kunne / ønsket å gjennomføre brukerundersøkelsen til at den kunne gjennomføres. Det ble gjennomført en brukerundersøkelse i 2009 hvor Flisabo hadde 7 beboere som deltok. Resultatene fra undersøkelse i 2009 var overveiende positive.

Sparbyhuset har ikke gjennomført brukerundersøkelser de seneste år, men dagsenteret har brukermøter og velger brukerrepresentanter.

Det er blitt sagt at det ville være lettere å gjennomføre brukerundersøkelse for brukergruppen av psykisk syke/rusmiddelbrukere, hvis kommunen hadde en annerledes organisering, som betød at denne brukergruppe ikke var plassert hos flere ulike virksomheter.

Revisor har funnet at resultatene fra de nevnte brukerundersøkelser ikke fremgår av kommunens årsrapport 2013 eller av kommuneplanen. Resultater fra de kommunale brukerundersøkelser er heller ikke å finne på kommunens hjemmeside.

12.2.1.2 *Brukerråd/brukerrepresentanter*

Åsnes kommune har ikke noe overordnet brukerråd, som spesifikt angår brukergruppen av psykisk syke og rusmiddelbrukere. Kommunen har opprettet et råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, jf. *lov om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne m.m.* Dette råd fungerer også som et brukerutvalg for NAV. Avtalen er at NAV skal være med i et møte i året, og ellers møter ved behov dersom det er tema som

⁴⁹ Ny brukerundersøkelse for NAV for 2014 blir gjennomført i oktober, men resultatene forelå ikke tidsnok til at de kunne inngå i denne rapport.

⁵⁰ Hjemmetjenesten gjennomfører brukerundersøkelser hver år. i 2012, 2013 og 2014.

tas opp som vedrører NAV. Virksomhetsleder for ViTT er sekretær og medlem med stemmerett i rådet. Rådet har møter to ganger pr år.

Sparbyhuset dagsenter har brukerråd, som består av leder fra Psykisk helse- og rustjeneste, leder for Sparbyhuset og to brukere.⁵¹ Dagsenteret er ikke brukerstyrt, men det avholdes husmøter/brukermøter hvor brukerne får komme med synspunkter på hva de ønsker / trenger av tilbud, slik som mat- og kostholdskurs, trening, røykeslutt etc. Disse møter holdes vanligvis en gang pr måned.

Nestleder i Mental Helse og en representant for dagsenterstyret ved Sparbyhuset har også deltatt i et av de mestringskurs som Sykehuset Innlandet avholder sammen med øvrige kommunalt ansatte.

Flisabo har ikke noe brukerråd. De har tidligere avholdt husmøter, men det fungerte ikke bra og etter hvert kom det få på husmøtene, fordi møtene ble for formelle og «skremmende» for noen av beboerne. Nå diskuterer de eksempelvis de samme temaene under frokost mv., men kaller det ikke møte.

12.2.1.3 Møteplasser mellom brukerorganisasjoner og den kommunale tjenesteutøver

Psykisk helse og rustjeneste har møte hver 6. uke med Mental Helse Åsnes. I forbindelse med verdensdagen for Mental helse er det også blitt avholdt et arrangement som et samarbeid mellom Mental helse Åsnes og Sparbyhuset.

NAV har hatt møter med Mental Helse. Disse møter skal være en oppfyllelse av avtalen som er inngått mellom Mental Helse og Kommunen. Det er NAV som har ansvaret for at møtene gjennomføres. Det er avholdt møter mellom NAV og Mental Helse, men det viste seg vanskelig å få til noe konkret i forhold til avtalen som var inngått. Avtalen er at Mental helse tar kontakt med NAV i forhold til når de ønsker neste møte.

Åsnes kommune har inngått en samarbeidsavtale med Mental Helse (datert 05 nov 2012). Formålet med samarbeidsavtalen er å stadfeste kommunens og brukerorganisasjonens oppgaver, rettigheter og plikter knyttet til brukermedvirkning på systemnivå i kommunen. Videre skal avtalen sikre kontinuitet og samarbeid rundt brukermedvirkning på systemnivå i kommunen, uavhengig av enkeltpersoner.

Ifølge avtalen forplikter kommunen seg til å avholde minst to kontaktmøter i året med brukerorganisasjonen. Kommunen skal også sende alle aktuelle høringer direkte til brukerorganisasjonen. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner, og involvere brukerorganisasjonen i alle relevante prosesser og planarbeid.

Brukerorganisasjonen forplikter seg til å møte på minst to kontaktmøter i året med kommunen, og skal tilstrebe å svare på relevante høringer fra kommunen.

12.2.2 Tema: Brukermedvirkning på individnivå

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.

⁵¹ Valg av nye brukerrepresentanter for Sparbyhuset dagsenter høsten 2014 er dokumentert i referat fra brukermøte den 25. september 2014.

Det viktigste i møtet mellom bruker og hjelper er god kommunikasjon. Dette fordrer at begge er åpne og lydhøre for hverandre. Man kan vel si at den viktigste brukermedvirkningen er den som foregår i det konkrete møte mellom bruker og saksbehandler/ansatt. De vi har snakket med i Åsnes kommune forteller at de i stor grad vektlegger brukermedvirkning og at dette er noe som er viktig ved ethvert møte med brukerne.

Den psykisk helse og rustjeneste gjennomfører evaluering med brukeren hver tredje måned, som dokumenteres på skjema som signeres av tjenesteyter og tjenestemottaker. Dette er en evaluering av tjenesten og den hjelpen brukeren får av tjenesteutøver dvs. primærkontakt. Her kan brukeren si noe om nytten av tilbudet, hva han hun/ønsker annerledes etc. Forøvrig bidrar motiverende intervju som metode til brukermedvirkning på individnivå.

Tildelerenheten samarbeider tett med brukere, og alle brukere får opplyst at de bare kan ringe tildelerenheten. Tildelerenheten dokumenter kontakt med brukere eller pårørende i journalføringssystemet *Profil*.

Forøvrig bidrar kommunens brukerstyrt tilbud (Sparbyhuset) til brukermedvirkning på individnivå. Tilbudet om brukerstyrt seng ved DPS er også slik tilbud, som er inkluderende og brukerstyrt.

Kommunen har i tillegg hatt besøk av en brukerveileder fra fylkesmannen.

Individuelle planer er også et viktig redskap for brukermedvirkning. I kontroll av individuelle planer (som omtales i eget avsnitt 13.2.3) så vi en del individuelle planer. Disse var alle oppbygget med tanke på brukermedvirkning og det fremgikk at brukerne selv hadde vært med å bestemme mål og tiltaksplaner.

12.3 Revisors vurdering: Problemstilling 2

På bakgrunn av våre funn kan vi vurdere og konkludere i forhold til problemstilling 2.

Sparbyhuset har brukerråd/brukerrepresentanter og kommunen har et råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Det gjennomføres brukerundersøkelser hos noen tjenesteytere, og det er etablert et samarbeid med en brukerorganisasjon. Det bemerkes samtidig at det hos den psykisk helse- og rustjenesten ikke er blitt gjennomført noen brukerundersøkelse i løpet av de seneste år. Det at brukerundersøkelsene hos ViTT, Flisabo og den psykisk helse- og rustjeneste gjennomføres hver for seg og som en del av øvrige virksomhetsområders undersøkelser, gjør at det er få besvarelser fra den aktuelle brukergruppe, det blir vanskelig å sikre anonymitet, det er ikke mulig å sammenlikne resultater på tvers (f.eks. mellom Flisabo og Kjølarønningen) og måleindikatorer blir ikke tilpasset brukergruppen med psykisk helse- og/eller rusproblemer. Det betyr at det samlet sett er få og overordnede resultater fra brukerundersøkelser for den aktuelle brukergruppe.

Det er blitt sagt at det er vanskelig å gjennomføre brukerundersøkelser rettet mot brukere med psykiske helse- og rusproblemer. Det er mulig å gjennomføre brukerundersøkelser på andre måter enn med en klassisk spørreskjemaundersøkelse.

Det er i revisjonskriteriene kun satt krav om at kommunen anvender/har enn eller flere av de nevnte instanser/tiltak. Overordnet sett vurderer revisor derfor at Åsnes kommune og den psykiske helse- og rusomsorg har sikret brukermedvirkning på systemnivå, men det noteres som en mangel at det ikke gjennomført noen brukerundersøkelse hos den psykisk helse- og rustjeneste i løpet av de seneste år.

Forøvrig noteres det som en mangel at resultatene fra de øvrige tjenesteyteres brukerundersøkelser ikke fremgår av kommunale planer eller er å finne på kommunens hjemmeside.

Det er vanskelig å måle i hvilken grad det er brukermedvirkning på individnivå. Med bakgrunn i intervjuer er det revisors inntrykk at de ansatte har fokus på brukermedvirkning på individnivå og at de jobber aktivt for å sikre dette. Dette er også dokumentert i individuelle planer.

Konklusjonen på problemstilling 2 er at Åsnes kommune ivaretar hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen. På systemnivå foretas det brukerundersøkelser og det finnes brukerråd i relevante tjenesteenheter. At brukerundersøkelsene gjennomføres i ulike virksomheter til små målgrupper, medvirker til at undersøkelsene virker lite relevante, vanskelig kan sammenliknes på tvers og blir mindre brukbare for tjenesteyterne selv og på et mer overordnet planmessig og strategisk kommunalt nivå. Kommunen har etablert samarbeid med lokale brukerorganisasjoner. Revisor vurderer at det finnes brukermedvirkning på systemnivå, men at det kan skje forbedringer i omfanget og organiseringen av denne brukermedvirkning, særlig hva angår utformingen av brukerundersøkelsene til den aktuelle gruppe. På individnivå skjer brukermedvirkning løpende, f.eks. ved å benytte motiverende intervju som metode. Brukermedvirkning er dokumentert i individuelle planer, og tilgang til brukerstyrt seng ved DPS bidrar også til å sikre brukermedvirkning på individnivå.

13 Problemstilling 3

Et godt kommunalt psykisk helsearbeid bygger på bred tverrfaglig og tverrsektoriell tenkning. Kommunale tjenester til personer med psykiske problemer utføres i flere sektorer og av ulike faggrupper i kommunen. Arbeidet på feltet krever et sterkt fokus på samarbeid innad i kommunen, med spesialisthelsetjenesten og med frivillige organisasjoner. Det er viktig med godt samarbeid mellom fastlegen og øvrige aktører innen psykisk helsearbeid i kommunen.

Det har blitt satt fokus på at personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusrelaterte problemer ikke har fått et helhetlig tjenestetilbud i god nok grad. Rapporter fra Helsetilsynet og Riksrevisjonen har pekt på store variasjoner i tjenestetilbudet og manglende samhandling mellom tjenestene. Regjeringen vil – ifølge seneste proposisjon til Stortinget – fortsette arbeidet med at tilbudet til personer med psykiske problemer og rusavhengighet skal være helhetlig og samordnet.⁵²

Det er en stor utfordring at de enkelte tjenesteytere ikke samhandler godt nok. Denne utfordringen gjelder både innad og mellom nivåene. For å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester er det eksempelvis viktig å få til god samordning mellom helse- og omsorgstjenestene og NAV-kontorets tjenestetilbud. Spesielt vil personer med samtidige rus- og psykiske lidelser ha mulighet til bedring av både symptomer og livskvalitet dersom begge lidelsene utredes og behandles på en koordinert måte.⁵³

Private, ideelle organisasjoner og selvhjelpsfeltet, har vært og er viktige bidragsytere på rusfeltet. Innsatsen til offentlige og private bidragsytere må – ifølge melding fra Stortinget 2010-2011 – samordnes bedre, samtidig som private aktører må sikres større grad av forutsigbarhet.⁵⁴

Ut i fra en risiko- og aktualitetsvurdering har denne forvaltningsrevisjon derfor søkt å besvare følgende problemstilling:

Problemstilling 3:

I hvilken grad sikrer Åsnes kommune at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud?

⁵² Prop. 1. S (2013-2014), kap 10: Psykisk helse.

⁵³ Helsedirektoratet: Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.

⁵⁴ Meld. St. 30 (2011-2012) s. 22 f.

13.1 Revisjonskriterier

Utleddning og kilder for revisjonskriterier for problemstilling 3 fremgår av vedlegg A. Kriteriene er i kortform som følger:

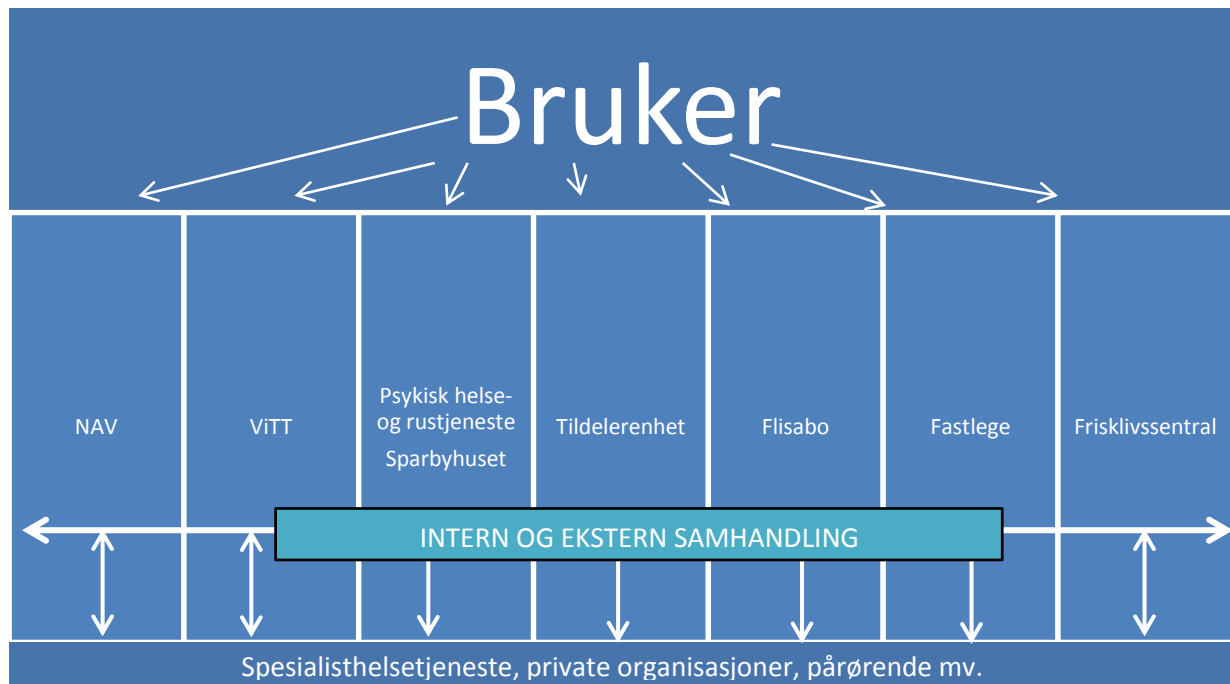
For å sikre at kommunen sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud, bør man - på bakgrunn av de føringer som ligger fra helsedirektoratet og relevant lovverk - kunne forvente at kommunen oppfyller følgende kriterier:

1. At kommunen legger til rette for samhandling på systemnivå, dvs. internt i kommunen og med andre tjenesteytere/etater for å bidra til helhetlige og koordinerte tjenester, herunder:
 - a. At det finnes arenaer for samhandling
 - b. At det finnes avtaler eller andre former for formalisering av samarbeidet, bl.a.
 - i. dokumentasjon av samhandling og beskrivelser av samhandlingsrutiner
 - ii. at det er inngått samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket
 - iii. At planarbeidet mellom de ulike tjenesteytere koordineres
 - c. At kommunen har koordinerende enhet i tråd med lovkravene
 - d. At en ved vedtak om og gjennomføring av kommunale tjenester, ser de ulike tjenestene i sammenheng
2. At kommunen har oversikt over frivillige og ideelle aktører lokalt og regionalt, og at frivillige tiltak inkluderes i kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplaner og øvrig relevant planverk.
3. At kommunen sikrer helhetlige og koordinerte tjenester på individnivå, herunder
 - a. At kommunen sikrer at pasienter/brukere får individuell plan og koordinator i tråd med lovkravene, dvs.
 - i. Om bruker får tilbud om, utarbeidelse og oppfølging av individuell plan
 - ii. Om bruker får tilbud om og oppnevning av koordinator
 - iii. Om det gis oppfølging, opplæring og veiledning av koordinator
 - b. Dersom pasient med rett til individuell plan ikke ønsker individuell plan, må kommunen på annen måte sikre at pasienten mottar helhetlige og samordnede tjenester. Det bør dokumenteres at tilbud er gitt.

13.2 Funn

13.2.1 Tema: Helhetlige, fleksible tilbud og koordinering/samhandling

En vesentlig faktor for vellykket koordinering mellom enhetene er samhandling. Denne samhandling skal skje på tvers av kommunale enheter/virksomhetsområder og med eksterne aktører, f.eks. spesialisthelsetjenesten (som illustrert av Figur 28).



Figur 28. Illustrasjon av aktører og behov for samhandling for brukere av psykisk helse- og rusomsorg.

Brukere er ofte i kontakt med to eller flere kommunale tjenesteytere og det må derfor samhandles på brukernivå. Dette skjer typisk i ansvarsgruppemøter. Samhandlingen på individnivå beskrives i avsnitt 13.2.1.1 herunder.

En annen og tilsvarende viktig del av samhandling, er den som ikke direkte omhandler en enkelt bruker, men som kan angå samhandling omkring rutiner, utveksling av kompetanse, kjennskap til hverandres tjenester osv. Dårlig eller mangelfull samhandling på systemnivå kan medvirke til at samhandlingen på brukernivå blir av dårligere kvalitet. Samhandling på systemnivå kan altså sies å være en viktig parameter for å sikre god samhandling på brukernivå. Samhandlingen på systemnivå beskrives i avsnitt 13.2.1.2.

13.2.1.1 Samhandling på individnivå

Flere parter har uttalt at samarbeidet er velfungerende på individnivå på tvers av yrker og virksomheter. Innenfor psykisk helse er det særlig viktig at fastleger, barnevern, psykisk helse- og rustjeneste, ViTT og NAV samhandler.

Samhandlingen på brukernivå er avhengig av brukerens samtykke til at de ulike tjenesteytere kan dele informasjon. NAV gir eksempelvis i utpunktet ikke beskjed til andre virksomheter om tunge rusmisbrukere eller andre som ikke møter opp til avtaler, jf. taushetsplikten. Men i veiledningssamtalene og i samhandling med brukere kan NAV informere om kommunens øvrige tilbud på Sparbyhuset, ruskonsulent, psykisk helseteam mv. Innen for den psykisk helse- og rustjeneste er det

etablert rutiner for å sikre brukeres samtykke til at tjenesten kan gi informasjon om brukeren til andre tjenesteytere.

Tildelerenheten, ViTT, Flisabo og øvrige tjenesteytere deltar på nettverksmøter når bruker skrives ut fra sykehus, og det blir avholdt ansvarsgruppemøter/IP-møter hvor representanter fra ulike kommunale tjenester, fastlege og spesialisthelsetjenesten kan delta.

Mellom ViTT og Psykisk helse- og rustjeneste vil det ofte være mer intensiv samhandling i en overgangsfase, hvor bruker fases over til ViTT. Tjenestene som ytes i de to tjenestene har elementer av det samme, f.eks. når det angår sosial trening/praktisk oppfølging, men typisk vil tjenestene i ViTT være av mer varig karakter.

Samarbeidet med NAV kan - fra øvrige kommunale aktørers ståsted – i noen tilfelle være utfordrende på brukernivå. NAV kan være vanskelig å komme i kontakt med, og det er ofte bytte av saksbehandler. Tilbakemeldinger fra DPS Kongsvinger (se vedlegg B) bekrefter at NAV altså på dette punktet kan oppleves som lite tilgjengelige.

Vi har fått tilbakemelding fra bruker om at det i dennes tilfelle ble avholdt samtale mellom ham, DPS og psykisk helse- og rustjeneste i Åsnes ved utskrivelse fra DPS. Det bidro til at bruker visste hvem han skulle forholde seg til i kommunen når han ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten. Erfaringen hans er at det har vært god informasjonsflyt mellom DPS Kongsvinger og Åsnes kommune.

Forøvrig vil en *Individuell plan* ofte være godt verktøy for å sikre samordning mellom de ulike tjenesteytere, samtidig som den sikrer at brukere får bedre innflytelse og medvirkning. Dette tema omtales i avsnitt 13.2.3

13.2.1.2 Samhandling på systemnivå

13.2.1.2.1 Samhandling med spesialisthelsetjenesten

I ny rapport fra arbeidsforskningsinstituttet om samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser (rus og psykiatri) med voldsproblematikk, konkluderes det blant med at jo sterkere organisering av og satsning på kommunale helse- og omsorgstjenester det er for målgruppen, desto bedre er grunnlaget for samhandlingen med spesialisthelsetjenesten.⁵⁵ Det er bred oppslutning om at det er i kommunen at målgruppen skal leve sine liv og at det meste av oppfølgingen må skje i kommunen.

Ansatte i kommunen uttaler at de har godt samarbeid med DPS Kongsvinger. I svar fra DPS Kongsvinger bekreftes det at spesialisthelsetjenesten også opplever at de har et godt samarbeid med Åsnes kommune og at tilbudet oppleves som bra (se vedlegg B).

Spesialisthelsetjenesten avholder informasjonsmøter en gang pr år ved Elverum sykehus, og to ganger pr år ved Sykehuset i Kongsvinger. Her deltar representanter fra Åsnes kommune. Det blir gitt informasjon om hva kommunene gjør i ulike sammenhenger, og man deler erfaringer i forhold samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. I tillegg reiser DPS Kongsvinger ut til kommunene i såkalte samarbeidsmøter. På virksomhetsnivå er det primært Flisabo, som har faste møter med Sanderud (spesialisthelsetjenesten).

⁵⁵ AFI-rapport (2014): *Samspill eller svarteperspill? En studie av ansvarfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser og voldsproblematikk*. Side iii.

13.2.1.2.2 Intern samhandling

Det er blitt avholdt informasjonsmøter/dagssamlinger med ny kommunalsjef og i tillegg avholdes det møter i nytt team for virksomhetsledere HPLO (helse pleie og omsorg). Disse møtene på virksomhetsledernivå har ikke funnet sin form ennå. Andre møtearenaer er lederforum med rådmannen, ledermøter på de enkelte virksomhetsområder med fokus på hele virksomhetens planer og målsetninger. Generelt omhandler møtene strategi, økonomi etc. og handler lite om samhandling, og den konkrete hverdag på virksomhetsområdene.

Den psykiske helse- og rustjeneste samarbeider tett med fastleger, NAV, Frisklivssentralen og helsestasjonen dersom det gjelder barn. Den psykisk helse og rustjeneste har etterspurt samarbeid og møtepunkter med ViTT, men det er ikke etablert. Sparbyhuset dagsenter har ikke noen etablert samhandling med kommunens frisklivssentral.

Det er data som viser til at samarbeidet mellom NAV og den psykisk helse- og rustjeneste er velfungerende. Det er her også utarbeidet en intern samarbeidsrutine, og det avholdes møter hver 6. uke, hvor saker på brukernivå er til drøfting. Leder for NAV har også informert på personalmøte hos den psykiske helse- og rustjeneste om NAV og etablert samhandling.

Tildelerenheten har fra 25.8.2014 etablerte møter med kommunalsjef hver 14. dag som omhandler status/statistikk og prioriteringer/føringer. De tidligere møtene med virksomhetsledere fra ViTT og hjemmetjenesten er utgått, idet tildelerenheten nå ligger under kommunalsjefen. Saksbehandler for tildelerenheten har imidlertid regelmessig kontakt med bo-lederene i ViTT.

Tildelerenheten har ikke møter med den psykiske helse- og rustjeneste, men tar kontakt per telefon ved behov.

Leder for Flisabo deltar i ledergruppemøter innenfor hjemmetjenesten, som omhandler administrative ting som økonomi, utviklingsplaner og andre overordnede saker. Det er kun Flisabo som er en psykiatribolig innenfor hjemmetjenesten, og det er ingen øvrige faste møtearenaer med øvrige aktører innen for psykisk helse- og rus i kommunen, som omhandler tjenestetilbudet til denne brukergruppe.

Det er ikke noe etablert samarbeide mellom Flisabo og tildelerenheten. Flisabo ønsker fortsatt et bedre samarbeid / dialog med tildelerenheten for vurdering av hvem som bør få tildelt plass ved Flisabo. Det er viktig at boligen ikke blir en oppsamlingsplass for «*de vanskelige og krevende*» i kommunen, men at pasientene blir nøye vurdert gjennom dialog med alle instanser (tildelerenheten / Flisabo / legen og eventuell hjemmesykepleien). Dette for å finne den rette pasienten som kan nyttiggjøre seg kompetansen og det målrettede miljøarbeidet som er på Flisabo. Tildelerenheten må derfor ha kunnskap om hva Flisabo er og hvordan de jobber. For øvrig har Flisabo et fungerende samarbeid med tildelerenheten og vedtak blir forandret ved behov.

I tillegg er det ønske om et tettere samarbeid mellom Flisabo og psykisk helse- og rustjenester, herunder Sparbyhuset. Bruker ved Flisabo benytter Sparbyhuset, men det er lite dialog omkring tilbudet ved Sparbyhuset, og hvordan dette også kan være til nytte for brukere fra Flisabo og eventuelle noen brukere fra ViTT.

I ViTT avholdes det terapeutmøter, kvalitetsmøter og personalmøter. På kvalitetsmøter settes det fokus på rutiner og prosesser internt i ViTT.

I kommunens egen utredning av rusomsorgen konkluderes det med at det er få samhandlingsrutiner. Det at ruskonsulenten ble overflyttet fra NAV til den psykiske helse- og rustjeneste skulle, og har også bidratt til å styrke rusfeltet og samhandlingen på dette område.

Intervjupersoner på ledernivå forteller at det ikke er inngått avtaler for formalisert samarbeid eller samhandling innad i kommunen. Likevel synes det å være mer samhandling nå enn tidligere. Noen intervjupersoner mener at tildelerenheten virker «*samhandlende*», dvs. medvirker til at det blir mer samhandling mellom ViTT, hjemmetjenesten og sykehjemmet, og enkelte ser samhandlingen som en styrke ved kommunen. Det at de ulike tjenester i kommunen har felles journalsystem, bidrar også til samhandling.⁵⁶ Noen intervjupersoner opplever imidlertid at det er store forskjeller i pasientjournaler og føring av disse hos de ulike tjenesteytere.

Flere øvrige intervjupersoner mener likevel at det fortsatt er lite samhandling på systemnivå og at samhandlingen kan forbedres. De ulike virksomhetene har ulik kultur og «*sitter på hver sin tue*». Det er ikke tale om en konflikt mellom de ulike enheter, men det er rett og slett mangelfullt kjennskap til hverandre og få eller ingen arenaer for samhandling. Det er ikke etablert tilstrekkelig med samhandlingsmøter selv om det har vært snakket på at det kan være nyttig. Det synes spesielt å være lite samhandling på systemnivå mellom den psykiske helse- og rustjeneste og øvrige tjenesteytere. Den psykiske helse- og rustjenester synes å fungere som en egen lukket tjeneste. Det er også kommet tilbakemeldinger om at det blant noen er en følelse av at psykisk helse og rustjeneste er «*hevet*» over ViTT og Flisabo, og at de derfor føler seg som «*B-lag*», som sjelden blir involvert i den felles psykiatritenkningen i kommunen. Ved tilsyn er det eksempelvis kun den psykiske helse- og rustjeneste som blir sett på. I tillegg opplever Flisabo at det blir stilt spørsmål ved om det er riktige pasienter som bor på Flisabo, noe som blir vurdert kontinuerlig av Flisabo og tildelerenheten. Det kan til tider oppleves som mistillit av vurderingskompetansen.

Den manglende samhandlingen kan forklares med valgt organisering, hvor de tjenesteytende enheter til brukergruppen av psykisk helse- og rusomsorg er plassert under ulike virksomhetsområder. Flisabo er under hjemmetjenesten, ViTT er et eget virksomhetsområde, tildelerenheten er plassert direkte under kommunalsjef, psykisk helse og rustjeneste er plassert under helseleder. I tillegg kommer samhandlingen med NAV og spesialisthelsetjenesten.

Det at de ulike enheter er fysisk plassert på ulike kontorer, kan også bidra til at samhandling blir vanskeligere å etablere.

Samhandling mellom de tjenester som jobber med brukere med psykisk helse- og/eller rusproblemer i kommunen vil blant annet være nyttig for å utnytte kompetanse på tvers. Eksempelvis har psykisk helse- og rustjeneste en kompetanse, som ansatte i ViTT og Flisabo kan nyte godt av og omvendt. Denne samhandling og bruk av kompetanse på tvers eksisterer ikke i dag.

Ansvar for psykiske helse- og rustjenester ligger formelt i virksomhet helse. Dette ansvaret medfører etter noen intervjupersoners mening også en plikt til å dele informasjon/kunnskap, ta initiativ til samhandling, sette ting i system. Per i dag er det som nevnt lite samhandling på systemnivå mellom virksomhetene.

Flisabo omsorgsbolig og ViTT har mange enslydende tjenester, men til ulike aldersgrupper. De har på mange måter lik versjon og arbeidspraksis og ville kunne lære av hverandre og bruke hverandre i ulike

⁵⁶ Dersom tjenester skal kunne utveksle informasjon krever det samtykke fra pasient.

sammenhenger. Til nå har denne samhandling ikke eksistert, og det var først etter en mellomlederkonferanse at de to tjenesteyter «oppdaget» hverandre, og ser at de jobber med mye av det samme, og kunne ha nytte av kompetanseutveksling mv. ViTT og Flisabo håper dette kan bli bedre for fremtiden, noe det allerede er tegn på ettersom (mellom-)ledelsen nå er oppmerksom på hverandre, og hvilke tjenester de ulike virksomheter tilbyr.

Som eksemplet over illustrerer har status vært at tjenesteytere kjenner lite til øvrige tjenesteytere i kommunen, og det har derfor vært og er også fortsatt vanskelig å kjenne og utnytte bredden i kommunens tjenestetilbud.

Tildelerenheter tildeler tjenester til Flisabo (som er organisert under hjemmetjenesten) og til ViTT (eget virksomhetsområde), mens Psykisk helse- og rustjeneste fatter egne vedtak. Det at noen tjenester tildeles fra tildelerenheten, mens andre tildeles av tjenesteyter selv, kan også bidra til at samhandling blir vanskeligere. Tildelerenhets kjennskap til Psykisk helse- og rustjeneste vil selvsagt ikke bli det samme som til øvrige enheter, hvor de selv er ansvarlige for tildelinger. Denne problemstilling er også omtalt og behandlet i kapittel 11.2.8.

ViTT har kommet med endringsforslag til rådmannen for å bedre samhandling mellom virksomhetene og sikre at virksomhetene kommer i bærekraftig økonomisk balanse. ViTT har et ønske om at tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusproblem blir samlet. I ViTT's opprinnelige forslag fremgår følgende:

«ViTT ser muligheter for å minke antall virksomheter fra 4->3. Åsnes kommune er en ROBEK kommune og det må store endringer til for å komme opp i en bærekraftig økonomisk balanse. En av mulighetene er å se på organisering. Vi har et ønske at tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusproblem blir samlet under et. Per dags dato er virksomhetsleder for helse konstituert og vi bør undersøke muligheter for omgjøring nå. I vårt opprinnelige forslag kan ergo- og fysioterapi ligge i hjemmetjeneste. Dermed får de en mer habiliteringsrettede arbeidsmåte. Leger kan ligge under kommunalsjef på lik linje som tildelerenhet. Psykisk helse team og rustjenester kan bli en enhet sammen med Flisabo og deler av ViTT (inkl. dagsentrer) som jobber med dette feltet. Disse kan ligge både under ViTT eller virksomhet hjemmetjeneste. Helsestasjon, barn- og familieteamet kan gå i hop med avlastningsbolig og kan ligge både i ViTT eller hjemmetjeneste. Frisklivscentralen kan lempes inn i hjemmetjeneste, da de får mer fokus på forebyggende arbeid, men kan også ligge direkte under kommunalsjef for å heve viktighet av forebyggende arbeid mer tverrsektoral. Å samle psykiatri og rustjenester under et kan gi bedre utnytte av ressurser, kunnskap og kompetanse. Brukergruppene er fortsatt ulike, og ikke alt er under et tak, men samlet organisering gjør noe for tilhørighet og samhandling.»

Det er ikke avklart hva som skjer med ViTT's forslag.

I Intervju har også leder for Flisabo gitt uttrykk for at hun ser det som naturlig med en omorganisering, eventuelt ved å samle (deler av) Kjølørønningen og Flisabo i en organisatorisk enhet, som da kan være Åsnes kommunes døgnetenhet for psykiatri. Det sees ikke som hensiktsmessig å samle boligene fysisk, da det pr i dag er mange unge psykiatripasienter med rusproblematikk som er tilknyttet Kjølørønningen. Det medfører mye uro, noe som er uheldig for beboerne ved Flisabo. I tillegg er de eldre på Flisabo mindre mobile enn de yngre på Kjølørønningen, og beboere benytter seg av tilbud på Sparbyhuset og arbeidsstua på sykehjemmet, som er i gangavstand. Hvis beboerne på Flisabo blir flyttet vil det medføre behov for transport / ekstrakostnad, eller alternativt vil beboerne slutte å benytte seg av tilbudet når det ikke er like tilgjengelig lenger.

Flisabo finner det naturlig at psykisk helse- og rustjeneste blir med i en ny felles «psykisk helsetjeneste», som er plassert under ViTT eller Hjemmetjenesten. Denne «psykiske helsetjeneste» (psyk.team / rustjeneste, ViTT's hjemmetjeneste, Kjølørønningen og Flisabo) skal bidra til å samle kompetanse og gi et mer oversiktlig og jevnt fordelt budsjett for psykiatrien, ved at Flisabo, Kjølørønningen, ViTT's hjemmetjeneste og psykisk helse/ rustjeneste tilhørte samme virksomhet.

Flisabo ser samtidig for seg at det under én virksomhetsleder er tre mellomledere i en fremtidig «psykisk helsetjeneste» - én mellomleder for psykisk helse og rustjeneste (med alt den inneholder av tjenester i dag bortsett fra dagsenteret), én mellomleder for psykiatriboliger (Flisabo og Kjølørønningen) og én mellomleder for dagsenter og psykiatrisk hjemmetjeneste (ViTT's hjemmetjeneste / miljøarbeidertjeneste).

De tjenesteenheter som stiller seg positive til en omorganisering til tjenestetilbudet, mener det vil bidra til et høyere kompetansenivå og et mer sammensatt behandlingstilbud for brukerne.

Tilbakemeldinger fra flertallet av intervjupersonene bekrefter at det er behov for omorganiseringer, og at det kan være ønskelig at tjenester til brukere av psykisk helse- og rustjeneste organiseres under et virksomhetsområde. Den nåværende psykisk helse- og rustjeneste synes å være mest forbeholden til en slik løsning, og opplever nok i mindre grad at den spredte organisering i kommunen er et problem. De opplever at Åsnes er en liten kommune som gjør det lett å få oversikt og å få til et samarbeid uavhengig av om tjenestene ligger sammen organisasjonsmessig. Det understrekes for øvrig at den psykisk helse- og rustjeneste ikke har uttalt seg om ønsker og forestillinger om en fremtidig endring i organisering. Det poengteres også at revisor ikke vil foreta noen vurdering av forholdet som angår kommunens fremtidige organisering. Det antas at kommunen selv vil gjennomføre tiltak, nå som ny kommunalsjef for helse og omsorg er på plass, og det kan bli lagt mer overordnede føringer for samhandling og samarbeid.

13.2.1.3 *Fleksibilitet i tjenestetilbudet*

Intervju – også med brukere - har gitt oss inntrykk av at tjenestene og de ansatte er fleksible, at tjenestene tilpasses brukeren og at de legger vekt på å «*møte brukeren der vedkommende er*». De ansatte reiser ut til pasienter ved behov og gjør individuelle vurderinger i hvert enkelt tilfelle, og det tilstrebes å kunne tilby individuelt tilpassede tjenester ved å snakke med pasientene om hva de ønsker, og hva kommunen har av tilbud. Et eksempel på fleksibilitet i tjenestetilbudet er at det kontinuerlig er IPLOS oppdateringer på brukerne ved Flisabo, hvilket gir et bilde over pasientens utfordringer og hjelpebehov til enhver tid. Det bidrar til å sikre at botilbudet kan tilby fleksible og individuelle tjenester etter behov.

13.2.2 **Tema: Plandokumenter som sikrer helhetlige og koordinerte tjenester**

Det fremgår av den kommunale planstrategi 2012-2015 at det er behov for årlig rullering av handlingsplanen for helse og omsorg pga. samhandlingsreformen. Plan for psykisk helse skal innlemmes i denne handlingsplanen. Det går samtidig frem at kommunen har behov for en handlingsplan mot vold i nære relasjoner, liksom det skal foreligge en felles handlingsplan mot rusmiddelbruk i Solør. Handlingsplanen for tiltak innen rus-området i Solør er en interkommunal plan og det er behov for å konkretisere tiltakene ytterligere for Åsnes. I den kommunale planstrategi er NAV

oppført som ansvarlig for handlingsplanen på rus-området⁵⁷, mens rådmannen er ansvarlig for den overordnede handlingsplan for helse og omsorg (årlig revidering) samt den mer konkrete planen mot vold i nære relasjoner (frist 2013). NAV blir involvert i utarbeidelse av kommuneplanens samfunnsdel og NAV har ansvaret for helhetlig integreringsplan for flyktninger.

Kommunen utarbeider nå en utredning av organiseringen av rus og psykisk helse som en del av en større omstillingsprosess i kommunen. Den første delrapporten er ferdigstilt og omhandler kommunens rusomsorg. Forøvrig ble det gjennomført en tjenesteanalyse av den psykiske helsetjeneste i kommunen i 2011.

ViTT har utarbeidet en strategiplan for 2014-2015. Strategiplanen skal være et hjelpemiddel til bl.a. å fokusere sterkere på utvikling, planlegging og ledelse. Planen inneholder en rekke strategiske mål og tiltak, som blant annet angår økning av brukermedvirkning og å utnytte ressurser på best mulig måte for brukere og ansatte.

Forøvrig har revisjonen ikke sett noen øvrige, nyere oppdaterte lokale plandokumenter for området som omhandler tjenester til personer med psykiske helse- og rusproblemer.⁵⁸ Det er lite oppdatert planverk på kommunens hjemmeside.

Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom DPS Kongsvinger og Åsnes kommune, som skal definere intensjonen om samarbeid, ansvarsforhold, og gjensidig forpliktelse i forhold til pasienter med psykiske lidelser.

13.2.3 Tema: Individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Når en person har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, er det kommunen som har hovedansvaret for at det blir utarbeidet en IP. Dette er tydeliggjort i ny og revidert lovgivning i samhandlingsreformen. Spesialisthelsetjenesten har imidlertid plikt til å medvirke.

I Åsnes er ansvaret for utarbeidelse av IP tillagt de enkelte tjenesteytere, men det er en saksbehandler i tildelerenheten som har et overordnet ansvar for IP og koordinatorene. Saksbehandleren har ansvar for å finne en hovedkontakt/koordinator til brukere som har behov sammensatte tjenester, og som trenger helhetlige og koordinerte tjenester. Videre skal vedkommende ha oversikt over antall IP'er, innholdet i disse og hvem som er koordinatorene. Samtidig skal saksbehandleren på tildelerenheten veilede de oppnevnte koordinatorene, overvåke kvalitet og kontinuitet.

Åsnes kommunene har etablert skriftlig prosedyre for utarbeidelse av IP. Intervjupersoner uttaler at den individuelle planen som ligger på kommunens hjemmeside ikke er oppdatert og oppleves som lite brukervennlig. Den er derfor ofte ikke i bruk, og noen tjenester benytter seg av en forenklet utgave av mal for IP som er utarbeidet lokalt.

Det er rundt 50 personer under tildelerenheten som har IP, hvorav den største andelen er i ViTT. Flertallet av brukere med psykiske problemer og/ellers rusproblemer i ViTT har altså en IP. Vi har fått

⁵⁷ Det antas at det nå er psykisk helse- og rusomsorg som er ansvarlig for dette, ettersom rusomsorg er overflyttet hit fra NAV.

⁵⁸ Boligsosialhandlingsplan omtales i avsnitt 11.2.10.

opplyst at cirka 40% av brukerne i VITT har individuell plan. Ikke alle brukere har omfattende tjenester som trenger koordinering og dermed vil alle ikke være målgruppe for en IP. I de individuelle planer utarbeides det målsettinger for brukerne, det gjennomføres evalueringer og dette dokumenteres. Dersom brukeren ikke ønsker individuell plan, blir det ført inn i pasientjournalen i Profil.

Det er ingen brukere ved Flisabo som har en individuell plan. Det kan være 1 – 2 som kunne hatt det. Pasientene nekter imidlertid, og dette er dokumentert i pasientjournalen til de det gjelder.⁵⁹

13.2.3.1 Om individuelle planer i den psykisk helse- og rustjeneste

Vi har foretatt en grundig kontroll av rutiner og opprettelse av lovkravene i forhold til tilbud og utarbeidelse av IP'er ved den psykisk helse- og rustjeneste.

Psykisk helse- og rustjeneste skal sørge for at alle aktuelle pasienter får informasjon om at de har rett på individuell plan og hva det innebærer mv. De benytter og utleverer informasjonsbrosjyre fra sosial- og helsedirektoratet, og alle brukere skal få tilbud om IP på vurderingssamtale. Dette er nylig blitt etablert som rutine etter at de har opprettet avkrysningsfelt for tilbud om IP'er på søknadsskjemaet for tjenester. Det er ikke tilsvarende avkrysningsmulighet for skjemaene som benyttes ved evalueringssamtaler.⁶⁰ Skjemaene underskrives av den enkelte bruker.

En del brukere på psykisk helse- og rustjeneste har tjenester fra flere enheter og langvarige behov. Dersom de kun har tjeneste fra fastlege eller NAV i tillegg til psykisk helse- og rustjeneste, utarbeides det normalt ikke en IP.

Brukere som er aktuelle for IP blir spurt om de ønsker dette, og dersom bruker ikke ønsker IP, skrives det inn i pasientjournalen til vedkommende. Det er ikke uvanlig at brukere ikke ønsker en IP. I forhold til dette er det viktig hvordan IP blir presentert overfor brukeren.

Brukere med en IP, vil som oftest ha kopi av egen IP, mens koordinator har IP'en i datasystemet, som også gjerne sendes i kopi til aktuelle samarbeidsparter (NAV, fastlege osv.). IP'en kan inneholder målsetninger for brukeren, som brukeren selv er med til å definere.

13.2.3.1.1 Resultater fra kontroll av individuelle planer

Vi har gjennomført en kontroll av om utvalgte brukere har individuell plan (hvis de selv ønsker det), om tilbud om individuell plan er dokumentet og om innholdet i de individuelle planer følger krav i forskrift. Vi har sett på 12,3% av de aktive brukere i den psykisk helse- og rustjeneste i 2014⁶¹

Gjennomført kontroll kan oppsummeres slik:

⁵⁹ Det er ikke gjennomført kontroll av disse påstandene. Funnene hviler på egenutsagn fra ansatte i ViTT og på Flisabo.

⁶⁰ Dette ble et samtaleemne mellom revisor og ansatt ved den psykiske helse- og rustjeneste ved kontroll av individuelle planer. Det ble sagt at den psykiske helse- og rustjeneste ville vurdere å tilføye et slikt punkt på evalueringsskjemaene. Ved evalueringen vil bruker ha erfaring med tjenestene og kan derfor bedre vurdere om han/hun ønsker IP.

⁶¹ Perioden 1.1.2014 – 15.10.2014

Bruker nr.	Varighet	Instanser i kommunen	Behov IP		Dokumentert tilbud IP		IP		Dokumentert tilbud koordinator		Koordinator	
			Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
-	Fra	Stk.										
1	Fra 1999	3	X			X		X		X	X	
2	06/2014	1		X		X		X		X	X	
3	04/2012	1		X		X		X		X	X	
4	03/2014	1		X		X		X		X	X	
5	10/2013	1		X		X		X		X	X	
6	Fra 2008	2	X		X		X			X	X	
7	06/2001	2	X			X		X		X	X	
8	01/2014	1		X		X		X		X	X	
9	06/2014	3	X			X		X		X	X	
10	03 – 08/2014	1		X		X		X		X	X	
11	06/2014	1		X		X		X		X	X	
12	05/2014	1		X		X		X		X	X	
13 ⁶²	02/2012	1	X		(X)			X		X	X	
14	03/2012	1	X			X	(X)			X	X	
15	03/2012	1	X			X		X		X	X	

Tabell 1. Utvalg av aktive brukere 1.1.2014 – 15.10.2014 – Kontroll av IP

Kontrollen viste at det er et fåtall brukere på psykisk helse og rustjeneste som har IP. Vi fant en bruker som hadde IP, og ytterligere 6 brukere som burde fått tilbud om IP. I kontrollen er det ikke tatt hensyn til om brukere har fått tjenester fra spesialisthelsetjenesten fordi dette ikke fremgår av kommunens pasientjournalssystem. Noen brukere vil derfor ha tjenester fra flere instanser enn de som er anført i vår kontroll. Antall brukere med krav på tilbud om IP, vil derfor trolig være høyere enn vi har anført her.

Det er ikke dokumentert at brukere med krav på en IP, har fått tilbud om IP. Det er videre ikke dokumentert at brukere har fått tilbud om koordinator. Vi har fått opplyst at brukerens primærkontakt ved psykisk helse- og rustjeneste fungerer som koordinator, og legger til grunn at brukere har koordinator. Koordinatorene mottar ikke tilbud om opplæring fra koordinerende enhet (tildelerenheten).

Vi har fått opplyst i intervju at alle pasienter som er på heldøgns-rusbehandling i spesialisthelsetjenesten har / får utarbeidet IP. Kontrollen viste at noen brukere som hadde hatt langvarige tjenester ved psykisk helse- og rustjeneste og som var innlagt på institusjon, ikke hadde fått utarbeidet en IP. I praksis vil nok dette ofte bli gjort av den aktuelle behandlingsinstitusjon. Vi har fått opplyst at mange rusmisbrukere har dårlige erfaringer med IP'er og har ikke hatt utbytte av å ha en plan. Dette er ofte rusmisbrukere som har vært lenge i hjelpesystemet.

⁶² Påbegynt IP med oversikt over pårørende

Revidert enhet har selv opplyst at de ikke er gode nok på arbeidet med individuelle planer, blant annet som følge av begrenset med ressurser.

I tilknytning til stikkprøvekontrollen fant vi en bruker som har IP. For å få et inntrykk av om innholdet i IP samsvarer med krav satt i forskriftens § 19, valgte vi å se på ytterligere to konkrete brukere som har IP. Innholdet i de tre IP'erne vi kontrollerte samsvarer med krav satt i forskriften (se Tabell 2).

Bruker nr.	Mål, ressurser og behov		Deltakere i arb. med plan		Koordinator		Hva berørte vil bidra med		Aktuelle tiltak		Gjennomføring av tiltak		Planperiode og frister		Samtykke		Angivelse av samarbeidsparter	
	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
-																		
1	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
2	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
3	X		X		(X)		X		X		X		X		X		X	

Tabell 2. Brukere med IP – og kontroll av IP'ers innhold

13.2.4 Tema: Koordinator og fast kontaktperson

En viktig forutsetning for god ivaretagelse av individuelle planer, er at ansatte i tjenesteutøvende enheter kan ta rollen som koordinator. Kommunen skal tilby pasient/bruker en koordinator som skal sikre nødvendig oppfølging, samordning og framdrift i arbeidet med individuell plan.⁶³

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, og dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.⁶⁴

Brukere kan selv komme med ønske om, hvem de ønsker som koordinator. Deretter blir koordinator spurt om å ta på seg rollen. Det er som oftest en kommunalt ansatt, men alle i ansvarsgruppa rundt bruker, kan være koordinator.

Tildelerenheten er koordinerende enhet og har ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene. Hovedkontakter/koordinatorene får opplæring ved at ansatt fra tildelerenheten gjennomgår et skjema for nye hovedkontakter, som forklarer hva det innebærer å være hovedkontakt, hvilke oppgaver vedkommende har mv. Revisor har sett dette skjema, som består av en kortfattet brosjyre fra helsedirektoratet om koordinators oppgaver. Kommunen har ikke kunne vise til interne skriftlige rutiner for opplæringen, og hva denne mer konkret består i. Intervjupersoner har uttrykt bekymring for om ressursene ved tildelerenheten er tilstrekkelige til å ivareta rollen som koordinerende enhet. Samtidig er det indikasjoner på at deler av kommunen ikke kjenner den koordinerende enhet godt nok.

De ansatte ved psykisk helse- og rustjeneste fungerer i praksis som koordinatorene for sine brukere, selv om dette ikke er dokumentert formelt sett. De ansatte har ikke fått opplæring eller tilbud om opplæring i koordinatorrollen fra koordinerende enhet (tildelerenheten).

⁶³ Helsedirektoratet: Individuell plan og koordinator.

⁶⁴ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21.

I ViTT har alle brukere vedtak om tjenester, og de har en primærkontakt som har hovedansvaret for brukeren. I tillegg har alle brukerne en terapeut som hovedkontakt. Det er hovedkontakten som er brukerens koordinator. Denne må koordinere hvem som skal delta i ansvarsgruppemøter, ansvarliggjøre møtedeltakere mht. oppgaver mv. Dette fungerer bra, men er krevende. Koordinator/hovedkontakt får en standardisert opplæring ved ansettelse.

På Flisabo har alle pasienter primærkontakt og sekundærkontakt. Ingen brukere har oppnevnt koordinator.

Det er en generell erfaring at koordinator-rollen fungerer, men at det kan mangle ressurser til å ivareta det koordinerende arbeid, dvs. at tiden blir prioritert til direkte tjenesteyting, mens det mer administrative og koordinerende arbeid blir nedprioritert. Dette synes primært å være et problem for de tjenesteytere som har kronikerne, dvs. ViTT og Flisabo.

13.3 Revisors vurdering: Problemstilling 3

Revisor vurderer at samarbeidet er velfungerende på brukernivå på tvers av yrker og virksomheter. Det er fleksibilitet i tjenestetilbudet og det tilstrebes å kunne gi individuelt tilpassede tjenester. Det kan skje forbedringer i samarbeidet med NAV, i den forstand at NAV kan oppleves som utilgjengelig og som en bremse for brukerens fremdrift i saksbehandling mv.

På systemnivå er det enkelte møtearenaer på tvers av tjenesteyterne til brukergruppen, og eksempelvis synes samhandlingen på rusfeltet å ha blitt styrket, som et positivt resultat av at ruskonsulenten ble overflyttet fra NAV til den psykiske helse- og rustjeneste. Kommunen har noen avtaler som formaliserer samarbeidet mellom tjenesteyterne, f.eks. i form av samarbeidsavtale mellom NAV og psykisk helse- og rustjeneste og i en samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket. DPS uttaler at de har et godt samarbeid med kommunen.

Det stilles krav til samarbeid og inkludering av de frivillige organisasjoner, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10. Revisor vurderer at kommunen tilfredsstiller kravene i loven, og noterer at kommunen har en samarbeidsavtale med brukerorganisasjonen Mental Helse.⁶⁵

Den interne samhandlingen mellom tjenesteyterne i kommunen synes likevel å være svak, og revisor vurderer at kommunen har mangelfull intern samhandling på systemnivå innenfor den psykisk helse- og rusomsorg. Dette begrunnes i få eller ingen samhandlingsmøter på tvers mellom tjenesteyterne, og en generelt bilde av at virksomhetene jobber mye hver for seg, kjenner lite til hverandre og i liten grad utnytter kompetanse på tvers. Dette synes å i all hovedsak å skyldes at tjenestene innenfor psykisk helse- og rusomsorg ligger i ulike virksomheter (hjemmetjenesten, helseavdelingen, ViTT, NAV, tildelerenheten (under kommunalsjef) mv).

Revisor fremhever som nevnt at samhandlingen på brukernivå i mange tilfelle synes velfungerende. Dårlig eller mangelfull samhandling på systemnivå kan likevel bevirke at tjenestekvaliteten for brukene blir lavere. Brukere med psykiske helseproblemer og rusmiddelmisbrukere trenger et trygt tjenestetilbud, hvor man ikke skal i kontakt med mange ulike personer/instanser, og hvor tjenesteyterne kjenner hverandre. I tillegg kan velfungerende samhandling på systemnivå være en støtte for de enkelte virksomheter og ansatte i forhold til fordeling av kapasitet og kompetanse.

⁶⁵ Dette funn er beskrevet under problemstilling 2 i avsnitt 12.2.1.3.

Kommunen har til vurdering om det vil være faglig og økonomisk utbytte av å samlokalisere i større grad. Det er nylig blitt tilsatt ny kommunalsjef for helse og omsorg, og det pågår nå en gjennomgang og vurdering av hele tjenesteområdet i kommunen. Kommunen er i en omstillingsprosess og helseleder og avdelingsleder for psykisk helse og rustjenester er konstituert i påvente av gjennomgang og vurdering av organisering. Revisor merker seg dette, men må samtidig forholde seg til det her-og-nå bildet, som våre data viser.

Revisor vil ikke foreta noen vurdering av den mulige fremtidige organisering av kommunens tjenestetilbud. Flisabo og ViTT har vært proaktive gjennom å fremlegge sine forslag til omorganisering, og revisor har funnet det naturlig å fremlegge deres synspunkter, men understreker at dette har vært på enhetenes eget initiativ og at dette kun har vært en del av det tema, som angår helhetlige tjenestetilbud (problemstilling 3).

I Åsnes kommune er det overordnet ansvaret for utarbeidelse av IP tillagt tildelerenheten. I praksis er det de enkelte virksomheter som gir tilbud og utarbeider planene. Våre funn fra kontroll ved den psykisk helse- og rustjeneste viser at det er mangler i forhold til individuell plan, spesielt synes det å være et lite strukturert system for å dokumentere at bruker har fått tilbud om IP. Kommunen bør bli bedre til å dokumentere at brukere faktisk har fått tilbud om IP og å utarbeide IP'er for de brukere som har krav om dette og selv ønsker der. Revisor merker seg at den psykiske helse- og rustjeneste selv erkjenner at de bør bli bedre på arbeidet med IP'er.

Omfanget av revisjonens stikkprøvekontroll gir lite grunnlag for å vurdere om brukere som bør ha IP, i hovedregelen har det. Ut fra praksis virker det som om at virksomheten generelt jobber for dette og de har nylig foretatt tiltak for å sikre at brukere med krav og ønske om IP får det. Det skal fremheves at de IP'er vi har sett, oppfyller kravene i forskrift. Det nevnes forøvrig at det er forbedringspotensial i forhold til den overordnede malen for IP, som virksomhetene finner lite brukervennlig.

Vi har funn som tilsier at de fleste av brukerne av den psykiske helse- og rusomsorg har fast kontaktperson i kommunen. Det er imidlertid ikke det samme som at brukerne har koordinator eller at de har fått tilbud om koordinator. Vår kontroll viser at brukere som har IP, også får oppnevnt koordinator i praksis, idet at hovedkontakt/primærkontakt fungerer som koordinator. Dette er imidlertid ikke dokumentert skriftlig. Det synes ikke å være en standardisert rutine for å oppnevne koordinator. Dette synes imidlertid i hovedsaken å være en formel mangel, og ikke noe som har konsekvenser for brukerne i praksis.

Tildelerenheten utgjør kommunens koordinerende enhet for helse- og rehabilitering, og det er også de som har ansvar for opplæring og veiledning av koordinator. Revisor har funnet at tildelerenheten har rutiner for opplæring og veiledning av koordinator, men finner at disse er overordnede og lite spesifisert. Samtidig er det ikke foretatt opplæring i koordinatorrollen blant ansatte i den psykiske helse- og rustjeneste. Revisor vurderer at dette utgjør et avvik fra krav i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

Vi har funn som viser at kommunen forsøker å koordinere og oppdatere planarbeidet, men revisor konstaterer samtidig at vesentlige plandokumenter på dette tjenesteområde er utdaterte, herunder «Tjenesteanalyse av den psykiske helsetjeneste» og «Boligsosial handlingsplan». Revisor har fått tilsagn om at de nevnte planer blir oppdatert, og kommunen er nettopp nå i en omstillingsfase hvor planarbeid er en del av prosessen. Plandokumenter legger et grunnlag for samhandling og tjenestens formål og rammer, og blir de ikke oppdatert og brukt aktivt, kan det svekke både samhandling og kvaliteten på tjenestene. I perioder hvor tjenesteområder er inne i store omstillinger kan det være

ekstra viktig med gode plandokumenter, som legger føringer for mål og utfordringer for omstillingen på det aktuelle tjenesteområde. Revisor noterer at kommunen jobber med plandokumenter nå, men noterer det som en mangel at sentrale plandokumenter ikke er oppdaterte innenfor den psykiske helse- og rusomsorg i de seneste årene.

Samlet sett konkluderer revisor med at Åsnes kommune i overveiende grad sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud. Det synes å være tilfredsstillende samhandling på brukernivå, men kommunen har mangler i forhold til å etablere samhandling på systemnivå. Kommunen har også mangler og avvik i forhold til opplæring og veiledning av koordinator, og det kan skje forbedringer i rutinene for dokumentasjon av tilbud om individuell plan. Videre bygger den psykiske helse- og rusomsorg på et utdatert planverk. Revisor ser samtidig at kommunen har planer om oppdatering av planverk. Samtidig finner revisor at kommunen selv kjenner til de fleste av de nevnte avvik/mangler og revisor har fått opplyst at kommunen vil utbedre dem.

14 Konklusjon

På bakgrunn av funn kan revisor konkludere følgende:

Problemstilling 1 har undersøkt om Åsnes kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Revisor mener Åsnes kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Revisor vurderer at Åsnes kommune har et godt og bredt tjenestetilbud innenfor den psykiske helse- og rusomsorg. Kommunen har et variert utvalg av lavterskeltilbud, en rekke ulike boligtyper og godt kompetansenivå blant de ansatte. Revisor finner videre at det er følgende avvik og forbedringspunkter:

1. Åsnes kommune har ikke selv et aktivt oppsøkende behandlingsteam på gateplan. Kommunen deltar i prosjektet ROS og har prosjektansatte i «*Samhandlingsmodeller innen rusfeltet*» med oppsøkende virksomhet som en del av sine arbeidsoppgaver. Revisor stiller likevel spørsmål ved om dette dekker kravet om å ha et aktivt, oppsøkende team på gateplan.
2. Revisor finner at samhandlingen i forhold til boliger og boligtildelinger er mangelfull. Den valgte organisering av boligtildelingene i ulike enheter synes uhensiktsmessig. Revisor stiller spørsmål ved om kommunens praksis med å stille krav om at søkere skal ha bodd tre år i kommunen for å kvalifisere til kommunal bolig og omsorgsbolig, kan komme i strid med Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 1-1 og 3-1.
3. Det er ikke oppdaterte husleiesatser for 2014 på kommunens hjemmeside, og revisor vurderer at dette avviker fra retningslinjene for tildeling av kommunale boliger i Åsnes kommune.
4. Åsnes Kommune har ikke akuttboliger. Det er et avvik fra av § 15 og § 27 i Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.
5. Kommunens ettervern synes ikke å være veletablert, blant annet pga. mangelen på akuttboliger og øvrige boliger til rusmiddelbrukere.
6. Revisor merker seg at det er et høyt og stigende press på tjenestene i ViTT, og stiller spørsmål ved om tjenestene fortsatt kan ha forsvarlig kvalitet.
7. Både ViTT og NAV opplever et økende antall unge med hjelpebehov. Revisor stiller spørsmål ved om ressursene imøtekommer behovet overfor denne brukergruppe og peker på at det er mangler i botilbudet nettopp i forhold til boliger som er relevante for unge, f.eks. treningsboliger og hybler.
8. Kompetanseheving kan bli tilsidesatt til fordel for høy direkte tjenesteproduksjon i noen tjenesteenheter. I noen tjenesteenheter er det få midler til kompetanseheving. Kompetansen på tildelerenheter i relasjon til psykisk helse- og rusproblematikk er svak.
9. Skriftlige rutiner og dokumentasjon i forhold til håndtering og vurdering av selvmordsrisiko mangler i noen tjenesteenheter.
10. Kommunen har en hjemmeside som beskriver tjenestetilbudet innenfor psykisk helse- og rusomsorg, men ikke alle sider er oppdaterte. Det er vanskelig å finne informasjon om deler av tjenestetilbudet.
11. Revisor stiller spørsmål ved om det er foretatt risikovurdering for å ivareta de ansattes sikkerhet for alle tjenesteområder som yter tjenester til brukere med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.

Problemstilling 2 har undersøkt om hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen i Åsnes kommune ivaretas.

Konklusjonen på problemstilling 2 er at Åsnes kommune ivaretar hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen. På systemnivå foretas det brukerundersøkelser og det finnes

brukerråd i relevante tjenesteenheter. At brukerundersøkelsene gjennomføres i ulike virksomheter til små målgrupper, medvirker til at undersøkelsene virker lite relevante, vanskelig kan sammenliknes på tvers og blir mindre brukbare for tjenesteyterne selv og på et mer overordnet planmessig og strategisk kommunalt nivå. Kommunen har etablert samarbeid med lokale brukerorganisasjoner. Revisor vurderer at det finnes brukervedvirkning på systemnivå, men at det kan skje forbedringer i omfanget og organiseringen av denne brukervedvirkning, særlig hva angår utformingen av brukerundersøkelsene til den aktuelle gruppe. På individnivå skjer brukervedvirkning løpende, f.eks. ved å benytte motiverende intervju som metode. Brukervedvirkning er dokumentert i individuelle planer, og tilgang til brukerstyrt seng ved DPS bidrar også til å sikre brukervedvirkning på individnivå.

Problemstilling 3 vurderer i hvilken grad Åsnes kommune sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud.

Revisor konkluderer at Åsnes kommune i overveiende grad sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud. Det synes å være tilfredsstillende samhandling på brukernivå, men kommunen har mangler i forhold til å etablere samhandling på systemnivå. Kommunen har også mangler og avvik i forhold til opplæring og veiledning av koordinator, og det kan skje forbedringer i rutinene for dokumentasjon av tilbud om individuell plan. Videre bygger den psykiske helse- og rusomsorg på et utdatert planverk. Revisor ser samtidig at kommunen har planer om oppdatering av planverk. Samtidig finner revisor at kommunen selv kjenner til de fleste av de nevnte avvik/mangler og revisor har fått opplyst at kommunen vil utbedre dem.

15 Anbefalinger

Et viktig formål med forvaltningsrevisjonen er å bidra til læring og forbedring i den kommunale virksomheten. Forvaltningsrevisjonen innbefatter derfor anbefalinger i forhold til de funne avvik og svakheter.

1. Kommunen bør foreta en vurdering av om ROS-prosjektet dekker kommunens samlede behov for oppsøkende team.
2. Kommunen bør styrke samhandlingen mellom tjenesteytere som er ansvarlig for boligtildelinger. Kommunen anbefales å vurdere om boligtildelinger i ulike enheter er formålstjenlig.
3. Kommunen bør kartlegge og vurdere om det er jurisk grunnlag for å stille krav til botid på tre år for søkere til kommunal bolig/omsorgsbolig.
4. Kommunen bør sikre at kommunens hjemmeside er oppdatert med informasjon og dokumenter som angår kommunens psykiske helse- og rusomsorg, inkludert tildelerenheten. Husleiesatser for 2014 bør også være tilgjengelig på kommunens hjemmeside.
5. Akuttboliger bør være en del av kommunens tjenestetilbud.
6. Kommunens ettersvern bør styrkes.
7. Kommunen bør sikre at tjenesteytere kan tilby tjenester av forsvarlig kvalitet, også når det skjer en øking i brukertall, endringer i sammensetningen av brukergruppen eller ved en øking av brukergruppens tjenestebehov.
8. Kommunen bør sikre at høy direkte tjenesteproduksjon ikke kontinuerlig går på bekostning av kompetanseheving blant de ansatte.

9. Pr i dag tildeler tildelerenheten tjenester til brukere med psykisk helse- og rusproblematikk under ViTT og Flisabo. Kommunen bør sikre at tildelerenheten har tilstrekkelig kompetanse på dette feltet.
10. Kommunen bør sikre at samtlige tjenesteytere overfor brukergruppen med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelmisbruk har skriftlige rutiner for håndtering og vurdering av selvmordsrisiko blant brukerne.
11. Kommunen anbefales å foreta en risikovurdering av de ansattes sikkerhet på alle tjenesteområder som yter tjenester til brukere med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.
12. Kommunen anbefales å foreta en vurdering av om brukerundersøkelsene kan utformes og gjennomføres på en annen måte, slik at resultatene blir mer fyllestgjørende og spesifikke for den psykiske helse- og rusomsorgen.
13. Kommunen bør styrke samhandlingen på systemnivå mellom de virksomheter som yter tjenester til brukere med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.
14. Kommunen bør undersøke om det kan etableres et mer strukturert system for å dokumentere at brukere har fått tilbud om individuell plan.
15. Det bør sikres at kommunens koordinerende enhet for helse- og rehabilitering ivaretar sitt ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene.
16. Kommunen bør oppdatere relevant planverk på tjenesteområdet.

16 Referanseliste

- AFI-rapport (2014): *Samspill eller svarteperspill? En studie av ansvarfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser og voldsproblematikk*. Karen-Sofie Pettersen og Gudrun Rudningen. Arbeidsforskningsinstituttets rapportserie nr 10/2014.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2007): *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*.
- Asker kommunerevisjon (2013): *Rusomsorg og ettervern*. Forvaltningsrevisjonsrapport.
- Departementene (2014): *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*
- FAFO (2009): *Vold og trusler om vold i offentlig sektor*. Jørgen Svalund.
<http://www.fafo.no/pub/rapp/20120/20120.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2014) Folkehelseprofil for Åsnes kommune.
<http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler/finn-profil>
- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)*. Ikrafttredelse 01.01.2012.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Ikrafttredelse 01.01.2012.
- Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon*. Ikrafttredelse 01.01.2012.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999): *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2008*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004): *Rundskriv I-8/2004. Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007): *Opptappingsplan for rusfeltet 2007-2012*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011): *Meld. St. 16 - Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011-2012): *Meld. St. 30 - Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping*.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2013): *Mangelfull oppfølging etter behandling for ruspasienter*.
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2013/mangelfull-oppfolging-etter-behandling-f.html?id=748581&WT.tsrc=epost&WT.mc_id=epostvarsel_regjeringenno
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013-2014): *Proposisjon til Stortinget 1 S*. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 27. september 2013. Godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II). For budsjettåret 2014.
- Helsedirektoratet (2010): *Perspektiver på god praksis – en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner*. Rambøll.
- Helsedirektoratet (2011): *Individuell plan og koordinator*. <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (2011): *Kompetanseløftet 2015*.
<http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/rekruttering-kompetanse/kompetanseloftet/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (2011): *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*.
- Helsedirektoratet (2011): *Samtidige rus og psykiske lidelser*. <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/rusmiddelarbeid-i-kommunen/samtidige-rus-og-psykiske-lidelser/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (2012): *Øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommunen*.
<http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen-.aspx>
- Helsedirektoratet (2014): *Brukere og pårørende (rus og psykiatri)*.
- Helsedirektoratet (2014): *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*.

- Kommunal- og moderniseringsdepartementet: *Prop. 95 S (2013–2014). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) Kommuneproposisjonen 2015*. Tilråding fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet 14. mai 2014, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg)
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet: *St.meld. nr. 49 (1997-98) «Om boligetablering for unge og vanskeligstilte»*.
- Kommunerevisjon Nord (2011): *Psykisk helsearbeid i Tromsø kommune*. Forvaltningsrevisjonsrapport.
- KS (2004): *Bestiller- og utførerorganisering i pleie og omsorgssektoren – en veileder*.
- KS (2004): *Bestiller-utførerorganisering i pleie og omsorg*. Kortversjon på bakgrunn av Utviklings og dokumentasjonsprosjektet (UoD): «Verktøy for bestiller-utførerorganisering i pleie- og omsorgssektoren».
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. LOV-2005-06-17-62
- Lov om behandlingssmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. LOV-1967-02-10
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. LOV-1999-07-02-62
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. LOV-1999-07-02-64
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. LOV 2011-06-24 nr 30.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. LOV-1999-07-02-63.
- Lov om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne m.m.* LOV-2005-06-17-58. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-58>.
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*. LOV-2009-12-18-131
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. LOV 1999-07-02 nr 61.
- NKRF (2011): *RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon*. Fastsatt av NKRFs styre 1. februar 2011 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjonsprosjekter med oppstart etter samme dato.
- Regjeringen (2014): *Register om betinget godkjenning og kontroll (ROBEK)*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/tema/databaser-og-registre/robek-2.html?id=449305>
- Rogaland Revisjon (2012): *Forvaltningsrevisjon av bestiller-utfører organisering i Sandnes kommune*.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Plan for Brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse*.
- Telemark kommunerevisjon IKS (2013): *Rusomsorg og psykisk helse. Del 2. Ressursbruk, helhetlig og koordinerte tjenester og pårørendearbeid innen rusomsorg*. Porsgrunn kommune. Forvaltningsrevisjonsrapport nr 705030.
- Åsnes kommune (?): *Serviceerklæring Habilitering og rehabilitering*. Vedtatt av kommunestyret (dato ikke angitt).
- Åsnes kommune (2012): *Serviceerklæring Sparbyhuset Dagsenter*. Vedtatt av kommunestyret i møte 27.06.2011.
- Åsnes kommune (?): *Serviceerklæring Flisabo omsorgsbolig*. Ennå ikke vedtatt av kommunestyret.
- Åsnes kommune (2012): *Serviceerklæring Psykisk helsetjeneste*. Vedtatt av kommunestyret 17/12-2012.
- Åsnes kommune (2011): *Kommuneplanen samfunnsdel 2010-2022. Handlingsdel 2011-2014*. Vedtatt av kommunestyre i møte 27.06.2011.
- Åsnes kommune (2013) *Kommunal planstrategi 2012-2015*. Vedtatt av kommunestyret 25/2-2013.
- Åsnes kommune (2014) *Årsmelding og regnskap 2013*.

16.1 Dokumenter som revisjonen har fått utlevert fra revidert enhet

Dokumenter fra kommunalsjef/kontaktperson
Dokumentasjon av innvilget tilskudd til Fønix-prosjektet i brev fra Fylkesmannen i Hedmark. 26. mai 2014
Søknad og prosjektbeskrivelse av prosjektet Fønix
Søknad og prosjektbeskrivelse av prosjektet «Samhandlingsmodeller på rusfeltet»
Sakspapir for kommunestyrevedtak saksnr 114/05 vedr. miljøarbeidertjenester i ViTT
Delrapport 1 for organisering av rus. <i>Er dagens organisering av kommunens rusomsorg formålstjenlig?</i>
Dokumenter fra Frisklivssentralen
Kartleggingsskjema ved oppstart
Oversikt over kurstilbud ved Frisklivssentralen i Solør høsten 2014.
Dokumenter fra tildelerenheten
Resultater fra brukerundersøkelse for hjemmetjenesten 2012.
Åsnes kommunes mal for Individuell planer.
Dokumenter fra psykisk helse- og rustjeneste
Søknad og prosjektbeskrivelse av prosjektet «Samhandlingsmodeller på rusfeltet»
Søknad og prosjektbeskrivelse av prosjektet Fønix
Innkomstjournal for psykisk helse- og rustjeneste i Åsnes kommune
Prosedyre for primærkontaktens oppgaver
Prosedyre for primærkontaktens ansvar
Rutiner for nye henvisninger
Prosedyre ved «ikke møtt til vurderingssamtale»
Sakspapirer fra kommunestyre saksnr 147/12. Helseavdelingen – serviceerklæringer.
Brosjyre for ROS-prosjektet
Brosjyre/serviceerklæring for psykisk helsetjeneste
Brosjyre/serviceerklæring for habilitering og rehabilitering.
Intern samhandlingsrutine mellom NAV og Psykisk helse- og rustjeneste
Skjema for evalueringssamtale med bruker
Tjenesteanalyse for Psykisk helsetjeneste i Åsnes kommune
Søknadsskjema for tilbud ved psykisk helse- og rusteam (gammelt skjema uten avkryss for ønske om IP)
Samtykkeerklæring
Kartleggingsskjema/skår fra IPLOS
Brosjyre for individuell plan (utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet)
Prosedyre for utarbeiding av individuell plan (gjelder hele kommunen)
Dokumenter fra kontroll av individuelle planer ved psykisk helse- og rustjeneste
Søknadsskjema for tilbud ved psykisk helse- og rusteam (nytt skjema med avkryss for ønske om IP)
Dokumenter fra Sparbyhuset Dagsenter
Brosjyre/serviceerklæring for Sparbyhuset dagsenter
Dokumenter fra Flisabo
Infoskriv til Sanderud/TUD-teamet vedr. Flisabo
Resultater fra brukerundersøkelse 2009.
Brosjyre/serviceerklæring for Flisabo Omsorgsbolig
Eksempel på vedtak om tildeling av tjenester ved Flisabo. Utarbeidet av tildelerenheten.
Rutine ved rusmisbruk ved Flisabo omsorgsbolig
Rutine for dødsfall ved Flisabo Omsorgsbolig
Rutine for pårørendemøte.
Rutine for selvmordsrisiko
Dokumenter fra ViTT
Standard for målrettet miljøarbeid i hjemmet (praktisk bistand og opplæring) (Virksomhet tilpassede tjenester)

Standard for støttekontaktjeneste (Virksomhet tilpassede tjenester)
Standard for heldøgns bemannede boliger
Standard for dagsenter for mennesker med nedsatt funksjonsevne
Organisasjonskart for ViTT
ViTT statusrapport. Sakspapir for saksnr 013/14 (Utvalg for helse, pleie og omsorg) og saksnr 010/14 (Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne) Skal behandles i kommunestyret.
Generell prosedyre for håndtering av tjenestemottakers økonomi
Strategiplan 2014-2015 for ViTT
Avvikshåndtering i vold og trusler situasjoner
Makt og tvang (HOL §9-5) – personaloppfølging etter hendelser debriefing
Makt og tvang (HOL § 9-5) – prosedyre for saksbehandling og vedtak
Makt og tvang (HOL § 9-5) – Melding om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner – veiledning utfylling av skjema
Skjema til samtale etter trusler/vold/trakassering i ViTT
Prosedyre for samtale etter vold, trusler, trakassering i ViTT
Rutiner ved innbrudd
Vold og trusler i makt og tvang situasjoner
Generelle rutiner i henhold til vold og trusler i ViTT
Avviksbehandling (risikovurdering innen legemiddelhåndtering)
Makt og tvang (HOL kap 9) – grunnleggende informasjon
Rutiner for vedtak makt og tvang etter kap. 9 HOL i ViTT
Stillingsbeskrivelse fagleder i ViTT
Stillingsbeskrivelse bo-/avdelingsleder ved ViTT
Stillingsbeskrivelse for miljøarbeider ved ViTT
Stillingsbeskrivelse for assistent med pleie- og miljøarbeidsoppgaver ved ViTT
Stillingsbeskrivelse miljøterapeut ved ViTT
Dokumentasjon av overordnet mål og tjenester i ViTT
Rutiner for bruk av standarder i ViTT
Prosedyre for bekymringsmelding - voksne
Dokumenter fra NAV
Resultater fra brukerundersøkelse ved NAV 2013

17 Rådmannens høringsuttalelse

**ÅSNES KOMMUNE**

18 NOV 2014

14/1316-1

Rådmannens høringsuttalelse til rapporten om psykisk helse- og rusomsorg i Åsnes kommune.

Dette er en omfattende og grundig revisjonsrapport. Rapporten bekrefter og konkluderer med at kommunen gir gode tjenester innen fagområdet psykisk helse- og rus, og at tjenestene er i tråd med lovverk og statlige føringer. Brukermedvirkning er i overveiende grad ivare tatt både på systemnivå og individnivå. Likeså konkluderes det med at det ser ut til at brukere innen rusomsorg og psykisk helse stort sett får et helhetlig og koordinert tilbud.

Rapporten peker også på enkelte avvik og forbedringspunkter, og dette kan hjelpe oss i å være aktivt undersøkende om hvordan vår praksis kan kvalitetsforbedres. Rapporten er bygget opp på en logisk måte som gjør den oversiktlig og forståelig. Sammendrag med oppsummerte anbefalinger i forhold til avvik og svakheter i 16 punkter er nyttig for kommunens forbedringsarbeid.

Her kommenteres noen av forbedringspunktene og anbefalingene.

Flere av forbedringspunktene omhandler boligtildeling og mangel på akuttboliger. Revidert boligsosial handlingsplan 2015-2020 er sendt på høring med høringsfrist 30. november 2014. Det tas sikte på politisk behandling tidlig i 2015. Et av de foreslåtte tiltakene i planen er å fremskaffe akutte boliger. De øvrige spørsmål som gjelder samhandling om boliger og boligtildeling bør tas opp i forbindelse med behandling av planen.

Det konkluderes i rapporten med at kommunen har mangler når det gjelder samhandling på systemnivå mellom enkelte tjenester. Dette angår dagens organisering av fagområdet, men også ivaretagelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering inkludert overordnet ansvar for individuell plan som er lagt til tildelerenheten. I forbindelse med omstilling i kommunen er det nedsatt en arbeidsgruppe som skal se på om dagens organisering innen psykisk helse og rus er formålstjenlig. I dette inngår både faglige og økonomiske vurderinger. Gruppen skal vurdere dagens situasjon og utrede ulike alternativer til organisering. Flere av forvaltningsrevisjonens anbefalinger gjelder tjenesteyting som f. eks. mer oppsøkende arbeid og ettervern for rusmiddelbrukere. Forslag til faglige forbedringer vil inngå i nevnte arbeidsgruppes mandat. I dag er kommunens rusomsorg i stor grad finansiert av prosjektmidler fra Staten (prosjektet «Samhandlingsmodeller innen rusfeltet»). Det er viktig at det arbeidet som er igangsatt gjennom i prosjektet videreføres i kommunens



ordinære drift, og at prosjektstillingene gjøres om til faste stillinger. Fylkesmannen har imidlertid varslet at det er overvelende sannsynlig at prosjektmidler til rusomsorg videreføres i 2015.

Ansvar som koordinerende enhet for (re)habilitering er tillagt tildelerenheten. Koordinerende enhet¹ skal også ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av personlige koordinatorene. Tildelerenheten har vært i en oppbyggingsfase og har ikke prioritert oppgaven som koordinerende enhet tilstrekkelig. Dette kommer også frem i Fylkesmannens tilsynsrapport med Solør barnevernstjeneste, juni 2014. Det påpekes at kommunen har mangler i rutinene for arbeid med individuell plan, og at ansatte i barnevernet ikke hadde fått opplæring i individuell plan.

Kommunestyret har behandlet revidert plan for helse- og omsorg. Vedtaket er likelydende med vedtaket fra Utvalg for helse, pleie- og omsorg. I vedtaket står det bl.a.:

«Tildelerenheten er nøkkelen til kostnadsbesparende innsats for kommunen, og utvalget mener dagens ressurser ved tildelerenheten ikke er tilstrekkelig. Utvalget mener tildelerenheten må prioriteres og bemanningen styrkes for å kunne ivareta dagens oppgaver».

Det bemerkes i rapporten (s. 65) at det kan ses som en svakhet at kommunen ikke har ansatt psykolog. Kommunen har nå fått innvilget rekrutteringstilskudd for å ansette psykolog fra Helsedirektoratet, og vi vil gjøre om en stilling i barne- og familieteamet til psykolog.

Det siste punktet på listen over anbefalinger gjelder behov for å oppdatere planverk på tjenesteområdet psykisk helse og rusomsorg. Dette vil bli tatt opp i arbeidet med kommunens planstrategi for 2015-2019.

Flisa, 14.11.2014



Toril Gundersen
Kommunalsjef Helse og omsorg

¹ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Vedtatt 16.12.2011 nr. 1256. § 6



18 Vedlegg A: Revisjonskriterier

I dette vedlegg presenterer vi grunnlaget for de revisjonskriterier vi anvender. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til.

Ved utledning av revisjonskriterier har revisjonen tatt utgangspunkt i Helsedirektoratets veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Sammen om mestring (2014)). Veilederen peker på utfordringer og mulighet i lokalt psykisk helse- og rusarbeid og viser hvordan ulike forhold kan imøtekommes. Veilederen klargjør nasjonale krav og forventninger til lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid i lys av gjeldende lovverk og nasjonale føringer for området, og skisserer hvordan tjenestene kan ivareta målene på en god måte. Da helsedirektoratets veileder tar utgangspunkt i gjeldende lovverk, anser revisjonen veilederens mål og anbefalinger som objektive og aksepterte, og de utgjør derfor et godt og rimelig grunnlag for utledning av revisjonskriterier i dette prosjektet.

Revisjon ser ikke bort fra prinsippet om det kommunale selvstyre, og at statlige føringer mv. ikke innbefatter et direkte lovkrav for kommunen. Når revisjonen likevel velger å ta utgangspunkt i direktoratets veileder, er det for å få et konkret grunnlag å vurdere kommunens tjenestetilbud mot. Konkrete krav bidrar til at våre vurderinger forblir objektive. Vi vil i våre vurderinger ta hensyn til at vi har satt opp detaljerte revisjonskriterier. Kommunen kan ha imøtekommet lovkravene på annet vis enn beskrevet i direktoratets veileder. Dette vil da bli presentert i rapportens funn og vurdert ut i fra en revurdering av de forhåndssette revisjonskriterier. Dermed også sagt at revisjonskriteriene vil kunne endre seg underveis i datainnsamlingen. Av hensyn til revisjonens omfang, kan det bli aktuelt å avgrense hva vi undersøker, og vi vil derfor ikke nødvendigvis foreta vurdering av samtlige av de fremsatte kriterier.

Problemstilling 1

Problemstilling 1) Har Kongsvinger kommune et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer?

UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby tjenester til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) presiserer kommunens ansvar for alle pasient- og brukergrupper. Loven tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester og plikten til å tilby forsvarlige tjenester (§ 3-1 og § 3-2):

§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

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.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer 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. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras.

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
 - d. avlastningstiltak.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastlegeordningen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav og om adgangen til suspensjon av fastlegeordningen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.

Som det fremgår er lovkravene overordnede og stiller ikke konkrete krav til utformingen av tjenestetilbudet. Forskrifter og veiledninger gir likevel føringer for hva man konkret bør forvente av tilbudet:

TJENESTETILBUDET

Sosial deltakelse på naturlige møteplasser gir personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer mulighet til å etablere nettverk og relasjoner. 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. Kommunene kan sammen med organisasjoner og brukere utvikle inkluderende frivillige tilbud, og evt. brukerstyrte tilbud. Noen har behov for møteplasser og aktiviteter hvor de kan møte andre i samme situasjon. Det kan være selvhjelpsgrupper, brukerstyrte tilbud, likemannsarbeid, mentorordninger og andre tiltak i regi av brukerorganisasjoner og andre frivillige aktører. Kommunen skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer.⁶⁶ Kommunen skal tilby nødvendig personlig assistanse, herunder praktisk bistand og støttekontakt, til personer som ønsker og har behov for støtte og oppfølging på fritiden, og evt. brukerstyrt personlig assistent.⁶⁷

BREDDE I TJENESTETILBUDET

Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer kan ha ulik alvorlighetsgrad. Kommunen skal ha et tilbud som kan håndtere 1) milde, kortvarige forløp 2) kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser samt 3) alvorlige og langvarige problemer/lidelser.

MILDE, KORTVARIGE FORLØP

Kommunen bør ha hovedansvaret for å ivareta personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer, som forventes å bli milde og kortvarige. Sentrale aktører/tilbud er fastlege, kommune-psykolog, NAV-kontoret, den psykiske helse- og rustjeneste, frisklivssentral og kurs- og aktivitetstilbud.

KORTVARIGE ALVORLIGE PROBLEMER/LIDELSER OG LANGVARIGE MILDERE PROBLEMER/LIDELSER

Ved mer alvorlige helse- og/eller rusmiddelproblemer har både kommunen og spesialisthelsetjenesten et ansvar. Kommunen bør gjøre den innledende kartlegging av personens tilstand og ta stilling til om det er nødvendig med bistand fra spesialisthelsetjenesten. Kommunale tjenesteutøvere bør likevel kunne tilby metoder til brukere som trenger systematisk samtalebehandling. Pårørende bør trekkes med i behandlingen, i den utstrekning brukeren samtykker til det.

Psykisk helse- og rustjenester har en sentral rolle i det tverrfaglige forløp til personer med alvorlige og kortvarige eller milde og langvarige problemer. Oppfølging og koordinering av tjenester kan forankres i psykisk helse- og rus-tjenestene som kan motivere brukerne til å delta i helsefremmende aktiviteter, som i fysisk aktivitet eller sosiale tiltak. Psykisk helse-, rus- og velferdstjenestene har et særlig ansvar for å hindre at problemene medfører alvorlige psykososiale konsekvenser. NAV-kontoret har en viktig oppgave i å bistå brukere med arbeid eller annen meningsfull aktivitet. Tjenesteutøvere innen psykisk helse- og rustjenester eller NAV-kontoret kan være koordinator og motivere brukerne til å benytte individuell plan.

ALVORLIGE OG LANGVARIGE PROBLEMER/LIDELSER

⁶⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3, tredje ledd, jf. § 3-1 andre ledd.

⁶⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 6 b

Ved alvorlige og langvarige problemer/lidelser vil hovedfokuset være å forhindre tilleggsproblemer og å fremme den enkeltes vei mot bedring og mestring av egen livssituasjon. For tidlig å identifisere selvmordsrisiko er det viktig at tjenestene er i stand til å kjenne igjen, behandle, og eventuelt henvise brukeren til spesialisthelsetjenesten. Både kommunen og spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å bidra inn i kartlegging og diagnostisering. Alvorlige lidelser som psykoser, alvorlige stemningslidelser, personlighetsforstyrrelser og alvorlig rusmiddelavhengighet m.fl. bør diagnostiseres av spesialisthelsetjenesten. Systematisk oppfølging av brukeren er avgjørende for et godt forløp, og forutsetter et tillitsfullt og forpliktende samarbeide.

Noen måter å organisere tilbudene på ser ut til å gi gode resultater. Aktivt oppsøkende behandlingsteam, ACT-team, og andre oppsøkende samhandlingsteam, hvor kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen om å gi samtidige tjenester, har vist seg å være gunstig for personer med sammensatte problemer, og som ikke har tilstrekkelig nytte av tradisjonelle tjenester. Romslige åpningstider og korte ventetider er også av vesentlig betydning.

Avrusning skal sikre en medisinsk forsvarlig avslutning av rusmiddelbruken og forebygge og lindre abstinensplagene. Det kan foretas poliklinisk eller ved innleggelse på institusjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste eller i spesialisthelsetjenesten. Avrusning er sjelden aktuelt som et enkeltstående tiltak, og bør skje i tilslutning til videre oppfølging og behandling.

Flere kommuner har etablert gatenære lavterskel helsetilbud for rusmiddelavhengige. Disse tilbudene gir skadereducerende helse- og omsorgstjenester og smittevernhelp, og dette har vist seg å være en virkningsfull måte å gi tjenester til personer med alvorlige og langvarige problemer.

Kommunen har en sentral rolle i forvaltningen av tvangslovgivningen rettet mot personer med rusmiddelproblemer, og en plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende.

PÅRØRENDE

God ivaretagelse av pårørende⁶⁸ er vesentlig både av hensyn til pårørende og bruker. Pårørende kan være en viktig ressurs, men de blir dessverre ofte glemt av tjenestene. Belastningen pårørende utsettes for kan også føre til at de selv får behov for hjelp. Kommunen bør legge til rette for at pårørende som ønsker det får tilbud om å delta i grupper med andre pårørende i tilsvarende situasjon. Tjenesteapparatet bør ha kjennskap til aktuelle lokale tilbud, ofte i regi av bruker-, pårørende eller selvhjelpsorganisasjoner, eventuelt medvirke til at det etableres.

BOLIG

Personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer er overrepresentert blant de bostedsløse og vanskeligstilte på boligmarkedet. Kommunen bør sørge for at alle innbyggere har gode og trygge boforhold. Det bør utarbeides en boligsosialhandlingsplan som ses i sammenheng med kommunens generelle boligpolitikk og øvrige planprosesser. Kommunen bør videre legge til rette for fleksible og varige botilbud i gode bomiljø, som er tilpasset den enkeltes behov. Med varig bolig menes et sted hvor man kan bo uten tidsbegrensning. Det omfatter tilbud om et bredt spekter av botiltak, fra egen eid eller leid bolig i ordinær boligmasse til bemannede og samlokaliserte boliger

eller bofellesskap. Kommunal omsorgsbolig, heldøgns helse- og omsorgsinstitusjon og sykehjem kan også være aktuelle botilbud for noen.⁶⁹

⁶⁸ Det være seg familien, en venn eller en annen nærstående person. Hvem som regnes som pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven følger av lovens § 1-3 bokstav b.

⁶⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c og tilhørende institusjonsforskrift

NAV-kontoret og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer, som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet⁷⁰. Ved akutt behov har NAV-kontoret plikt til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv⁷¹. Opphold i midlertidig bolig skal ikke strekke seg over lang tid, og bør kun benyttes inntil det er mulig å finne en mer permanent løsning⁷². Husbanken⁷³ skal veilede og stimulere kommunene til å framskaffe boliger til vanskeligstilte. Kommunen ved boligkontor/boligtildelingsteam o.l ivaretar det langsiktige arbeidet med å fremskaffe/bygge og tilby et tilstrekkelig antall egnede boliger til målgruppen. Det inkluderer også saksbehandling av ulike søknader om startlån og bostøtte m.m. Koordinert og effektiv bruk av Husbankens og kommunens egne virkemidler er avgjørende for god ressursutnyttelse og helhetlige løsninger for den enkelte bruker.

Bolig bør være på plass i god tid før utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten eller løslatelse fra fengsel. Kommunen, helseforetaket eller kriminalomsorgen må i samarbeid med brukeren starte planlegging på et tidligst mulig tidspunkt. Bolig- og tjenestebehov bør inngå i individuell plan. Samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket bør inneholde rutiner og retningslinjer for ansvars- og oppgavefordeling ved tilrettelegging av bolig- og tjenestebehov for å sikre trygge rammer etter utskrivelse. Samarbeidsavtaler mellom kommuner og fengsler bør også inneholde dette.

OPPFØLGINGSTJENESTER I BOLIG OG NÆRMILJØ

Oppfølgningstjenester 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.

ORDINÆRT ARBEID OG ARBEIDSRETTEDE TILTAK

NAV-kontoret skal bistå personer som har problemer med å komme i arbeid og legge til rette for at flest mulig kan delta i og opprettholde tilknytning til arbeidslivet⁷⁴. Tiltak med sikte på å skaffe ordinært arbeid bør være hovedstrategien. De som ikke kan delta i ordinært lønnet arbeid skal sikres et forsvarlig livsopphold gjennom trygdeytelser eller økonomisk sosialhjelp⁷⁵ og meningsfulle, fortrinnsvis arbeidsrettede aktiviteter i hverdagen.

NAV-kontoret bør kunne tilby ulike lavterskel arbeids- og aktivitetstiltak. Dette kan skje i samarbeid med frivillige organisasjoner og brukerstyrte tiltak.

PERSONLIG ØKONOMI

Mange personer som har levd med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer over tid har økonomiske problemer. Gjeldsbyrden kan være stor, både til formelle og uformelle kreditorer. Rusmiddelbruk, spesielt illegalt forbruk, er kostbart. Personer som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, har krav på økonomisk stønad,

⁷⁰ Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i NAV (lov om sosiale tjenester i NAV) § 15 og helse- og omsorgstjenesteloven 3-7

⁷¹ Rundskriv til lov om sosiale tjenester, R35-00-F12, lov om sosiale tjenester i NAV § 27

⁷² Rundskriv U-5/2003 Veiledning for kvalitetskrav til midlertidig husvære etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 27

⁷³ Lov 29. mai.2009 nr. 30 om husbanken (husbankloven)

⁷⁴ Lov om sosiale tjenester i NAV kapittel 4, herunder §§ 29 flg.

⁷⁵ Lov om sosiale tjenester i Nav §§ 18 flg.

uansett årsaken til hjelpebehovet⁷⁶. Retten gjelder inntil andre økonomiske muligheter kan gjøres gjeldende.

Økonomisk rådgivning inngår i NAV-kontorets råd- og veiledningsplikt⁷⁷. Rådgivningen skal forebygge økonomiske problemer, løse akutte økonomiske kriser og bidra til å finne helhetlige og varige løsninger for den enkelte.

Rådgivningen kan omfatte:

- Å skaffe oversikt over økonomien
- Opplæring i økonomistyring, budsjettering og husholdningsøkonomi
- Etablere nedbetalings- og gjeldssaneringsordninger
- Hindre ny opphopning av gjeld
- Inngå avtale om frivillig inntektsforvaltning eller kreve tvungen forvaltning

Mindre inngripende alternativ skal alltid prøves før en setter i gang frivillig eller tvungen inntektsforvaltning.

FYSISK AKTIVITET, ERNÆRING, TOBAKK OG SØVN

Fysisk aktivitet gir en rekke positive effekter som økt velvære, mestring, redusert stress og uro. Fysisk aktivitet kan i tillegg forebygge og redusere lettere psykiske plager og lidelser som depresjon og angst. Personer som er i dårlig fysisk form eller har drevet lite fysisk aktivitet kan ha behov for støtte og motivasjon til å komme i gang. Tjenesteutøvere bør informere, tilrettelegge og fremme fysisk aktivitet tilpasset den enkelte. De kommunale frisklivssentralene gir tilbud om fysisk aktivitet og kan bidra med råd og veiledning.

ERNÆRING

Riktig ernæring og et variert kosthold har stor betydning for helse og livskvalitet. Tiltak for å etablere et godt kosthold og å bedre ernæringsstatus bør inngå som en del av både forebygging og behandling for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. I tillegg til konsekvenser av et eventuelt mangelfullt kosthold, kan legemidler og rusmidler i seg selv gi symptomer som kvalme, oppkast, nedsatt eller økt matlyst m.m. Det kan føre med seg vekttap, vektøkning, diare og forstoppelser, samt infeksjoner og skader i fordøyelsessystemet. Å vurdere ernæringsstatus, forebygge og behandle bivirkninger og andre følgetilstander av legemiddel og/eller rusmiddelbruk er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud.

TOBAKK

Røyking er utbredt blant personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og er en av årsakene til kortere forventet levealder. Mange ønsker å slutte. Røykeslutt kan gi en mestringsopplevelse som i neste omgang kan øke sjansen for å redusere eller slutte med rusmidler. Tilbud om hjelp til røykeslutt bør inngå som en del av både forebygging og behandling for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Fastleger og annet helsepersonell, herunder frisklivssentraler, bør kunne tilby hjelp til røykeslutt.

⁷⁶ Lov om sosiale tjenester i NAV § 18

⁷⁷ Lov om sosiale tjenester i NAV § 17

SØVN

Søvnvansker er blant de vanligste helseplagene i befolkningen og er et debutsymptom ved de fleste psykiske lidelser. Kroniske søvnvansker øker risikoen for å utvikle psykiske og somatiske plager, samt å falle ut av arbeidslivet. Legemiddelbasert behandling mot søvnløshet er vanlig, men forskning viser at behandling uten medikamenter gir bedre effekt på kort- og lang sikt. Disse analysene konkluderer med at 70–80 prosent av de som er søvnløse vil ha god og varig nytte av kognitiv eller adferdsmodifiserende teknikker. Det omfatter blant annet opplæring i søvnhygiene, søvnrestriksjon, stimuluskontroll og avslapningsteknikker. Dette er relativt enkle teknikker som helse- og omsorgspersonell kan benytte i klinisk arbeid med søvnvansker. Det bør være mulighet for behandlingstiltak i kommunen.

KOMPETANSE BLANT DE ANSATTE

Forsvarlighetskravet i helse og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven understreker at tilstrekkelig fagkompetanse skal sikres i tjenestene.⁷⁸ Sammensatte årsaksforhold og stor variasjon i grad av rusmiddelavhengighet og psykiske problemer stiller store kompetansekrav. Psykisk helsefeltet og rusfeltet krever en flerfaglig tilnærming. Ingen enkelt faggruppe vil kunne utvikle nødvendig dybdekunnskap på alle kunnskapsfeltene.

Tjenesteutøvere som yter allmenne tjenester til personer med rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer bør ha et visst nivå av kompetanse på rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. I tillegg vil det være behov for personell med særskilt kompetanse om rus- og psykiske helseproblemer på flere områder. Det gjelder også grunnleggende kompetanse på vold og traumer, inkludert forebygging av selvmord og selvskading, samt vold i nære relasjoner. Det innbefatter å ha kompetanse på hva en kan selv, og når en bør koble andre på.

Det finnes et stort antall metodiske tilnærminger innen psykisk helse og rusfeltet. ROP-retningslinjene angir metodebredden til å omfatte kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju, psykoedukative tiltak og tilbakefallsforebygging, og viser til anbefalte behandlingsmetoder for de ulike psykiske lidelsene. Enhetene bør beherske ulike behandlingsmetoder og tilnærminger, og følge faglige retningslinjer for behandling og oppfølging. Kommunen bør kunne tilby velprøvde metoder som kognitiv terapi og motiverende intervju (MI). Tilsvarende bør det enkelte fagmiljø tilby eller samarbeide med andre om å tilby et utvalg av forskjellige tilnærminger, som for eksempel nettverksterapi, familieterapi, psykoedukasjon, medikamentell terapi, psykodynamisk terapi og kognitive metoder, for å kunne bistå brukere med ulike behov og ønsker. Systematikk og langsiktig forpliktelse overfor brukeren og pårørende kan være like viktig som valg av metode.

Kommuner bør tilrettelegge for kultursensitiv og språklig tilpasset behandling. Det gjelder for den samiske befolkning og for en økende andel innbyggere med ulik bakgrunn. Behovet for minoritetskompetanse tiltar. Behandlingen av psykiske problemer må unngå «kulturtolking», og å se årsakssammenhenger mellom problem og etnisk bakgrunn.

For noen kommuner kan det være nødvendig å samarbeide med andre kommuner for å tilfredsstille kompetansekravene.

⁷⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav d), spesialisthelsetjenesteloven § 2-2

DE ANSATTES SIKKERHET OG VOLDSRISIKO

Personer med rusmiddelproblemer oppholder seg ofte i miljøer der voldsbruk er vanlig, dette kan øke risikoen for vold. Kombinasjonen av alvorlig psykisk lidelse eller dyssosial personlighetsforstyrrelse og ruslidelse er også en sterk prediktor for vold. Brukergruppen som den psykisk helse- og rusomsorg er i kontakt med er derfor blant de hvor det potensielt kan være en voldsrisiko – også mot de kommunalt ansatte.

Man vet at en kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse, rusmiddelbruk og tidligere voldshistorie gir økt risiko for alvorlige hendelser. En realistisk oppfatning av voldsrisikoen kan hjelpe tjenesteutøvere i deres arbeid, og vil også bidra til at personer med psykisk lidelse eller rusmiddelproblemer ikke stigmatiseres unødvendig.

Brukere og pasienter med vold- og utageringsproblematikk er en mindre gruppe, hvorav en del kan befinne seg i konflikt med tjenesteapparatet (helse- og omsorgstjenestene, NAV- kontoret, psykisk helsevern og politi) og kan eksempelvis ha episoder med vold og utagering både i form av trusler eller faktisk utøvelse mot fagpersonell, naboer eller andre i nærmiljøet. Materiell rasering kan også forekomme. Et fellestrekk er at de ofte faller ut av oppfølgings- og behandlingstilbud både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. De har generelt et behov for mer fleksible og tilpassede tilbud, kontinuitet og forutsigbarhet, stabile boforhold og samtidige oppfølgings- og behandlingstilbud. Dette kan bidra til å forebygge konflikter i seg selv. Aktivt oppsøkende behandlingsteam er en egnet tilnærmingstype for denne målgruppen.

Kompetanse og kunnskap om vold- og utageringsproblematikk er viktig for både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det vises til spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene, også der bruker ikke er vurdert å ha behov for spesialisthelsetjenester. Rutiner for samarbeid om håndtering av vold- og utageringsproblematikk kan nedfelles i samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunen, herunder NAV-kontor og kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Systematisk tverrfaglig innsats, umiddelbare, forutsigbare og tydelige reaksjoner knyttet til vold og trusler er blant faktorer som synes å stabilisere brukere i målgruppen, og å redusere konfliktnivået. Koordinator, individuell plan og ansvarsgruppe er også viktige virkemidler.⁷⁹

Det fremgår av arbeidsmiljøloven § 4-3, fjerde ledd at arbeidstakere så langt det er mulig, skal beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.

Alenearbeid øker risikoen for å bli utsatt for vold. På landsplan har arbeidstilsynet gjennomført en rekke tilsyn og kommet med en rekke pålegg knyttet til ulike former for tidspress. Arbeidstilsynet fant blant annet at en god del arbeid som med bakgrunn i risikoforhold er planlagt utført av to eller flere arbeidstakere, utføres av en. Dette kan f.eks. være besøk hos utagerende brukere. I tillegg til at risikoen for vold i enkelte tilfeller kan være større, vil også arbeidstakernes evne til å kontrollere situasjonen kunne være begrenset når de arbeider alene.

Mange arbeidstakere i offentlig sektor har et arbeid som dreier seg om å fordele knappe gode, veilede, sosialisere og bruke grensesetting i sitt møte med brukerne. Arbeidsoppgaver og roller som innebærer en slik makt i forholdet til brukerne, øker risikoen for vold og trusler om vold. Lav kompetanse blant ansatte kan også øke risikoen for voldsepisoder.⁸⁰

⁷⁹ Kilde: *Sammen om mestring*. Helsedirektoratet. Side 33f og 60f.

⁸⁰ Kilde: Fafo 2009: *Vold og trusler om vold i offentlig sektor*.

Kommunen bør forebygge voldsepisoder mot de kommunalt ansatte innenfor den psykiske helse og rusomsorg. De ansatte må i hovedregel ha rette kompetanse til å forebygge og håndtere slike hendelser. Alenearbeid og arbeidsoppgaver som innebærer maktutøvelse øker risikoen for vold og trusler om vold, og det må tas i overveielse ved tilrettelegging av arbeidsoppgavene. Det bør samtidig være rutiner eller retningslinjer for håndtering av vold. Rutiner for samarbeid om håndtering av vold- og utageringsproblematikk kan nedfelles i samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunen. Koordinator, individuell plan og ansvarsgruppe er viktige virkemidler for å forebygge voldsepisoder. Aktivt oppsøkende behandlingsteam er en egnet tilnærmingstype for denne målgruppen.

LETT TILGJENGELIGE TJENESTER

Tjenestene bør i langt større grad enn ved somatiske sykdommer, drive aktivt informasjonsarbeid og organisere tjenestene, slik at de er lett tilgjengelige for brukerne. Tjenesteapparatet må kunne handle på grunnlag av tidlige symptomer, og kommunen må kunne tilby rask hjelp med lav terskel.

Det bør være lett tilgjengelig og fyllestgjørende informasjon på kommunens hjemmeside og/eller via øvrige informasjonskanaler. Kommunen kan også med fordel bruke informasjonsteknologiske kanaler som SMS-meldinger. Informasjonen skal være tilpasset målgruppens behov.

Det bør videre sikres at personell med beslutningskompetanse til å tildele tjenester alltid er tilgjengelig i kommunen.

FLEKSIBLE, INDIVIDUELT TILPASSEDE TJENESTER

Flere studier viser at brukere som mottar tjenester vektlegger individuell tilpasning, fleksibilitet, kontinuitet, helhetlig tilbud og fast kontaktperson. Personer med behov for komplekse, eller langvarige og koordinerte tjenester⁸¹, skal tilbys en koordinator, uavhengig av om brukeren ønsker en individuell plan eller ikke.⁸²

FOREBYGGING

Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid fremheves både i helse- og omsorgstjenesteloven og i folkehelseloven. I dette prosjektet vil vi ikke undersøke kommunens forebyggende arbeid jvf. prosjektets avgrensning.

⁸¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2

⁸² Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21

REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1

For å sikre at kommunen har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer og med en nødvendig bredde i tjenestetilbudet, bør man dermed i kortform kunne forvente at kommunen oppfyller følgende kriterier:

1. At kommunen legger til rette for at det etableres/er tilbud og møteplasser hvor alle kan delta ut fra sine forutsetninger. Et variert utvalg av lavterskeltilbud bør utgjøre en del av kommunens helhetlige tjenestetilbud, for lettere å nå personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer. Kommunen bør herunder ha:
 - a. et gatenært lavterskel helsetilbud for rusmiddelavhengige og/eller personer med psykiske helseproblemer.
 - b. frisklivssentral og/eller tilsvarende kurs- og aktivitetstilbud.
2. At kommunen har aktivt oppsøkende behandlingsteam.
3. At kommunen kan tilby nødvendig personlig assistanse, herunder praktisk bistand og støttekontakt, til personer som ønsker og har behov for støtte og oppfølging på fritiden. Det kan også bli aktuelt med brukerstyrt personlig assistent for denne målgruppe.
4. At kommunen legger til rette for fleksible og varige botilbud i gode bomiljø, som er tilpasset den enkeltes behov. Tjenester i bolig kan være nødvendig for å opprettholde og mestre boforholdet. Det kan også være nødvendig med heldøgns- helse- og omsorgsinstitusjon eller sykehjem. Bolig bør være på plass i god tid før utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten eller løslatelse fra fengsel. Kommunen bør utarbeide en boligsosial handlingsplan. Bolig- og tjenestebehov bør inngå i individuell plan. Samarbeidsavtaler mellom kommunen og fengsler og kommunen og helseforetaket bør inneholde rutiner og retningslinjer for ansvars- og oppgavefordeling ved tilrettelegging av bolig- og tjenestebehov.
5. At kommunen har behandlingstiltak for å etablere et godt kosthold, fremme fysisk aktivitet og bedre ernæringsstatus.
6. At kommunen kan tilby hjelp til røykeslutt og opplæring om søvn og forebygging av søvnvansker for dem som ønsker det.
7. At NAV-kontoret bistår personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelmisbruk med arbeid eller annen meningsfull aktivitet. Tiltak med sikte på å skaffe ordinært lønnet arbeid bør være hovedstrategien.
8. At NAV-kontoret tilbyr økonomisk rådgivning. Økonomiske støtteordninger bør være kjent for både bruker og ansatte for å hindre at dårlig personlig økonomi fører til dårlige levekår og manglende benyttelse av tjenestetilbud.
9. At kommunen kan ivareta pårørende på en god måte. Kommunen bør legge til rette for at pårørende som ønsker det får tilbud om å delta i grupper med andre pårørende i tilsvarende situasjon. Tjenesteapparatet bør ha kjennskap til aktuelle lokale tilbud, ofte i regi av bruker-, pårørende eller selvhjelpsorganisasjoner, eventuelt medvirke til at det etableres.
10. At kommunens ansatte har nødvendig kompetanse, herunder at ansatte i psykisk helse- og rusarbeid behersker sentrale kunnskapsbaserte metoder, og kunne tilby velprøvde metoder som kognitiv terapi og motiverende intervju (MI). Kommunen bør ha kompetanse til å vurdere selvmordsrisiko, forvalte og håndtere tvangslovgivningen samt vold- og utagerendeproblematikk i den grad det er et kommunalt ansvar. Kommunen bør også tilrettelegge for kultursensitiv og språklig tilpasset behandling.

11. At kommunen selv kan eller alternativt henviser rusmiddelbrukere til en forsvarlig avslutting av rusmiddelbruken
12. At kommunen har romslige åpningstider for tilbudene til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblematikk.
13. At det er kort ventetid på behandling/tiltak
14. At det er lett tilgjengelig og fyllestgjørende informasjon på kommunens hjemmeside og/eller via øvrige informasjonskanaler, samt at kommunen har gode informasjonsteknologiske kanaler, f.eks. SMS-meldinger, telefon-tid eller lignende. Informasjonen skal være tilpasset målgruppens behov.
15. At det sikres at personell med beslutningskompetanse til å tildele tjenester alltid er tilgjengelig i kommunen.
16. At kommunen tilbyr en koordinator til personer med behov for komplekse, eller langvarige og koordinerte tjenester, og at kommunen forøvrig legger til rette for at brukere har fast kontaktperson.
17. Kommunen bør forebygge voldsepisoder mot de kommunalt ansatte innenfor den psykiske helse og rusomsorg. De ansatte må i hovedregel ha rette kompetanse til å forebygge og håndtere slike hendelser. Alenearbeid og arbeidsoppgaver som innebærer maktutøvelse øker risikoen for vold og trusler om vold, og det må tas i overveielse ved tilrettelegging av arbeidsoppgavene. Det bør samtidig være rutiner eller retningslinjer for håndtering av vold. Rutiner for samarbeid om håndtering av vold- og utageringsproblematikk kan nedfelles i samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunen. Koordinator, individuell plan og ansvarsgruppe er viktige virkemidler for å forebygge voldsepisoder. Aktivt oppsøkende behandlingsteam er en egnet tilnærmingstype for denne målgruppen.

Problemstilling 2

Ivaretas hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen i Kongsvinger kommune?

UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2

I proposisjon til Stortinget (2013-2014) fremgår det at brukerinnflytelse skal være et bærende prinsipp innen psykisk helsearbeid og rusomsorg. Aktiv involvering av brukeren i valg av behandling og tjenester er en demokratisk rettighet, og en politisk og faglig målsetting. Dette prinsipp bygger på mange års økende fokusering på brukerinnflytelse innenfor de offentlige tjenester, og man ser at også opptrappingsplanene for psykisk helse og rus begge la stor vekt på brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av pårørende.

Ifølge helsedirektoratet skal brukernes behov og muligheter være utgangspunktet for tjenester, og en av de største samhandlingsutfordringene er at brukernes behov ikke tas nok hensyn til når tjenestene skal utvikles. Betydningen av og kunnskap om brukerperspektiv og brukermedvirkning må være forankret i ledelsen og hos de ansatte i tjenestene.⁸³

BRUKERMEDVIRKNING PÅ SYSTEMNIVÅ

Forskrift om internkontroll i sosial – og helsetjenesten § 4e bekrefter at virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten. I praksis betyr dette at virksomhetene må ha et system for å innhente slike erfaringer regelmessig. Dette kan f.eks. gjøres gjennom brukerundersøkelser og brukerråd (brukermedvirkning på systemnivå).⁸⁴

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 andre ledd, pålegger også en tilsvarende plikt til å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter⁸⁵. Jevnlige brukerundersøkelser, i samarbeid med brukerorganisasjonene, for å sikre at virksomhetens organisering og praksis ivaretar brukerperspektivet, vil på en god og hensiktsmessig måte bidra til å oppfylleplikten.

BRUKERMEDVIRKNING PÅ INDIVIDNIVÅ

Pasienter og brukeres rett til å medvirke, og tjenestenes plikt til å involvere pasient og bruker i undersøkelse, behandling og valg av tjenestetilbud, er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Reell brukermedvirkning innebærer at den som berøres av en beslutning, eller er bruker av tjenester, deltar i beslutningsprosesser på like vilkår, slik at brukerens ulike oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov kommer til uttrykk og legges til grunn for beslutninger og utforming av behandling og tjenestetilbud. Brukermedvirkning forutsetter at tjenestene oppfyller brukerens rett til nødvendig informasjon⁸⁶. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutning som angår hans eller hennes problem.

Gjennom brukermedvirkning får tjenestene økt kunnskap om brukerens situasjon, ønsker og behov som kan motarbeide fordommer og stereotypier, og bidra til at enkeltpersoner og grupper får større innflytelse og handlingsrom. Aktiv brukerdeltakelse i utformingen av tjenestetilbudet bidrar til et

⁸³ <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/Sider/default.aspx>

⁸⁴ <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>

⁸⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 andre ledd

⁸⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3

bedre tilpasset tjenestetilbud, men har også en egenverdi. For mange vil brukermedvirkningen ha en terapeutisk effekt.

Brukeren har rett, men ingen plikt til å delta i utformingen av tjenestetilbudet, og tjenesteutøver skal respektere brukerens ønsker. Brukere som i første omgang avslår å delta i prosessen, bør inviteres inn på nytt ved en senere anledning. Brukeren kan også oppfordres til å ta kontakt med familie, venner eller brukerorganisasjoner, og hvis ønskelig invitere dem inn i prosessen som en støtte. Tjenestenes plikt til å gi tilpasset informasjon gjelder uavhengig av om brukeren kan eller ønsker å medvirke i prosessen⁸⁷.

Tjenesteutøver må være lydhør overfor brukeres ønsker, mål og oppfatning av situasjonen. Målet er at bruker og tjenesteutøver enes om hva som er et egnet tjenestetilbud. Tjenestene har plikt til å yte faglig forsvarlige tjenester, og ved uenighet har forsvarlighetskravet forrang. Brukeren skal like fullt få anledning til å medvirke underveis, og tjenestene må ikke ytes uten samtykke.

Retten til medvirkning gjelder ikke i sin helhet for pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven og tvungent tilbakehold for rusmiddelavhengighet etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10.

Det er lederens oppgave å sikre at virksomheten yter likeverdige og helhetlige tjenester til brukerne og praktiserer reell brukermedvirkning⁸⁸. Tjenesteutøveren har samtidig et selvstendig ansvar⁸⁹ for at brukeren gis et likeverdig, frivillig⁹⁰ og forsvarlig tilbud med anledning til å medvirke⁹¹.

Involvering av pårørende i behandling og utvikling av tjenestetilbud er viktig både av hensyn til pårørende og til brukerens situasjon. Når brukeren mangler samtykkekompetanse vil pårørende kunne ha selvstendig rett til medvirkning⁹². Undersøkelser viser at pårørendeinvolvering både reduserer faren for tilbakefall hos brukeren og fører til færre symptomer. Det bedrer sosial fungering og gir økt opplevelse av mestring og tilfredshet både hos bruker og pårørende.⁹³

Hvorvidt det er eller ikke er brukermedvirkning på individnivå, er vanskelig å måle i en forvaltningsrevisjon. Brukermedvirkningen skjer ofte i det konkrete møte med brukeren. I denne revisjon kan vi derfor primært vurdere, hvorvidt brukermedvirkning på individnivå er dokumentert, og om det evt. er nettverksmøter, brukerstyrte tiltak eller lignende, som er basert på brukeres ønske og medvirkning. Intervju med brukerråd og brukerrepresentanter kan også gi inntrykk av enkelte brukeres erfaring med brukermedvirkning.

METODER FOR BRUKERMEDVIRKNING

INDIVIDUELL PLAN

Individuell plan (IP) er brukerens egen plan. IP skal utarbeides sammen med bruker og gjenspeile brukerens behov, ønsker og mål⁹⁴. Planen utløser ingen rettskrav på bestemte tjenester, og gir ikke

⁸⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd & Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd annet punktum

⁸⁸ Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven)

⁸⁹ § 16 helsepersonelloven § 4

⁹⁰ Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 4-1

⁹¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

⁹² Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd

⁹³ Kilde: Sammen om mestring, Helsedirektoratet. Side 16.

⁹⁴ Individuell plan er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1 og Forskrift av 16.12.2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kapittel 5, lov om sosiale tjenester i NAV § 28

brukeren rettigheter ut over det som følger av regelverket for helse- og omsorgstjenester⁹⁵. Planen skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og er en viktig premiss når det fattes vedtak om tjenester. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til, og bør oppfordres til, å få utarbeidet en individuell plan⁹⁶ og til å delta aktivt i å beskrive sine ønsker, mål og behov for tjenester. Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke fra brukeren eller den som kan samtykke på vegne av brukeren. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning brukeren og pårørende selv ønsker det.

NETTVERKSMØTER OG ÅPNE SAMTALER

Nettverksmøter har fokus på brukerens ressurser, styrker og muligheter. Metoden, som krever god kompetanse hos utøver, innebærer at brukerens nettverk involveres og motiveres til å delta i brukerens bedringsprosess.

ERFARINGSKONSULENTER

Erfaringskonsulenter er ansatte med brukererfaring, enten egenerfaring eller som pårørende til personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer. Tilsetting av medarbeidere med brukererfaring styrker brukerperspektivet i tjenestene, og er et anbefalt tiltak for å fremme en recoveryorientert praksis. Erfaringskonsulentene er ikke brukerrepresentanter, og kan ikke erstatte brukerrepresentantens rolle og funksjon.

FRIVILLIGE ORGANISASJONER/BRUKERORGANISASJONER

Personer med rusmiddelrelaterte eller psykiske helseproblemer kan ha nytte av å møte andre som er eller har vært i samme situasjon. Tjenesteapparatet bør informere og oppmuntre brukerne til å ta kontakt med brukerorganisasjonene, brukerstyrte sentre, selvhjelpsgrupper eller andre frivillige organisasjoner, og eventuelt bidra til å opprette kontakten.

RÅD OG BRUKERUTVALG

Kommunene har plikt til å etablere kommunale råd for personer med nedsatt funksjonsevne⁹⁷. Helseforetakene er pålagt å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter⁹⁸. Det anbefales at tjenestene benytter utvalgene aktivt for å få råd og tilbakemeldinger fra brukerne.

BRUKERUNDERSØKELSER

Brukerundersøkelser kan gjøres på mange måter, med mange ulike mål, metoder og resultater. Spørsmålene og metodevalg må kvalitetssikres for å sikre at resultatene vil gi svar på det en er ute etter. Spørreundersøkelser kan utføres via selvutfyllingsskjema, ved intervju med strukturerte spørsmål eller ved semistrukturerte intervju dvs. med åpne spørsmål.

Brukerne bør så langt som mulig involveres i planlegging og gjennomføring av slike undersøkelser.⁹⁹

⁹⁵ Forskrift av 16.12.2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 16

⁹⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5

⁹⁷ Lov av 17.6. 2005 nr. 58 om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med Nedsatt funksjonsevne m.m, se § 2, jf. § 1

⁹⁸ Lov av 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m (helseforetaksloven) § 35

⁹⁹ Kilde: Plan for brukermedvirkning – Helsedirektoratet. Side 26f.

REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2

For å sikre at kommunen ivaretar hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen, bør man dermed - på bakgrunn av de føringer som ligger fra direktoratet og relevant lovverk - i kortform kunne forvente at kommunen oppfyller følgende kriterier:

- 1) At kommunen har brukermedvirkning på systemnivå, og herunder anvender/har enn eller flere av følgende instanser/tiltak, som anvendes regelmessig:
 - a) Brukerundersøkelser på tjenesteområdet, f.eks. fokusgrupper eller spørreskjemaundersøkelse
 - b) Brukerråd, som innbefatter brukere av tjenester innen for psykisk helse- og rusvern
 - c) Møteplasser mellom brukerorganisasjoner og den kommunale tjenesteutøver
 - d) At man har/anvender erfaringskonsulenter

Ansvar, praktisk gjennomføring og resultater av brukermedvirkning på systemnivå må være dokumentert og nedfelt i kommunale planer eller lignende.

- 2) At kommunen har brukermedvirkning på individnivå, herunder at:
 - a) Brukermedvirkning er dokumentert i individuell plan
 - b) At brukermedvirkning skjer gjennom nettverksmøter, pårørendeinvolvering, brukerstyrte tilbud eller lignende

Brukerstyrte tilbud/tiltak kan både anses å utgjøre brukermedvirkning på individ- og systemnivå.

Problemstilling 3

I hvilken grad sikrer Kongsvinger kommune at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud?

UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3

Gjennom opptrappingsplanene for psykisk helsefeltet og rusfeltet er det bygget opp et bredt sett av lokalbaserte tjenester og tilbud innen både offentlig og frivillig sektor. Utviklingen har vært positiv med tanke på å møte målgruppens behov. Mangfoldet av tjenester kan i noen tilfelle medføre at brukere og pårørende opplever tilbudet som fragmentert. Forsvarlighetsplikten krever at tjenestene må tilrettelegges slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.¹⁰⁰ Plikten forutsetter at tjenestene samhandler om tilbudet til den enkelte bruker. Nødvendig samhandling må skje mellom tjenestene innen kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten¹⁰¹. Samarbeid med frivillig sektor vektlegges også i stadig større grad. Det er tjenestenes ansvar å sørge for helheten, slik at det er lett for bruker og pårørende å få oversikt, og finne fram til rett tjeneste.

Helhetlige og koordinerte tjenester forutsetter at det etableres tverrfaglige samarbeid om tjenestene, på tvers av profesjoner, instanser og forvaltningsnivåer. Tjenesteutøverne må samarbeide om løsninger som ivaretar brukerens mål og behov. Fagperspektivene bør forenes med utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv. Et godt samarbeid krever at utøverne utvikler felles forståelsesramme og begrepsforståelse. Gjensidig refleksjon rundt problemstillinger kan være en nøkkel i det tverrfaglige arbeidet.

Samarbeid er nødvendig, men også utfordrende. Det kan være krevende å utvikle og opprettholde gode samarbeidsrelasjoner i praksis. Brukeren er viktigste aktør, og skal delta i samarbeidet om egne mål og behov. På samme måte er bruker og pårørendeorganisasjonene naturlige samarbeidspartnere i planlegging og tjenesteutvikling på systemnivå.

SAMARBEID PÅ FLERE NIVÅER

SAMHANDLING INNAD I KOMMUNEN

Det er stor variasjon i hvordan kommunene har organisert sine helse- og omsorgstjenester og andre tjenester for personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og i hvilken grad de har utviklet interkommunalt samarbeid på feltet. Med innføringen av helse- og omsorgstjenesteloven ble det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester i hovedsak opphevet. Felles regelverk for tjenestene skal danne grunnlag for god samhandling mellom tjenestene i kommunen. Samarbeidsformer og rolleavklaring tjenestene imellom bør avklares ut i fra lokale forhold. Et forsvarlig helse- og omsorgstilbud forutsetter i de fleste sammenhenger at kommunale aktører og tjenester samarbeider om tilbudet. Fastlegen er en sentral aktør for de fleste brukere, og en naturlig del av det kommunale arbeidet.

SAMHANDLING MED IDEELLE OG FRIVILLIGE ORGANISASJONER

En rekke ideelle og frivillige organisasjoner tilbyr tjenester innenfor lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Mange av tjenestene drives i relasjon til det offentlige, og bidrar til økt kapasitet innenfor

¹⁰⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, helsepersonelloven §§ 4 og 16

¹⁰¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e, lov om sosiale tjenester i NAV § 13

avrusning, kartlegging, behandling og oppfølging¹⁰². Andre tiltak forholder seg til brukerne utenfor behandlingsapparatet og de sosiale tjenestene, og dekker forhold som for folk flest ivaretas gjennom sosiale nettverk eller deltakelse på ulike arenaer i det sivile samfunn. Tiltakene supplerer de offentlige tjenestene og har fokus på sosiale nettverk, kompetansebygging, empowerment og økt mestring.

De frivillige organisasjonene inntar ulike roller og oppgaver i forhold til pasientforløpet, så samhandlingen med de frivillige og ideelle organisasjonene stiller store krav til kommunenes koordineringsfunksjon. Mange av tiltakene retter seg mot spesifikke målgrupper eller oppgaver, og vil således utgjøre en del av et helhetlig behandlingsforløp. God samhandling krever at kommunen har oversikt over frivillige og ideelle aktører lokalt og regionalt, og at frivillige tiltak inkluderes i kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplaner og øvrig relevant planverk. Økt samhandling vil utvide kompetansen for alle parter. Det stilles krav til å samarbeide og inkludere de frivillige organisasjoner av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10.

SAMHANDLING MELLOM KOMMUNEN OG SPESIALISTHELSETJENESTEN

God samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten styrker det lokale arbeidet. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulike faglige tradisjoner, virkemidler og kompetanse, og kan sammen tilby et bredt spekter av tjenester og tilnæringsmåter.

God samhandling forutsetter likeverd mellom tjenestenivåene, både i teoretisk og praktisk tilnærming til feltet. Spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt definert hvordan problemene skal forstås, utredes og behandles. Økt samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten krever god dialog mellom tjenestenivåene. Interesse og respekt for hverandres kompetanse og faglige innsikt vil utvide kompetansen, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Brukernes kompetanse må inngå som en del av fagperspektivene, og begge tjenestenivåene må ta utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv.

PLIKT TIL Å SAMARBEIDE

Kommunen og regionalt helseforetak har ansvar for å tilrettelegge for samhandling og samarbeide internt i tjenestene, med andre tjenesteytere og med bruker- og pårørendeorganisasjonene¹⁰³.

Kommunen skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket, eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer¹⁰⁴. Avtalen skal blant annet omfatte enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre. Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Partene kan enten inngå en samlet avtale eller flere avtaler på ulike nivåer, eller områder av virksomheten. Samarbeidsavtaler må forankres på alle nivå. De regionale helseforetakene skal sende avtalen til Helsedirektoratet til orientering, slik at staten kan følge med på at alle kommuner og helseforetak inngår samarbeidsavtale¹⁰⁵.

De lovfestede samarbeidsavtalene bør utformes slik at de ivaretar og sikrer nødvendige avklaringer på rus- og psykisk helsefeltet. Manglende helhetlig ansvarsavklaring kan gi et dårligere tilbud til brukerne. Det kan oppstå tvil om hvem som har ansvar for behandling, siden både kommunen og

¹⁰² Helsepersonelloven vil gjelde, jf. § 2

¹⁰³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e

¹⁰⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6

¹⁰⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-4

spesialisthelsetjenesten har et lovfestet ansvar for å sørge for behandling. Grensen mellom kommunal behandling og spesialisert behandling er ikke alltid skarp og entydig. Det kan være betydelige variasjoner i kompetanse og kapasitet mellom kommuner, og nærmere arbeids- og ansvarsdeling bør avklares lokalt. Behandlingen må alltid være forsvarlig, og avklaringer av ansvar og oppgaver må ta hensyn til dette kravet. Spesialisthelsetjenestene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern er organisert på ulik måte i helseforetakene. Noen foretak har rusbehandling fullt integrert i psykisk helsevern, andre har egne avdelinger for TSB. Det er også forskjell i hvor stor grad de regionale helseforetakene har inngått avtaler med private aktører om tilbudet innen TSB, og i hvor stor grad tilbudet drives av helseforetakene selv. Forskjellene gjør at den praktiske samhandlingen, fordelingen av ansvar og oppgaver og utformingen av tjenestene må tilpasses lokale forhold. Tilbudene må framstå slik at brukerne opplever at de to tjenestenivåene gir koordinerte og tilpassede tjenester. Spesialisthelsetjenesten skal understøtte, ikke erstatte, kommunale tjenester.

Gjennom samhandlingsreformen skal kommunene styrkes for å ivareta sitt ansvar for tjenester, diagnostikk og behandling. Kommunene bør, ut fra lokale forhold, vurdere egnede praktiske løsninger for arbeidsdeling og ansvarsforhold. Interkommunale løsninger og formalisert samarbeid mellom tjenestenivåene kan være aktuelle alternativer.

SAMHANDLINGSTILTAK PÅ SYSTEMNIVÅ

TJENESTEUTVIKLING

Kommunen og spesialisthelsetjenesten må samarbeide om tjenesteutviklingen¹⁰⁶, og ikke utvikle tjenester uavhengig av hverandre. Tjenestetilbudet må organiseres slik at en unngår tjenestetomme rom, det vil si områder hvor det er stor risiko for å oppleve svikt i tilbudet. Tjenestene må ses i sammenheng og utvikles ut i fra en felles forståelse for hva som er behovene. En bør samarbeide og involvere hverandre i endrings- og utviklingsprosesser. Prosesser må være godt forankret, blant annet i samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

REGELMESSIGE MØTER

God samhandling forutsetter løpende kontakt. Det bør etableres regelmessige møter hvor beslutningstakere fra både kommunene og spesialisthelsetjenesten drøfter strategier, praktisk samhandling og planlegger videreutvikling av tjenestene.

Bruker- og pårørendeorganisasjoner bør inviteres med som rådgivere.

HOSPITERING

Tjenestene bør gjennomføre praktisk samhandling. Godt tilrettelagt hospitering kan gi verdifull praktisk erfaring og forståelse for utfordringer i andre tjenester.

Hospitering kan foretas ved:

- Konsultasjonsdager, hvor ansatte i spesialisthelsetjenesten arbeider i kommunen, og påtar seg oppgaver som kommunen selv ber om
- Felleskonsultasjoner, hvor fastlegen eller andre ansatte i kommunehelsetjenesten sammen undersøker og behandler pasienter
- Kommunalt personell arbeider i spesialisthelsetjenesten i en periode, gjerne mens pasienten de har kontakt med er innlagt ved samme avdeling

¹⁰⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6

Samhandlingsmetodene gir kommunen praktisk faglig støtte, uten at pasienten sendes mellom tjenestenivåene, mens spesialisthelsetjenesten får et bredere perspektiv på brukerens behov og livssituasjon. Kjennskap til hverandres tjenester som også oppnås gjennom samhandlingsmetodene, vil gi et bedre grunnlag for gode henvisninger.

FELLES TJENESTENETTVERK

Tjenestene bør, uavhengig av nivå, definere seg som del av et felles tjenestenettverk.

Når tjenester ytes i sekvens, er det avgjørende at overgangene mellom tjenestenivåene er smidige. Ny henvisning og vurdering av rett til spesialisert helsehjelp bør ikke være nødvendig når begge nivåene er godt kjent med personen fra tidligere behandlingskontakt.

Tjenestene må være samstemte når de yter parallell behandling, for eksempel ved polikliniske tjenester og oppfølging i bolig. Brukerstyrte tilbud kan være en måte å løse dette på.

SAMHANDLINGSTILTAK PÅ INDIVIDNIVÅ

God samhandling og fordeling av oppgaver og ansvar i behandlingen av den enkelte bruker forutsetter at tjenesteutøverne møtes for å avklare hvem som skal gjøre hva. Behovet for koordinering må vurderes og avgjøres i hvert enkelt tilfelle.

INDIVIDUELL PLAN (IP)

Brukere som trenger langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Individuell plan skal alltid ta utgangspunkt i brukerens egen oppfatning av problemene og hva han eller hun trenger for å kunne mestre utfordringene bedre. Planen skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og er en viktig premiss når det fattes vedtak om tjenester. Det er kommunen som har ansvaret for at det utarbeides en individuell plan (IP). Koordinerende enhet i kommunen bør legge til rette for felles opplæring og kompetanseutviklingstiltak for brukere, koordinatorene og andre fagpersoner som er involvert i planarbeidet. Utarbeidelse av IP krever samtykke fra pasient og bruker.

KOORDINATOR

Kommunen skal tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Kommunen har plikt til å tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, uavhengig av om de ønsker å få utarbeidet individuell plan¹⁰⁷.

Koordinator skal sørge for fremdrift i den individuelle planen, men virksomhetsledelsen skal sørge for at koordinatoren har gode rammebetingelser for å kunne ivareta rollen¹⁰⁸.

Helse- og omsorgspersonell, ansatte på NAV-kontoret og andre kan være koordinator.

Koordinatoren skal oppnevnes i samråd med brukeren eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende.

KOORDINERENDE ENHET

Kommunen har plikt til å opprette en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet¹⁰⁹. Enheten har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for

¹⁰⁷ Forskrift av 16.12.2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21

¹⁰⁸ Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Prop 91 L (2010-2011).

oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Målet med koordinerende enhet er å sikre koordinerte tjenester til dem som trenger det, og legge til rette for god samhandling mellom bruker og tjenesteytere og mellom tjenesteytere fra ulike faggrupper, sektorer og nivåer. Personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer vil ofte ha behov for koordinerte tjenester, og enhetene må sikre at disse brukergruppene behov for individuell plan og koordinator ivaretas.

KRISEPLAN

Brukere som opplever tilbakevendende kriser som krever rask og kompetent intervensjon, bør få utarbeidet en kriseplan. Kriseplanen bør presisere varselsymptomer, hvilke tiltak som skal settes inn og hvem som skal kontaktes. Den bør være praktisk og konkret, med navngitte tjenesteytere og telefonnummer. Planen kan spesifisere samhandlingsmønsteret for krisesituasjoner ved å presisere når en skal involvere ansatte i henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kriseplan bør inngå i en individuell plan.

REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3

For å sikre at kommunen sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud, bør man dermed - på bakgrunn av de føringer som ligger fra direktorat og relevant lovverk - i kortform kunne forvente at kommunen oppfyller følgende kriterier:

1. At kommunen legger til rette for samhandling på systemnivå, dvs. internt i kommunen og med andre tjenesteytere/etater for å bidra til helhetlige og koordinerte tjenester, herunder:
 - a. At det finnes arenaer for samhandling
 - b. At det finnes avtaler eller andre former for formalisering av samarbeidet, bl.a.
 - i. dokumentasjon av samhandling og beskrivelser av samhandlingsrutiner
 - ii. at det er inngått samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket
 - iii. At planarbeidet mellom de ulike tjenesteytere koordineres
 - c. At kommunen har koordinerende enhet i tråd med lovkravene
 - d. At en ved vedtak om og gjennomføring av kommunale tjenester, ser de ulike tjenestene i sammenheng
2. At kommunen har oversikt over frivillige og ideelle aktører lokalt og regionalt, og at frivillige tiltak inkluderes i kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplaner og øvrig relevant planverk.
3. At kommunen sikrer helhetlige og koordinerte tjenester på individnivå, herunder
 - a. At kommunen sikrer at pasienter/brukere får individuell plan og koordinator i tråd med lovkravene, dvs.
 - i. Om bruker får tilbud om, utarbeidelse og oppfølging av individuell plan
 - ii. Om bruker får tilbud om og oppnevning av koordinator
 - iii. Om det gis oppfølging, opplæring og veiledning av koordinator
 - b. Dersom pasient med rett til individuell plan ikke ønsker individuell plan, må kommunen på annen måte sikre at pasienten mottar helhetlige og samordnede tjenester. Det bør dokumenteres at tilbud er gitt.

¹⁰⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3

19 Vedlegg B: Uttalelse fra DPS Kongsvinger



Hedmark Revisjon IKS
Postboks 84
2341 LØTEN

Deres ref.: Inger Stensgaard

Vår ref.: 2012/01277-17/024/
Eidlaug

Dato: 08.09.2014

FORVALTNINGSREVISJONSPROSJEKTER I ÅSNES, KONGSVINGER OG EIDSKOG

Viser til forespørsel pr. mail datert 27.08.14.

På generelt grunnlag oppfatter DPS Kongsvinger situasjonen som følgende:

Alle kommuner:

I fht. NAV: Ofte bruker vi lang tid til å motivere pasienter til selv å kontakte NAV. Erfaring er at NAV ofte viser liten forståelse til pasientenes problematikk. Ordner seg bedre da en behandler fra oss ringer.

I fht kommunale ledere: Virker som at miljøpersonalet ikke har "nok tyngde". Ting løser seg bedre når leder her kontakter kommunal leder.

I fht PLO-kommuner: Savner den direkte menneskelige kontakten som man får pr telefon i fht pasienter.

KONGSVINGER

[Redacted text block for Kongsvinger]

EIDSKOG

[Redacted text block for Eidskog]

BESØKSADRESSE
Parkveien 35
2212 Kongsvinger

POSTADRESSE
Postboks 104
2381 Brumunddal

Tlf: 05200
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no

Org.nr. 983 971 709

HELSE SØR-ØST



ÅS NES

Enkle å samarbeide med. Tilbudet oppleves bra. Vanskelig å få tak i NAV-kontakter (kapasitetsproblemer?) Lettere for fagpersoner å få kontakt med saksbehandler enn for pasientene.

Med vennlig hilsen



Tom Eidlaug
avdelingsjef