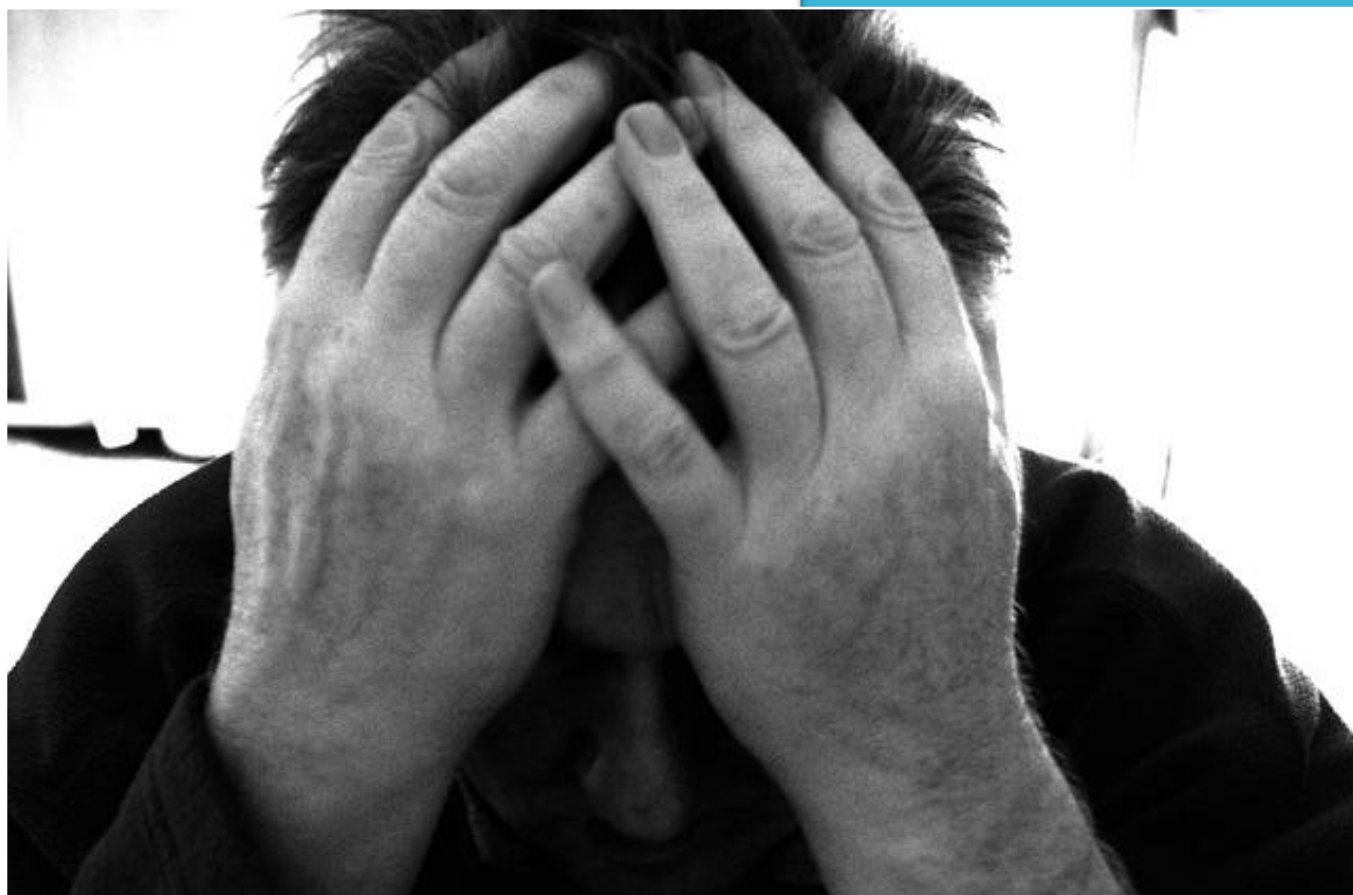


Forvaltningsrevisjon 2014

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

## Psykisk helse- og rusomsorg i Eidskog kommune



## 1 Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet: *Psykisk helse- og rusomsorg i Eidskog kommune*. Rapportutkastet har vært sendt på høring til rådmannen i kommunen. Rådmannen hadde ingen kommentarer til rapporten. Rapporten, som utgjør prosjektets sluttprodukt, avleveres herved til revisjonens oppdragsgiver, kontrollutvalget i Eidskog 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-desember 2014.

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

Løten, den 13. januar 2015

Laila Irene Stenseth

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Inger Stensgaard Sørensen

Utvøvende forvaltningsrevisor

## Innhold

|             |                                                                         |           |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>    | <b>FORORD</b>                                                           | <b>2</b>  |
| <b>2</b>    | <b>SAMMENDRAG</b>                                                       | <b>5</b>  |
| <b>3</b>    | <b>BAKGRUNN FOR PROSJEKTET</b>                                          | <b>8</b>  |
| <b>4</b>    | <b>FORMÅL</b>                                                           | <b>9</b>  |
| <b>5</b>    | <b>PROBLEMSTILLINGER</b>                                                | <b>9</b>  |
| <b>6</b>    | <b>OPPBYGGING AV RAPPORTEN</b>                                          | <b>9</b>  |
| <b>7</b>    | <b>DET KOMMUNALE ANSVAR</b>                                             | <b>10</b> |
| <b>8</b>    | <b>AKTUALITET</b>                                                       | <b>11</b> |
| <b>9</b>    | <b>METODE</b>                                                           | <b>14</b> |
| <b>9.1</b>  | <b>KVALITATIVE INTERVJUER</b>                                           | <b>14</b> |
| <b>9.2</b>  | <b>DOKUMENTANALYSE</b>                                                  | <b>15</b> |
| <b>9.3</b>  | <b>KONTROLL AV INDIVIDUELLE PLANER</b>                                  | <b>15</b> |
| <b>10</b>   | <b>AVGRENSNINGER</b>                                                    | <b>16</b> |
| <b>11</b>   | <b>PROBLEMSTILLING 1</b>                                                | <b>17</b> |
| <b>11.1</b> | <b>REVISJONSKRITERIER</b>                                               | <b>17</b> |
| <b>11.2</b> | <b>FUNN</b>                                                             | <b>19</b> |
| 11.2.1      | GENERELT OM PSYKISK HELSE- OG RUSOMSORG I EIDSKOG KOMMUNE               | 19        |
| 11.2.2      | TEMA: DEN PSYKISK HELSETJENESTE                                         | 21        |
| 11.2.3      | TEMA: RUSOMSORG                                                         | 22        |
| 11.2.4      | TEMA: LAVTERSKELTILBUD                                                  | 24        |
| 11.2.5      | TEMA: MULIGHUSET                                                        | 24        |
| 11.2.6      | TEMA: FRISKLIVSSENTRALEN (FYSISK AKTIVITET, RØYKESLUTT OG SØVNVANSKER)  | 25        |
| 11.2.7      | TEMA: NAV                                                               | 26        |
| 11.2.8      | TEMA: TILDELINGSKONTORET OG TILDELING AV TJENESTER                      | 29        |
| 11.2.9      | TEMA: SLT-KOORDINATOR OG INNSATSEN OVERFOR UNGE                         | 31        |
| 11.2.10     | TEMA: BOLIG                                                             | 33        |
| 11.2.11     | TEMA: FASTLEGENE OG KOMMUNEOVERLEGE                                     | 40        |
| 11.2.12     | TEMA: INTERKOMMUNALE SAMARBEIDER, PROSJEKTER OG SPESIALISTHELSETJENESTE | 41        |
| 11.2.13     | TEMA: ØVRIGE TILBUD                                                     | 42        |
| 11.2.14     | TEMA: PÅRØRENDE                                                         | 43        |
| 11.2.15     | TEMA: KOMPETANSE                                                        | 43        |
| 11.2.16     | TEMA: LETT TILGJENGELIGE TJENESTER                                      | 46        |
| 11.2.17     | TEMA: ANSATTES SIKKERHET OG VOLDSRISIKO                                 | 47        |
| <b>11.3</b> | <b>REVISORS VURDERING : PROBLEMSTILLING 1</b>                           | <b>48</b> |
| 11.3.1      | TJENESTETILBUDET / BREDDEN I TJENESTETILBUDET                           | 48        |
| 11.3.2      | TILDELING AV TJENESTER                                                  | 51        |
| 11.3.3      | BOLIGER                                                                 | 52        |

|             |                                                                     |            |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|------------|
| 11.3.4      | TILBUD TIL PÅRØRENDE                                                | 53         |
| 11.3.5      | KOMPETANSE                                                          | 53         |
| 11.3.6      | TILGJENGELIGHET                                                     | 54         |
| 11.3.7      | DE ANSATTES SIKKERHET                                               | 54         |
| 11.3.8      | SAMLET VURDERING PROBLEMSTILLING 1                                  | 55         |
| <b>12</b>   | <b>PROBLEMSTILLING 2</b>                                            | <b>57</b>  |
| <b>12.1</b> | <b>REVISJONSKRITERIER – PROBLEMSTILLING 2</b>                       | <b>58</b>  |
| <b>12.2</b> | <b>FUNN</b>                                                         | <b>58</b>  |
| 12.2.1      | TEMA: BRUKERMEDVIRKNING PÅ SYSTEMNIVÅ                               | 58         |
| 12.2.2      | TEMA: BRUKERMEDVIRKNING PÅ INDIVIDNIVÅ                              | 60         |
| <b>12.3</b> | <b>REVISORS VURDERING: PROBLEMSTILLING 2</b>                        | <b>60</b>  |
| <b>13</b>   | <b>PROBLEMSTILLING 3</b>                                            | <b>62</b>  |
| <b>13.1</b> | <b>REVISJONSKRITERIER</b>                                           | <b>63</b>  |
| <b>13.2</b> | <b>FUNN</b>                                                         | <b>64</b>  |
| 13.2.1      | TEMA: HELHETLIGE, FLEKSIBLE TILBUD OG KOORDINERING/SAMHANDLING      | 64         |
| 13.2.2      | TEMA: PLANDOKUMENTER SOM SIKRER HELHETLIGE OG KOORDINERTE TJENESTER | 68         |
| 13.2.3      | TEMA: INDIVIDUELL PLAN                                              | 68         |
| 13.2.4      | TEMA: KOORDINATOR OG FAST KONTAKTPERSON                             | 71         |
| <b>13.3</b> | <b>REVISORS VURDERING: PROBLEMSTILLING 3</b>                        | <b>71</b>  |
| <b>14</b>   | <b>KONKLUSJON</b>                                                   | <b>74</b>  |
| <b>15</b>   | <b>ANBEFALINGER</b>                                                 | <b>75</b>  |
| <b>16</b>   | <b>REFERANSELISTE</b>                                               | <b>77</b>  |
| <b>17</b>   | <b>RÅDMANNENS HØRINGSUTTALELSE</b>                                  | <b>81</b>  |
| <b>18</b>   | <b>VEDLEGG A: REVISJONSKRITERIER</b>                                | <b>82</b>  |
| <b>19</b>   | <b>VEDLEGG B: UTTALELSE FRA DPS KONGSVINGER</b>                     | <b>102</b> |
| <b>20</b>   | <b>VEDLEGG C: KOMMENTARER VEDRØRENDE REVISJONSKRITERIER</b>         | <b>104</b> |

## 2 Sammendrag

I henhold til plan for forvaltningsrevisjon for Eidskog 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 Eidskog 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-desember 2014, og har innebefattet 8 intervjuer, herav 4 gruppeintervjuer. Intervjupersonene inkluderer kommunalsjef, stedfortreder for leder av psykisk helsetjeneste og saksbehandler ved tildelingskontoret, ansatte ved psykisk helsetjeneste, ruskonsulent og miljøarbeidere ved NAV, brukerrepresentanter fra dagsenter, kommunelege, frisklivssentral, SLT-koordinator 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, men har sendt svar, som fremgår av vedlegg C.

På bakgrunn av funn har revisor vurdert og konkludert følgende:

**Problemstilling 1** har undersøkt om Eidskog kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Revisor mener Eidskog kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som i overveiende grad er i tråd med lovverk og statlige føringer. Revisor vurderer at Eidskog kommune har et godt tilbud på den psykiske helsetjeneste, og lavterskeltilbudene som Mulighuset, Frisklivssentral og Hjelper'n oppleves som velfungerende. Revisor finner videre at det er følgende avvik og forbedringspunkter:

1. Eidskog kommune har ikke selv et aktivt oppsøkende behandlingsteam på gateplan. Kommunen deltar i prosjektet ROS, men dette er lite benyttet i kommunen. Revisor stiller spørsmål ved om dette dekker kravet om å ha et aktivt, oppsøkende team på gateplan.
2. Kommunens rusomsorg inkluderer ikke lavterskeltilbud med aktivitet og kommunen har ikke en møteplass/varmestue for rusmiddelbrukere.
3. Kommunens rusomsorg synes å ha blitt nedprioritert på NAV til fordel for andre av NAVs oppgaver. Dette har også ført til dårlig samhandling mellom NAV og øvrige tjenesteenheter innen rusomsorgen.
4. Det mangler vedtak for noen brukere av NAVs miljøarbeidertjenester.

5. Kommunens ettervern synes ikke å være veletablert, blant annet som følge av mangelen på boliger med heldøgnsomsorg/bemanningsressurser blant de ansatte til å følge denne brukergruppe tett etter utskrivning fra institusjon/fengsel.
6. Kommunen 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. bofellesskap og hybler og at kommunen kan mangle egnede oppfølgingstiltak og arbeids- og aktivitetstilbud som er tilpasset unge.
7. Kommunen mangler boliger med heldøgnsomsorg/bemanningsressurser som er tilpasset personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelbruk.
8. Kommunen har ingen boliger som er øremerket/spesielt egnet for rusmiddelbrukere.
9. Eidskog kommune har til nå ikke hatt akuttboliger. Det er et avvik fra § 15 og § 27 i Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. NAV har etablert to akuttboliger pr. desember 2014.
10. Det kan være vanskelig å finne informasjon om deler av tjenestetilbudet på kommunens hjemmeside.
11. Kommunen skal forebygge voldsepisoder og ivareta de ansattes sikkerhet. Etter revisors vurdering har ikke kommunen ivaretatt sitt ansvar på dette området. Revisor henviser til manglende rømningsvei ved psykisk helsetjeneste, voldsepisoder mot ansatte i NAV, alenearbeid hos risikogruppe uten ambulante alarmer og mangelfulle tiltak i forhold til svakheter i innredningen på NAV-kontoret. 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, og om dette er vurdert ved tilrettelegging av arbeidsoppgavene.

Kommunen er i en omstillingsprosess, hvor blant annet rusomsorgen blir overflyttet fra NAV til tildelerenheten. Revisor merker seg dette, men må samtidig forholde seg til det her-og-nå bildet, som våre data viser. Det skal imidlertid at de nevnte avvik i punkt 3, 4 og 9 ventes løst ved endringer/tiltak som er foretatt desember 2014.

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

Konklusjonen er at Eidskog kommune ivaretar hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen. På systemnivå foretas det brukerundersøkelser og det finnes brukerråd i relevante tjenesteenheter, men revisor har notert seg følgende:

1. 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 og hyppigheten av brukerundersøkelsene til den aktuelle gruppe.
2. På individnivå skjer brukermedvirkning løpende, men den psykiske helsetjeneste har ikke fast rutine for å evaluere tjenestetilbudet sammen med brukere. Brukermedvirkning er forøvrig dokumentert og anvendt i arbeidet med individuelle planer.

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

Samlet sett konkluderer revisor med at Eidskog kommune i liten 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 rutineene for dokumentasjon av tilbud om individuell plan. Kommunen

har ikke etablert samarbeide med brukerorganisasjoner. Videre bygger den psykiske helse- og rusomsorg på et utdatert planverk.

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 arbeids- og aktivitetstilbudet, slik at det også er et egnet lavterskeltilbud for de svakeste i målgruppen.
3. Kommunen bør styrke tilbudet til rusmiddelbrukere, slik at det er tilstrekkelig etablert ettervern og egnede boliger for brukergruppen. Samtidig kan det vurderes om det er grunnlag og behov for å etablere en møteplass for denne brukergruppe.
4. Kommunen bør sikre at det er vedtak på miljøarbeidertjenester for samtlige brukere.
5. Kommunen bør kartlegge om tilbudet til unge med hjelpebehov er tilstrekkelig og om det imøtekommer denne målgruppes behov. Det tenkes her på om det er egnede oppfølgingstiltak, arbeids- og aktivitetstilbud og om botilbudet er tilpasset unges behov.
6. Boliger med heldøgnsomsorg for personer med psykisk helseproblemer og/eller rusmiddelbruk bør være en del av kommunens tjenestetilbud. Tjenestetilbudet kan sikres ved kjøp fra eksterne leverandører. Det bør sikres at løsningen ikke blir å plassere denne brukergruppen i bomiljøer som er etablert og tilpasset for andre målgrupper.
7. Det bør skje forbedringer på kommunens hjemmeside slik at den er oppdatert med informasjon og dokumenter som angår kommunens psykiske helse- og rusomsorg, herunder om tildelingskontoret.
8. Kommunen bør foreta en vurdering av om gjeldende praksis på dette tjenesteområde, ivaretar de ansattes sikkerhet. Kommunen anbefales å foreta risikovurdering av de ansattes sikkerhet på alle tjenesteytende enheter med tjenester til brukere med psykiske helse- og rusmiddelproblemer.
9. 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 i Eidskog. Kommunen bør samtidig ta stilling til om brukerundersøkelser hvert fjerde år er tilstrekkelig for å ivareta kravet om jevnlig og regelmessige tilbakemeldinger fra brukerne.
10. Den psykiske helsetjeneste kan vurdere å innføre brukerevalueringer av tjenestetilbudet for å sikre fortløpende brukerinvolvering.
11. Kommunen bør styrke samhandlingen på systemnivå mellom de virksomheter som yter tjenester til brukere med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.
12. Kommunen bør ta initiativ til å forbedre samarbeidet med lokale brukerorganisasjoner.
13. Kommunen bør etablere et mer strukturert system for å dokumentere at brukere har fått tilbud om individuell plan.
14. Det bør sikres at kommunens koordinerende enhet for helse- og rehabilitering ivaretar sitt ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene.
15. Kommunen bør oppdatere relevant planverk på tjenesteområdet.

Rapportutkastet har vært sendt på høring til rådmannen i kommunen. Rådmannen hadde ingen kommentarer til 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 Eidskog kommune 2013-2016, ønsker kontrollutvalget et forvaltningsrevisjonsprosjekt om kommunens psykiske helse- og rusomsorg. Kontrollutvalget har foretatt følgende bestilling:

**Vedtak i kontrollutvalget – 21.05.2014 (33/14)**

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

Prosjekt har følgende problemstillinger:

1. Har Eidskog 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 Eidskog kommune?
3. I hvilken grad sikrer Eidskog kommune at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud?

Revisjonen har avholdt oppstartsmøte med kommunalsjef for helse og omsorg, Evy Anne Vestli Heggen. Møtet ga nødvendige innspill og informasjon, som bidro til gjennomføringen av denne forvaltningsrevisjon.

## 4 Formål

Formålet med en forvaltningsrevisjon innenfor psykisk helse og rusomsorg er å avdekke om Eidskog 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 Eidskog 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 Eidskog kommune?
3. I hvilken grad sikrer Eidskog 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 C viser mottatt svar fra kommunen vedrørende de anvendte revisjonskriterier i prosjektet. 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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup> Omstillingen av

<sup>1</sup> Proposisjon til Stortinget 1S (2013-2014) – kap. psykisk helse

<sup>2</sup> Nasjonal strategiplan for psykisk helse 2007-2012

<sup>3</sup> Helse- og omsorgsdepartementet: Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008 .

psykisk helsevern i tråd med målene i opptrappingsplanen er imidlertid fortsatt ikke fullført.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup>

Som innenfor psykisk helse, er det også på rusfeltet laget en opptrappingsplan som var gjeldende frem til og med 2012.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup>

## 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.<sup>9</sup>

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.

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

<sup>5</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) § 3 + forarbeider til loven.

<sup>6</sup> Helse- og omsorgsdepartementet: *Opptrappingsplanen for rusfeltet*.

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

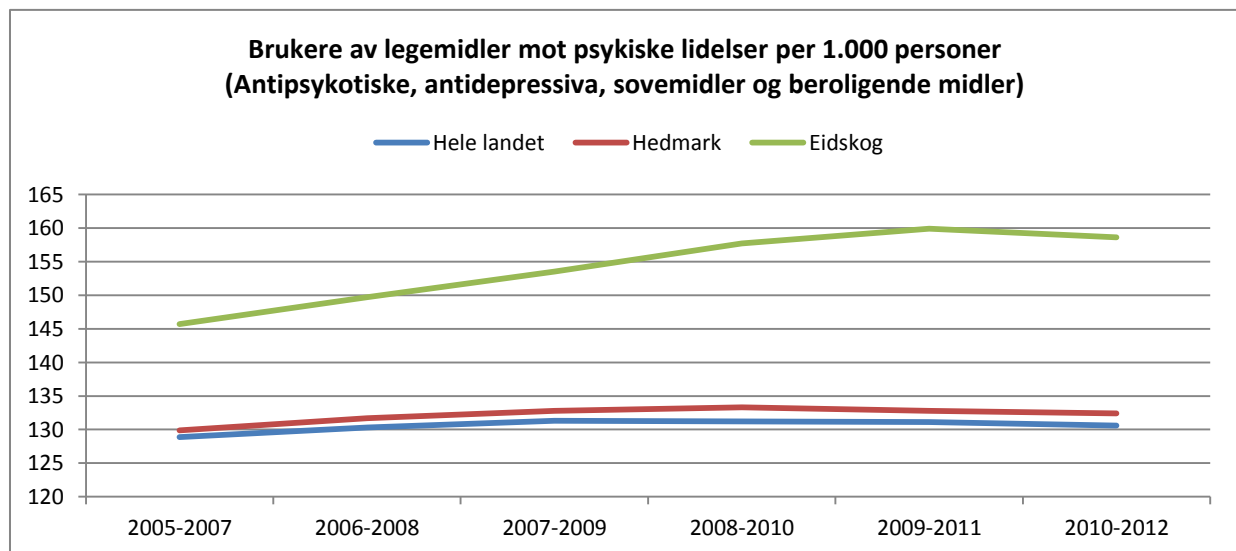
<sup>8</sup> Kommuneproposisjonen 2015

<sup>9</sup> Kilde: Helsedirektoratet: *Sammen om mestring*, s. 8.

Det er ikke uvanlig 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.<sup>10</sup>

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.<sup>11</sup> Dette blir trolig også en lokal og konkret utfordring for Eidskog kommune, som ifølge levekårsindeksen tilhører den 20-prosenten av landets kommuner som har innbyggere med de mest utfordrende levekårene.<sup>12</sup> Aller mest utfordrende er situasjonen i Eidskog i forhold til høy andel uføre, lav utdanning, kort levealder, mye bruk av økonomisk sosialhjelp og høy arbeidsledighet. I kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplan anslås det at i overkant av 200 personer jevnlig misbruker illegale rusmidler i Eidskog. Det meldes om at problematikken med rus har økt betraktelig både i omfang og alvorlighetsgrad. Inntrykket er at rusmisbruket i ungdomsmiljøet øker, og det ser ut til at omfanget av rusmisbruk blant jenter er på fremmarsj. Psykisk helsetjeneste vurderer også at et høyt og økende antall av deres brukere har rusmiddelproblemer. Samtidig ser kommunen grensekriminalitet/-rus som en framtidig trussel.

Ifølge folkehelseprofilen for 2014 har kommunen samtidige en høyere andel personer med psykiske symptomer og lidelser, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.<sup>13</sup> Antallet brukere av legemidler mot psykiske lidelser har samtidig vært høyt og stigende i Eidskog (se Figur 1).



Figur 1. Kilde: Folkehelseinstituttet

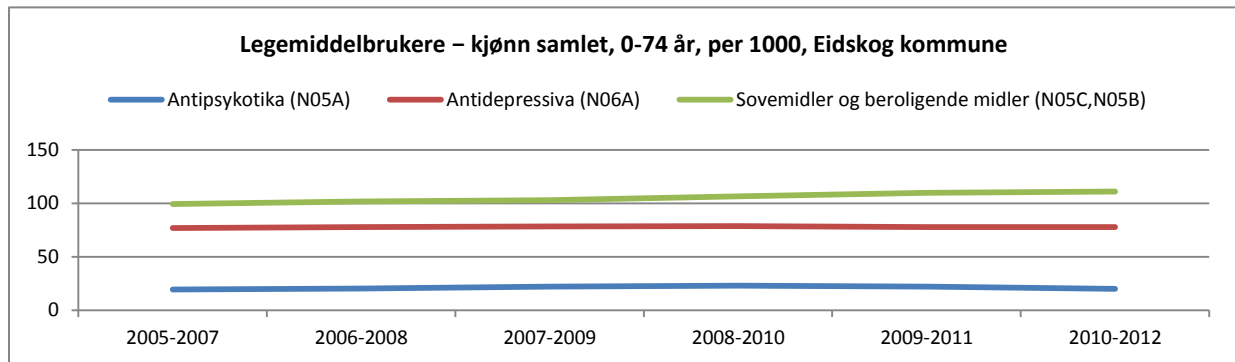
<sup>10</sup> Meld. St. 16 2010-2011 og Helsedirektoratet: Samtidige rus og psykiske lidelser.

<sup>11</sup> Helsedirektoratet: Sammen om mestring.

<sup>12</sup> Kilde: Planstrategi for Eidskog kommune 2013-2015. Bemerk at levekårsindekset er fra 2009.

<sup>13</sup> Kilde: KOSTRA, Åsnes kommuneplan og Folkehelseprofil (Folkehelseinstituttet)

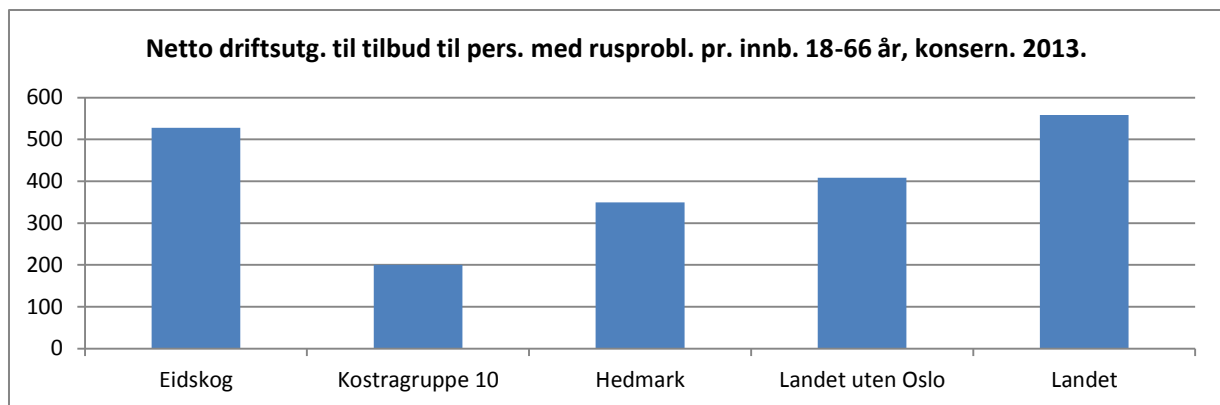
Det er sovemidler og beroligende midler, som er det mest brukte legemidler til denne brukergruppe (se Figur 2).



Figur 2. 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.<sup>14</sup> Konkret fremgår mangler på utarbeidelse av individuell plan, mangler på 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 Eidskog 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 KOSTRA<sup>15</sup> at kommunen i 2013 hadde forholdsvis høye driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer. Utgiftene per innbygger er på landsgjennomsnittet, men høyere enn kostragruppen, Hedmark og Landet uten Oslo (se Figur 3).



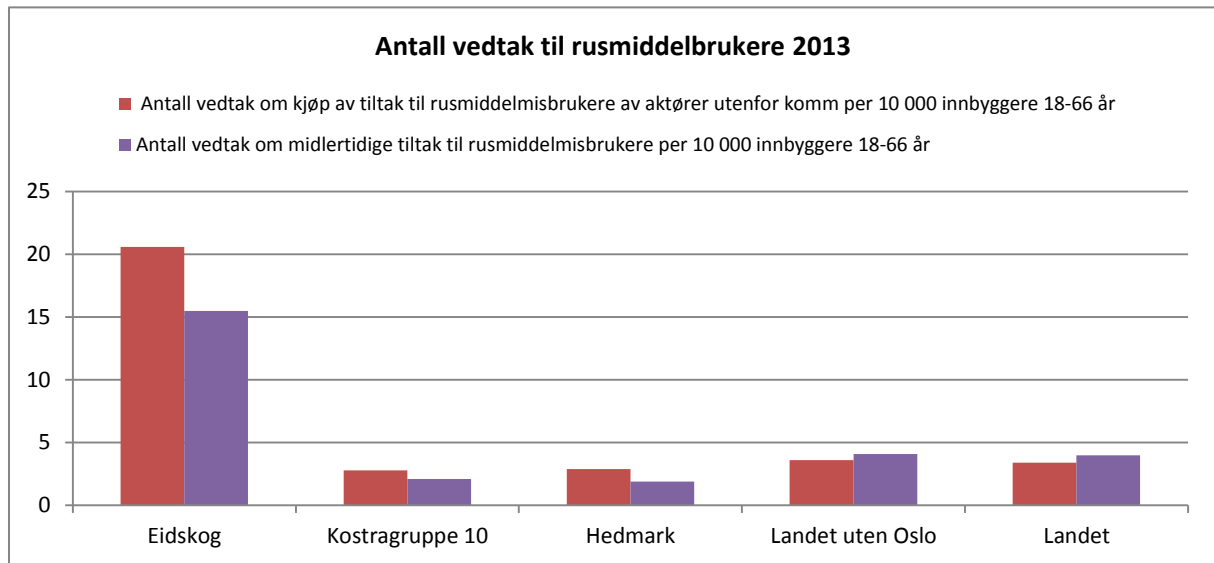
Figur 3. Kilde KOSTRA

Andre tall viser at Eidskog i 2013 hadde flere vedtak om kjøp av tiltak til rusmiddelbrukere eller midlertidige tiltak enn øvrige kommuner (se Figur 4). Dette kan blant annet skyldes at kommunen har

<sup>14</sup> I Hedmark har det i 2012-2013 vært tilsyn av den psykisk helse- og rusmiddelomsorg i Kongsvinger, Elverum, Ringsaker, Stange, Trysil, Tynset og Grue. Det var avvik i 6 av 7 kommuner. Kommunen uten avvik fikk en merknad. I Eidskog har det vært tilsyn av helsestasjonstjenester for barn 0 til 6 år (2013), av forebygging og behandling av underernæring i sykehjem og i hjemmetjeneste (2012) og av sosiale tjenester i NAV (2011).

<sup>15</sup> KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering.

mange innbyggere med behov for vedtak/tjenester, men det kan også være andre forklaringer, f.eks. organisering av de kommunale tjenester.



Figur 4. Kilde KOSTRA

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 Eidskog kommune for fremtiden kan forvente 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 en forvaltningsrevisjon.

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 Eidskog 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 intervjuer, 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 8 intervjuer, hvorav flere har vært gruppeintervju med flere intervjupersoner. Intervjupersonene er følgende:

1. **Psykisk helsetjeneste og rusomsorg & tildelingskontoret:** Stedfortreder for leder av psykisk helsetjeneste og saksbehandler ved tildelingskontoret Monica Åsberg og psykiatrisk sykepleier Sidsel Trovåg
2. **Psykisk helsetjeneste og rusomsorg:** Psykiatrisk sykepleier Gunn Bakken
3. **Frisklivssentralen og Mulighuset:** Ansatt ved Frisklivssentralen Marit Høvik og leder av Mulighuset Ellen Storeide Vangen
4. **Brukerrepresentanter ved Mulighuset**
5. **Boligtildelinger:** Boligtildeler ved tildelingskontoret Reidun Aastebøl
6. **Kommuneoverlege:** Alexander Erofeev
7. **NAV:** Miljøarbeider på rusområdet Kjersti De Campos og ruskoordinator Torunn Fløiten
8. **SLT-koordinator:** Melissa Opåsen

I tillegg har vi fått informasjon på oppstartsmøte med kommunalsjef Helse- og omsorg Evy Anne Vestli Heggen og via e-postkorrespondanse med de nevnte intervjupersoner. Vi har også kontaktet brukerorganisasjonen FUTURE – Fra dag En!, men har ikke mottatt svar. 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 08.09.2014 (se vedlegg B)

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 – 13.11.2014 ble kontrollert. Med bakgrunn i dette ble 15 brukere valgt ut for kontroll. I tillegg har vi tatt med 4

brukere som har en individuell plan. Vi har samlet sett på 19 brukere som har hatt tjenester i perioden. Dette utgjør 12,5 % av de aktive brukerne i perioden. Populasjonen har omfattet unge brukere og voksne.

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 pasientjournalssystemet 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 pasientjournalssystemet 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.

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 unge over 16 år og 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. For å inkludere ungdomsgruppen i prosjektet har vi blant annet valgt å inkludere kommunens SLT-koordinator i datainnsamlingen. Vi har 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 Eidskog 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.<sup>16</sup>

Utleddning og kilder for revisjonskriterier fremgår av vedlegg A. 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 kommentarer til de anvendte kriterier, men har sendt svar, som fremgår av vedlegg C.

<sup>16</sup> RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon pkt. 23 og 24.

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: <ol style="list-style-type: none"> <li>et gatenært lavterskel helsetilbud for rusmiddelavhengige og/eller personer med psykiske helseproblemer.</li> <li>frisklivssentral og/eller tilsvarende kurs- og aktivitetstilbud.</li> </ol>                                                                                                                                              |
| 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. 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 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 tilnæringsmåte for denne målgruppen. |

## 11.2 Funn

### 11.2.1 Generelt om psykisk helse- og rusomsorg i Eidskog 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.

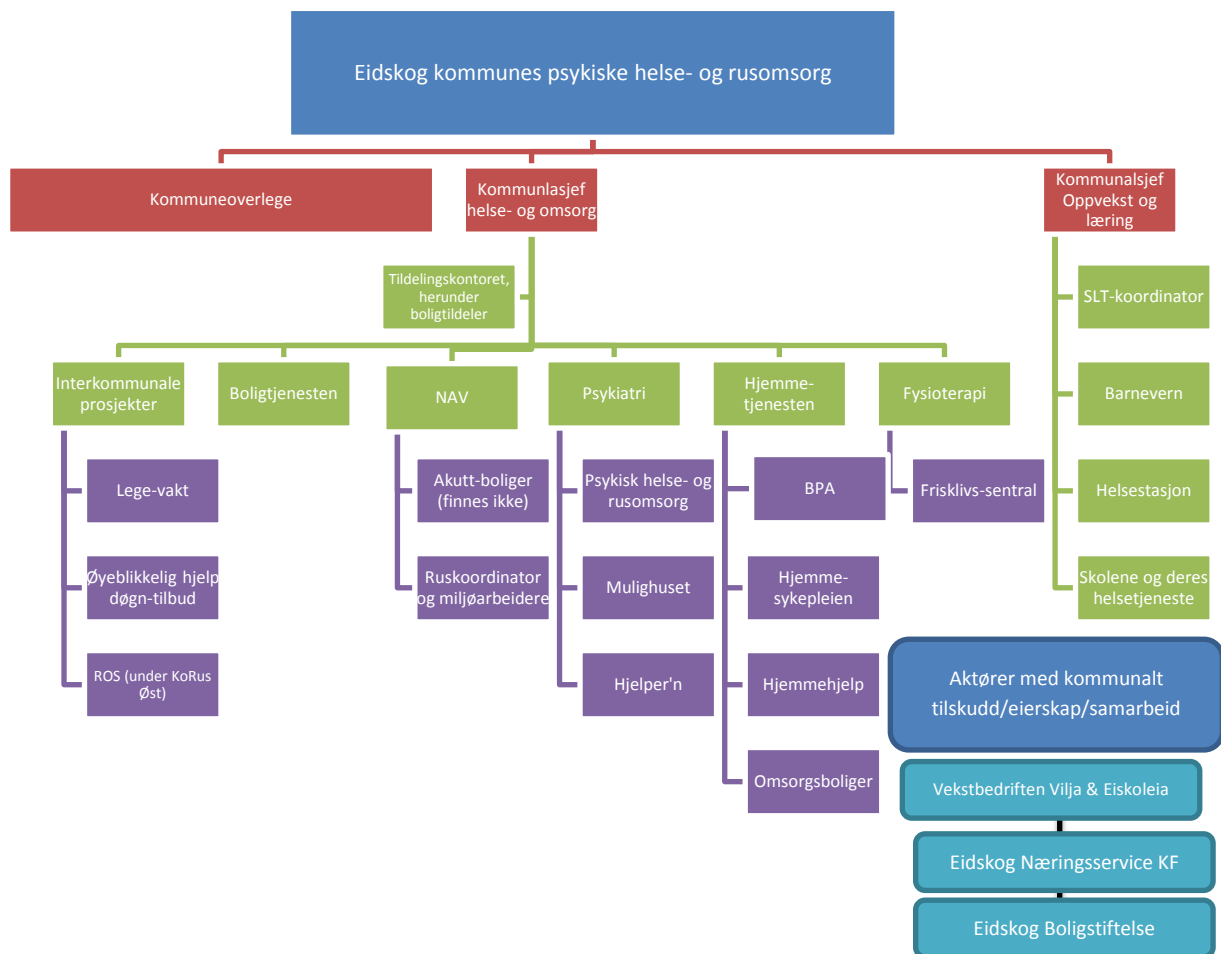
Eidskog kommune er en mellomstor kommune med 6.250 innbyggere med en relativ spredt bosetting. Av kommunens budsjett 2014 og økonomiplan 2015-2017 fremgår at planlegging og iverksetting av tiltak for personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet må prioriteres i planperioden. Samtidig skal arbeidet med å forebygge og bekjempe bostedsløshet igangsettes, og det bør gis god oppfølging i bosituasjonen.<sup>17</sup>

Eidskog kommune har i en årrekke hatt store økonomiske utfordringer, som har medført «brannslukking» i ulike tjenester i kommunen. Generelt har kommunen høye driftsutgifter til innbyggere med psykiske helse- og rusproblemer. Dette begrunnes med kommunens folkehelseprofil (som beskrevet under aktualitet), og at mange av kommunens brukere har veldig dårlig helsetilstand. Kommunen har en del brukere med dobbeltdiagnoser innen rus og psykiatri, og kommunen benytter DPS og spesialisthelsetjenesten mye. At kommunen i sin tid ga en rekke garantier om tjenester mv. kan også har ført til økt tilflytting av potensielle brukere av den psykiske helsetjeneste. Flere respondenter har uttalt at kommunen har en toppledelse med gode visjoner og ønsker, men at det samtidig er mange familier som sliter, og det kan være vanskelig å koble samfunnet slik det er, opp mot visjonene.

<sup>17</sup> Eidskog kommunes budsjett 2014 og økonomiplan 2015-2017, side 60.

I Eidskog kommune er det flere tjenesteaktører til brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. De mest aktuelle instansene er fastleger, psykisk helsetjeneste, Mulighuset, tildelingskontoret, kommunale boliger og omsorgsboliger, rusomsorg og miljøarbeidertjenester fra NAV, øvrige arbeidsrettede tjenester mv under NAV. 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 5 viser en oversikt over de sentrale kommunale aktører i Eidskog kommune for brukere med psykiske problemer/lidelser og rusmisbruk.



Figur 5. Organisasjonskart over relevante aktører/enheter i den psykiske helse- og rusomsorg i Eidskog kommune. Bemerk: Rusomsorgen blir desember 2014 overflyttet fra NAV til tildelingskontoret.

Ved psykiske lidelser og/eller rusproblematikk er det to eller 2 tjenestenivåer

- Spesialisthelsetjenesten som ligger under regionale helseforetak, og som gjør utredning, og behandling på spesialistnivå i psykiatri
- Primærhelsetjeneste inkludert fastlege og psykisk helsetjeneste i kommune som diagnostiserer og gir behandling. På dette nivå samarbeider fastleger med psykisk helsetjeneste og andre aktører i kommunen. Fastlege kan utrede og gi medikamentelt behandling, evt. sykemelde pasienten. Psykisk helsetjeneste deltar i behandling av pasienten med samtaleterapi og oppfølging.

Det normale forløp er at innbyggeren henvender seg til sin fastlege. Det er da noen behandlingsveier, eksempelvis:

- Behandling hos fastleger og tilbud fra primærhelsetjenesten f.eks. samtaleterapi ved den psykiske helsetjeneste, evt. medisiner og eventuelle henvisning til videre utredning/behandling ved spesialisthelsetjeneste.
- Akutt innleggelse (samme dag ved SI Sanderud)
- Akutt vurdering hos DPS (neste arbeidsdag). DPS har to akuttimer pr. dag.

Det skjer ofte at personer med akutte psykiske lidelser henvender seg til legevakten eller at politiet bringer dem til legevakta. Det er legen som må vurdere og avgjøre hvilken behandling bruker bør tilbys og henvise f.eks. til spesialisthelsetjenesten.

I de følgende kapitler vil vi beskrive tjenestetilbudet i Eidskog 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 helsetjeneste

Den psykisk helsetjeneste yter hjelp og støtte til voksne over 18 år ved alle typer psykiske vansker og sykdommer, fra milde og kortvarige forløp til langvarige og krevende. En del brukere søker også om tjenester ved kriser. Noen brukere søker selv, mens andre kommer via henvisning fra fastlege, NAV, helsesøster, Sanderud, DPS Kongsvinger eller fra kommuner som brukeren kommer flyttende fra. De aller fleste henvises av fastlegen. Tjenesten er frivillig og gratis, og ligger i søsterhjemmet, 2. etg. med inngang fra bakveien.

Ved den psykiske helsetjeneste kan brukere få tilbud om samtaleterapi, medisiner, miljøterapi, kognitiv terapi mv. De fleste behandlingssamtaler foregår på kontoret, men ved behov reiser de ansatte hjem til brukeren for å sikre at denne får nødvendig hjelp.

Tjenesten har mange brukere med langvarige tjenester. De ansatte opplever at mange brukere har lavt funksjonsnivå, mange brukere har dobbelt diagnoser og noen har alvorlige psykiske diagnoser som krever tett oppfølging. Det gir stort press og behov for tjenester. Psykisk helsetjeneste er et lavterskeltilbud og mange brukere har vært lenge i systemet. I 2013 ble det fattet totalt 328 vedtak i den psykiske helsetjeneste med følgende innhold:

#### **Vedtak om tjenester ved den psykiske helsetjeneste i 2013**

##### **242 vedtak om psykisk helsetjeneste hos spesialsykepleier**

##### **43 vedtak om utskrivning fra tjenester ved den psykiske helsetjeneste**

##### **41 vedtak om miljøarbeidertjenester**

I år (2014) har tjenesten hatt 151 aktive brukere frem til 13. november.

Nåværende leder av den psykiske helsetjeneste er konstituert i den faste leders fravær. Den konstituerte leder har i tillegg til lederfunksjonen ved psykisk helsetjenesten, en 40 % stilling ved tildelingskontoret med ansvar for inkomstsamtaler, vedtak og avsluttende samtaler og psykiatrisk sykepleier, en 50 % stilling som kreftkoordinator og en 10 % stilling i hjemmesykepleien. Generelt har det vært høyt sykefravær ved tjenesten dette året.

Den psykiske helsetjeneste har i løpet av de siste årene fått tilført økte bemanningsressurser slik at de nå er et team på 9,1 årsverk inklusiv psykolog. Kommunen erfarer at samhandlingsreformen medfører at spesialisthelsetjenesten «skyver» flere brukere over til kommunen, og det innebærer mange kronikere innenfor psykisk helsetjeneste i kommunen. Kommunen opplever det som en utfordring at DPS avslår tjenester til brukere og opplever å få omfattende «bestillinger» fra spesialisthelsetjenesten. Erfaringen er imidlertid at tjenestebehovet ofte «roer» seg når brukeren kommer ut i kommunen igjen.

Den psykiske helsetjeneste har frem til nå hatt ansatt tre miljøarbeidere i 60 % stillinger. Denne ordning vil nå bli avviklet, fordi den ikke har vært velfungerende for de aktuelle brukere. Det er blitt sagt i intervju at det har vært en uklar arbeidsfordeling mellom hjemmehjelp og miljøarbeidertjenestene (inkl. miljøarbeider i NAV). Oppgavene som miljøarbeidene har hatt frem til nå, vil bli overført til hjemmetjenesten.

De ansatte i psykisk helsetjeneste kjenner sine brukerne godt. Tilbakemeldinger fra brukere tilsier at tjenesten gir et godt tilbud, og at de ansatte er flinke og imøtekommende.

Den psykiske helsetjeneste har en del felles brukere med hjemmesykepleien, eksempelvis ved medisinerings på kveld og natt, brukere som trenger tilsyn pga. psykisk sykdom mv. LAR – brukere<sup>18</sup> er overført fra psykisk helse til hjemmesykepleien.

### 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. Situasjonen kan forandre seg fort jf. eskalerende rusmisbruk, psykoser etc. og det gjør at man må være rask og fleksibel i tjenestetilbudet.

Eidskog kommune har en del av rusmisbrukere, og det anslås at cirka 200 personer bruker illegale rusmidler, herav 30 som har tjenester fra NAV (rusomsorg) og 50 som har et (er)kjent problem. Intervjupersoner uttaler at kommunens stramme økonomiske rammer begrenser hvor mye ressurser man kan bruke til denne pasientgruppen.

I Eidskog kommune er det mer eller mindre tilfeldig om en rusmisbruker får hjelp fra rusomsorgen i NAV eller fra den psykiske helsetjeneste. Dette vil ofte avhenge av hvor bruker først henvender seg. En del er også brukere begge steder.

Kommunen har pr i dag 2,6 årsverk i rusomsorgen, som er plassert i NAV. Dette er en ruskoordinator samt to miljøarbeidere. Vi har fått opplyst at som følge av en del sykefravær og at ledelsen i NAV har ønsket å prioritere øvrige oppgaver, har det vært mindre fokus på rusomsorgen i en periode. Ruskoordinatoren har fagansvaret, mens leder av NAV har personalansvaret for de ansatte. De som jobber med rus på NAV er kommunalt ansatte.

Ruskoordinatoren har oppgaver knyttet til institusjonsplasser, tvangsinnleggelse, disponering av ytelser på vegne av brukere (frivillig eller ved tvang) samt arbeidsrettede tiltak. Tvangsvedtak blir skrevet av ruskoordinatoren, og signert av NAVs leder.

<sup>18</sup> LAR = Legemiddel Assistert Rehabilitering

Nesten samtlige rusmisbrukere som er tilknyttet NAV, har også en eller annen form for psykisk lidelse. Dette kan også være rusutløst, dvs. at de har utviklet psykiske vansker som følge av rusmisbruk eller at det oppstår akutt når de ruser seg.

NAVs miljøarbeidere jobber med voksne med erkjent rusproblem (26 år+), og har ikke oversikt over ungdom. Miljøarbeiderne har typisk faste avtaler med brukere ukentlig. Det varierer hvilke tjenester brukerne trenger, men det kan være boveiledning, sørge for at bruker får nødvendig tannhelsetjeneste, kommer seg til poliklinikk og døgnenhet, være med inn til lege, delta i ansvarsgruppemøter, handle, frivillig forvaltning av midler, støttesamtaler mv. De ansatte kan i stor grad selv legge opp arbeidsdagen og etablere løsningene for brukerne selv. Det gir fleksibilitet og handlingsrom til å tenke annerledes. Det blir lagt vekt på at det skal være kort vei for å ta kontakt til miljøarbeidene, og det er en lav terskel for å få tjeneste.

Kommunens rusomsorg inkluderer ikke lavterskeltilbud med aktivitet eller en møteplass for rusmisbrukere<sup>19</sup>.

Det fattes vedtak for alle tjenester i NAV, også knyttet til rus. Dette er imidlertid ikke på plass for alle brukere som har miljøarbeidertjenester. En respondent uttrykte dette slik: «*Vi er gode til å få gode tjenester for brukere i praksis, men har forbedringspotensial på det formelle.*»

Ansatte både fra NAV og øvrige tjenesteytere har inntrykk av at rusomsorgen har blitt nedprioritert i NAV til fordel for andre av NAVs oppgaver, og dette har også bidratt til lite samhandling mellom rusomsorgen i NAV og andre instanser i kommuner. 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 rusomsorgen.

Fra desember 2014 skal ansvaret for rus overføres fra NAV til å være et kommunalt tjenesteområde under kommunalsjef for helse- og omsorg. Tjenesten skal plasseres ved tildelingskontoret. Dette er et resultat av en utredning kommunen selv har foretatt. Flere av intervjupersonene gir uttrykk for at de mener det er en riktig beslutning å flytte ruskonsulenten til psykisk den helsetjeneste. Dette begrunnes blant annet med fordelene ved å samle kompetansen i en enhet og at det kan bidra til å styrke samhandlingen. Samtidig gir de uttrykk for at det kan bety at brukerne får «lengre vei» til sosialhjelpstjenester, arbeidsavklaringspenger, varig tilrettelagt arbeid mv.

### 11.2.3.1 Oppsøkende team – rusfeltet

Eidskog kommune har ikke etablert oppsøkende behandlingsteam, men har miljøarbeidere på både den psykiske helsetjeneste<sup>20</sup> og NAV.

Kommunen har tidligere hatt feltarbeider i samarbeid med Kongsvinger kommune. Intervjupersoner savner denne ordning.

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, eller at brukere «oppdages» ved at de flytter inn hos en annen bruker, som kommunen kjenner fra tidligere.

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.

<sup>19</sup> Kongsvinger kommune har eksempelvis etablert et slik tilbud i *Linken og Jobben* som driftes av Frelsesarmeen.

<sup>20</sup> Miljøarbeidene ved den psykiske helsetjeneste skal nå avvikles.

### 11.2.3.2 *Avrusning og ettervern*

Dersom pasienten ønsker avrusning blir han/hun henvist til DPS. 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. Det skjer også at Eidskog kommune kjøper institusjonsplass ved Evangeliesenteret, GUTS<sup>21</sup> mm. Ruskonsulenten bidrar i prosessen med å søke om institusjonsplass. Bruker må søke om plass og det er NAV som fatter vedtak i saken og som betaler for institusjonsplass.

Når pasienten skrives ut fra institusjon eller fengsel og kommer til hjemkommunen, skal kommunen etablere et ettervern. Vi har fått utsagn som tilsier at kommunen ikke har noe godt etablert ettervern. Det finnes ikke godt egnede boliger, noe som blant annet skyldes mangelen på akuttboliger/midlertidig botilbud. NAV Eidskog har per 1. desember 2014 etablert to akuttboliger. Det kan bidra til at ettervernet blir bedre fremover, enn det har vært. Det kan likevel være vanskelig å gi et godt tilbud, fordi det ikke er noe værested for denne brukergruppe, samtidig som de ansatte føler at de mangler tid til å følge opp brukere i en slik situasjon.

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.<sup>22</sup>

### 11.2.4 **Tema: Lavterskeltilbud**

Mulighuset og Frisklivssentralen utgjør en del av kommunens lavterskeltilbud, som brukere kan benytte uten vedtak. Det er vanlig at ansatte ved den psykiske helsetjeneste følger bruker dit slik at de får en samtale og ser hva de kan tilby. Lavterskeltilbudene omtales i egne avsnitt i rapporten.

Hjelper`n er et lavterskeltilbud som nylig er igangsatt. Det retter seg mot gravide, barn og ungdom og deres foreldre som har behov for hjelp. Det gis tilbud om veiledning og kortvarig samtalebehandling (opp til fem timers akutt hjelp). Hjelper`n består av et lite team med en psykiatrisk sykepleier og psykolog. Det er ikke krav om vedtak for behandling hos psykologen.

Ved akutte kriser vil brukere normalt henvende seg til DPS eller legevakt. Forøvrig nevnes det at kommunen har et egen operativ krisegruppe, som blant annet handler i forhold til utarbeidet prosedyre når psykisk helsetjeneste blir kalt ut ved f.eks. kriser, ulykker osv.

### 11.2.5 **Tema: Mulighuset**

Mulighuset er et dagsenter som ivaretar psykisk helse for voksne over 18 år. Huset er åpent fra 10.00 – 15.00 tre dager pr uke. På Mulighuset 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. Målet med huset er som navnet tilsier: å finne muligheter i tilværelsen.

<sup>21</sup> Et tilbud for mennesker som trenger hjelp og veiledning i prosessen mot et rusfritt liv som drives av stiftelsen GUTS

<sup>22</sup> 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\\_regjeringenno](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)

Rusmisbrukere kan benytte Mulighuset, men det forutsetter at de er rusfrie. Brukere som ikke er rusfrie, vil bli avvist eller fulgt ut. Mulighuset forsøker å skjerme øvrige brukere mot aktive rusbrukere, da disse kan skape frykt/uro.

Det er fra 20 – 40 brukere pr uke, og det kan være opp til 25 brukere pr. dag. Mange brukere kommer på huset fast, og kan komme uten at de har vedtak om tjenester. Mulighuset kan dekke behov for å bli kjent med andre mennesker, unngå ensomhet ved å komme seg ut og i samhandling med andre mennesker. Dette kan være forebyggende ift depresjon eksempelvis, og bidrar også til at psykisk helsetjeneste har noe å tilby når tjenester med vedtak skal avsluttes.

Brukere forteller at de opplever at det er hyggelige lokaler ved Mulighuset og at det er flere rom, slik at det er mulig å trekke seg tilbake og ha det stille dersom bruker ønsker / trenger det. Det er videre et snekkerrom (som dog er lite brukt), TV/musikkrom, et hybelkjøkken mv. Noen brukere kommer også til Mulighuset pga. lunsjen som koster kr 25. Egenandelen forsøkes å holdes lav slik at alle kan delta og huset satser på sunne matvarer. Forøvrig er opphold og bruk av huset gratis.

Brukerne opplever det som veldig positivt at det er en ansatt, daglig leder ved huset. Den daglige leder har 60 % stilling og er sykepleier, og er formelt sett ansatt i den psykiske helsetjeneste. Lederen er en samtalepartner for brukerne og kan henvise videre til andre tjenester i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Samtidig bidrar lederen til at det arrangeres en rekke aktiviteter, både til hverdag (gågruppe) og ved spesielle anledninger (julebord, tur til Hornsjø osv.). Mulighuset er også medlem i kulturnettverket Innlandet, Hedmark, der de blant annet legger opp til felles friluft- og kulturturer.<sup>23</sup>

Mulighuset har brukere som er i arbeidstrening på huset og en bruker har også vært underlagt kriminalomsorg i frihet (KIF) og har sonet med fotlenke på Mulighuset. Det er en opplevelser av at det kommer flere unge, nye brukere til huset, og at en del brukere kan ha en vond bakgrunn med ulike traumatiske opplevelser.

#### 11.2.6 Tema: Frisklivssentralen (fysisk aktivitet, røykeslutt og søvnvansker)

Kommunen har frisklivssentral. Frisklivssentralens tilbud består både av individuell oppfølging og gruppetilbud i form av ulike treningsaktiviteter og lærings- og mestringskurs. Frisklivssentralen er ikke et behandlende tilbud, men fokuserer på veiledning og forebygging. Brukere blir henvist til tjenesten fra fastlege, psykisk helsetjeneste, NAV, fysioterapitjenesten etc. eller henvender seg selv. For brukere som er henvist, blir det rapportert tilbake til den som har henvist brukeren. Rapporteringen skjer normalt hver 3. måned og ved avslutning av tjenesten. For de som henvender seg selv er det ingen rapportering, men journalføring på vanlig måte.

Treningsrommet på Frisklivssentralen er oppe fra 07.00 – 16.00. For å benytte treningsrommet må brukeren være registrert og ha oppfølging på Friskliv. Brukere fra Mulighuset og personer som har tjenester fra den psykisk helsetjeneste kan benytte treningsrommet. Det er også brukere som har med seg miljøarbeider fra NAV. Mange som vanligvis ikke ville trene på et vanlig treningssenter, finner seg godt til rette på Frisklivssentralen. Samtidig er fysisk aktivitet viktig for personer med psykiske vansker og lidelser. Frisklivssentral gjør dermed også en stor jobb i forhold til brukenes psykisk helse.

<sup>23</sup> <http://kulturnettverk.no/om-kulturnettverket/>

Brukere på Frisklivssentralen har ulike problemer, f.eks. overvekt, risiko for å utvikle diabetes, muskel/skjelettplager, behov for å komme i form, røykeslutt / snusslutt, behov for livsstilsveiledning ift. døgnrytme osv. Varigheten og hyppigheten av besøk/konsultasjoner varierer og vurderes individuelt. Utgangspunktet er hva brukere ønsker og trenger veiledning og hjelp til.

Frisklivssentralen opplever at en del brukere har det trangt økonomisk, og veiledning i innkjøp og billige, sunne løsninger blir derfor også en del av deres veiledning.

Kurstilbudene er gratis, og det er også en gratis trimgruppe åpen for hele bygda i vinterhalvåret. Frisklivssentralen gir skriftlig tilbud om antall timer med ulike tilbud til brukere, men det fattes ikke enkeltvedtak. Unntaket er Frisklivssentralens gruppetilbud, hvor man to ganger pr uke har en dagplass. Denne må man søke om å bli med i, tildelingskontoret skriver vedtak, og man betaler kr 110. Behovet i gruppa varierer, men hovedmålet er livsstilsendring. Det blir mye matlaging, undervisning og fysisk aktivitet disse dagene, hvor de fleste brukerne i tillegg til fysiske plager også ofte har psykiske utfordringer. Hvilket tema som tas opp varierer, alt fra angst til trening, kosthold og atferdsendring.

Frisklivssentralen har hatt over 300 registrerte brukere siden oppstarten 1.1.2012. Det har vært et stort trykk på Frisklivssentralen det seneste året og det betyr ventetid for brukere. Det skal nå ansettes ny fysioterapeut.

De ansatte ved Frisklivssentralen har også oppgaver knyttet til opplysningsarbeid ved skoler, barnehager og lag/foreninger i samarbeid med bl.a. tannhelsetjenesten og helsestasjon. Det planlegges også å arrangere KID-kurs for yngre personer med lettere depresjoner i samarbeid med psykisk helsetjeneste.

Frisklivssentralen tilbyr røykesluttkurs / snusslutt 2 ganger pr år. Det er fem kurskvelder og det er ca. 10 deltakere pr. kurs. Kurset er gratis og benytter materiell fra helsedirektoratet. Det er en utdannet sluttveileder (sykepleier) som har kursene.

Kommunen har ikke noe eget tilbud knyttet til søvnvansker, men ansatte i psykisk helsetjeneste har erfaring med dette. Frisklivssentralen ser at det er mange brukere som sliter også med søvn, men at mange opplever bedring rundt søvn når døgnrytme, og sunnere vaner kommer på plass.

Forøvrig er Eidskog kommune samarbeidspartner i et prosjekt med spesialisthelsetjeneste, som gir tilgang til hjelp fra en ernæringsfysiolog. Dette prosjektet er spesielt målrettet mot brukere med psykiske vansker/rusmiddelproblemer og samtidige kostproblemer.

#### 11.2.7 Tema: NAV

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. Politiet og kriminalomsorg i frihet kan også benytte samtaler med NAV som del av en samfunnsstraff.

NAV Eidskogs 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. De kommunale oppgavene omfatter økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogrammet (KVP), flyktninger, økonomisk veiledning etter sosialloven, gjeldsrådgivning og frivillig forvaltning samt startlån fra Husbanken.

Det er inngått en partnerskapsavtale mellom staten, Eidskog kommune for NAV Eidskog. Denne regulerer hva det enkelte NAV kontor har ansvar for av kommunale oppgaver utover det som er obligatorisk. 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.

Tidligere hadde NAV Eidskog en kommunal leder og en statlig leder. Pr i dag er det en leder for både den kommunale og statlig del av NAV. Kommunalt ansatte sitter i 2. etg. mens statlige ansatte sitter i 1. etg.<sup>24</sup>

Noen av de øvrige tjenesteytere finner det utfordrende å samarbeide med NAV. NAV kan være vanskelig å komme i kontakt med og saksbehandlere svarer ikke alltid på mail, telefon etc. Det kan være problematisk for blant annet rusmisbrukere, som ofte må hjelpes når deres motivasjon for endring oppstår. Brukere ønsker også at ansatte ved psykisk helsetjeneste skal følge dem til møter på NAV, fordi bruker da opplever å bli tatt i mot på en annen måte. I tillegg benytter psykisk helsetjeneste en del tid på å hjelpe brukere med å fylle ut søknader om AAP (Arbeidsavklaringspenger), uførepensjon mv. Dette er oppgaver som den psykiske helsetjeneste, mener må omfattes av NAVs veiledningsplikt. Brukerne gir uttrykk for at NAV har henvist dem til psykisk helsetjeneste, slik at de ansatte her kan bistå med utfyllingen. Den psykiske helsetjeneste mener det burde være unødvendig at de skal bruke tid på denne typen oppgaver.

Vi har også fått en brukertilbakemelding om erfaringer med at NAV presser brukere med psykiske lidelser på en måte som gjør at de får tilbakegang i sykdomsforløp og egne evner. Denne oppfatning understøttes av tilbakemelding fra DPS Kongsvinger (se vedlegg B). Det kan virke som om erfaringene med NAV er veldig personavhengig i forhold til hvilken saksbehandling brukeren får, og at erfaringene med andre saksbehandlere enn i førnevnte hendelse kan være positive. NAV må også 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.

Psykisk helsetjeneste har opplevd at NAV benytter samtaler hos den psykiske helsetjeneste som en definert aktivitet, og at oppmøte til samtaler knyttes opp mot økonomiske ytelser fra NAV. Disse brukerne møter ikke alltid opp til samtalene, og NAV følger ofte ikke opp om de faktisk kommer. Noen av disse brukerne framstår som lite motivert for å komme til samtaler. Psykiske helsetjeneste gir uttrykk for at de kunne ha benyttet tiden som er avsatt til denne typen samtaler bedre, dvs. på brukere som er mer motivert.

Det nevnes at det i 2011 ble foretatt et tilsyn fra fylkesmannen i Hedmark av NAV Eidskog, hvor det blant annet ble gitt følgende merknad: *»Det er en risiko for at brukere av flyktningetjenesten og rustjenesten ikke blir tilstrekkelig ivaretatt i forhold til økonomisk sosialhjelp.»* Revisjonen har kontaktet leder av NAV for å høre hvilke tiltak NAV har foretatt i forhold til nevnte merknad. Leder av NAV uttaler at det konkret ble laget en samlingsrutine som ivaretar alle brukere eller brukergrupper som søker om økonomisk stønad. Rutinen ble tatt frem utfra et flyte skjema, en risikovurdering (FMEA) og en styreplan (control plan).

<sup>24</sup> Det nevnes at det i 2013 ble gjennomført en forvaltningsrevisjon av NAV Eidskog, som bl.a. konkluderte med at intensjonen med samarbeidsavtalen mellom Eidskog kommune og NAV Hedmark ikke fungerer (om å være gjensidige aktive bidragsytere for å skape gode arbeidsfellesskap).

### 11.2.7.1 Personlig økonomi og gjeldsrådgivning

NAV tilbyr økonomisk rådgivning og veiledning etter sosialtjenesteloven, og har en gjeldsrådgiver.

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.

### 11.2.7.2 Atføringsbedrifter og tiltaksplasser

Kommunen benytter tiltaksplasser og eksterne tjenester, blant annet gjennom Vekstbedriften Vilja og atføringsbedriften Eskoleia AS. Noen intervjupersoner har inntrykk av at NAV har blitt flinkere til å avklare brukeres arbeidsevne tidlig, og at de er blitt flinkere til å se muligheter og være på tilbudssiden for brukene.

Vilja AS<sup>25</sup> er en vekstbedrift i Eidskog kommune. Dette var tidligere en ASVO bedrift. Den delen av Vilja AS som tidligere het Lunden, er lagt ned. Vilja har ulike tilbud som arbeidstrening, varig tilrettelagt arbeid, arbeidspraksis i skjermet virksomhet og avklaring i 4 uker (kan utvides til 8 uker). En del av praksisen kan også bestå i fysisk aktivitet 2 ganger pr uke. Vi har fått flere positive tilbakemeldinger på tilbudet ved Vilja, også fra brukere.

I tillegg finnes Eskoleia AS på Kongsvinger. De har et bredere tilbud enn Vilja, og kan også tilby praksis eksternt, dvs. i en ordinær bedrift. Forøvrig kartlegges restarbeidsevne, brukere omskoleres og målet er at de skal komme ut i ordinært arbeid. Eskoleia har en barnehage og en produksjonsavdeling som er ordinære virksomheter, hvor deltakere kan trene i reelle bedriftsmiljøer. Eskoleia drifter også andre treningsarenaer som jobbfrukt, byggservice, kantine mm. Selskapet ble etablert i 1992 og eies av Eidskog og Kongsvinger kommune.<sup>26</sup>

August 2014 vedtok kommunestyret at Eidskog kommune å innføre bruk av vilkår om arbeid for sosialhjelp. Rådmannen fikk i oppdrag å etablere et arbeidstreningstilbud, i samarbeid med Eskoleia AS. Prosjektet skulle senest ha blitt etablert 1. november 2014. Revisjonen har ikke kjennskap til hvilket tilbud som nå er etablert, og hvor mange deltakere det er.<sup>27</sup>

Forøvrig benyttes «Aktør» på Kongsvinger også som et aktuelt tilbud for noen.

Kommunen har få arbeidsrettede tiltak for ungdom. Det finnes nesten ikke praksisplasser i kommunen, og det har hendt at ungdommer har vært på NAV og bedt om arbeid eller praksisplass, uten å få hjelp. For å få jobb, må de ofte flytte.

Kommunen har ikke arbeidsrettede lavterskeltiltak til brukere med tungt rusmiddelmissbruk, og det kan være vanskelig å finne arbeidspraksis for denne brukergruppe. Intervjupersoner etterlyser bedre

<sup>25</sup> Kilde: <http://vilja-vekst.no/>

<sup>26</sup> Kilde: <http://www.eskoleia.no/om-oss>

<sup>27</sup> Kilde: Eidskog kommune (2014): Saksutredning til kommunestyret. Arbeidstrening og mestring for sosialhjelpsmottakere – innføring av arbeid for sosialhjelp i Eidskog kommune. Arkivsaksnr 14/158.

arbeidsrettede lavterskel-tilbud. Vekstbedriften Vilja AS hadde et slikt tilbud, men NAV har sagt opp avtalen og tilbudet ble lagt ned.

### 11.2.8 Tema: Tildelingskontoret og tildeling av tjenester

Tildelingskontoret utgjør Eidskog 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.

Det er tildelingskontoret som behandler søknad om tjenester ved den psykiske helsetjeneste. Det er de som kaller søkeren inn på vurderingssamtale og / eller gjennomfører hjemmebesøk, og fatter vedtak om tjenester.

Normalt blir førstegangssøkere bedt om å komme på møte i tildelingskontoret. Dersom de ansatte ved tildelingskontoret reiser ut på hjemmebesøk, vil de en del ganger ha med seg en annen person, eksempelvis fysioterapeuten. Dette benyttes når søkeren har sammensatte behov for tjenester.

Det blir gjennomført en samtale med søkeren om hva han/hun ønsker og trenger av tjenester, og heretter fordeles brukeren til aktuelt tilbud. For noen kan dette være dagsenter eller frisklivssentral (uten vedtak), eller det kan være aktuelt med tjenester ved den psykiske helsetjenester.

Henvisninger og søknader til den psykiske helsetjeneste vurderes på mandagsmøte på psykisk helsetjeneste. Den som er henvist kan få tilbud om samtaler, tjenester fra DPS eller spesialist, tilbud på sykehjemmet mv. Når den psykiske helsetjeneste får nye brukere, er det vanlig at det blir gjennomført samtale med brukeren hver uke, deretter hver 14. dag med ytterligere nedtrapping hvis mulig.

Vi har fått opplyst at det alltid skrives vedtak på tjenester som mottas fra den psykiske helsetjeneste. Dette er med på å kvalitetssikre den hjelpen brukeren mottar og bruker har mulighet til å klage på tjenesten/vedtaket. Det skjer at endelig vedtak først fattes etter 1-2 samtaler ved den psykiske helsetjeneste, slik at man kjenner litt mer til aktuelt hjelpebehov. Det er ofte slik at det som kommer frem i søknaden bare er en del av problematikken, og at det kommer frem en rekke andre forhold som brukeren trenger bistand til når tjenesten er påbegynt. Det er heller ikke uvanlig at det brukeren faktisk trenger hjelp til avviker fra det som står i søknaden. Derfor fatter tildelingskontoret vedtak i samråd med primærkontakt ved den psykiske helsetjeneste.

Vi har funnet at den psykiske helsetjeneste i 2013 ga bistand ved akutte behov/kriser/sorg til fem brukere, som ble gitt uten at brukerne hadde vedtak på tjenester og gjennomført vurderingssamtale. Akutt bistand fra den psykiske helsetjeneste er i overensstemmelse med utarbeidet prosedyre vedrørende Eidskog kommunes operative krisegruppe.

Tildelingskontoret legger vekt på at tjenester ikke skal være varige, at vedtak skal vurderes og at målet er at de skal ut av systemet igjen. For brukere med sykdom av mer kronisk art strekker ofte tjenesten de mottar over flere år, der psykisk helsetjeneste ofte er mer involvert når brukeren har dårlige perioder, med mer aktivitet av miljømessig karakter hjemme hos den enkelte og i aktiv samhandling med miljøet rundt. Noen ansatte ved den psykiske helsetjeneste opplever at det kan bli vanskelig å avslutte tjenester på grunn av en relasjon med brukeren. Dersom ansatte vet at brukeren ikke har annet nettverk, blir de nesten brukerens nærmeste. Det kan også bli slik at noen ansatte blir «de snille» mens andre blir «de strenge» ift. mulig avslutning av tjenesten.

Når et vedtak løper ut, går saksbehandler ved Tildelingskontoret igjennom det som er dokumentert på bruker før nytt vedtak fattes. Dette for å se om Tildelingskontoret er enig i at vedtaket skal forlenges eller ikke. Noen ganger blir ikke vedtaket forlenget fordi man ikke kan se behovet for psykisk helsetjeneste ut ifra dokumentasjon.

Det forekommer at søknader om tjenester blir avslått. I krevende saker kan det også være slik at kommunen har prøvd alle tjenester og tiltak de har og at de ikke har mer å tilby brukeren. I 2013 ble det gitt et skriftlig avslag om tjenester ved den psykiske helsetjeneste i kommune.

Tildelingskontoret dokumenterer sin saksbehandling i journalføringssystemet Profil, herunder hva som er gjort før nytt vedtak blir fattet. Det forekommer at bruker ikke er enig, og saker kan da ende som en klagesak hos fylkesmannen. I 2013 var det en klagesak som ble behandlet ved fylkesmannen. Kommunen fikk medhold i sitt vedtak.

Kommunen har satt en målsetting om at tildelingskontoret samhandler med brukere og tildeler individuelt tilpassede tjenester ut fra brukers omsorgsbehov.<sup>28</sup> Tildelingskontoret er et nøytralt organ i forhold til den enheten som skal utføre tjenesten, noe som kan være ekstra viktig i en mindre kommune som Eidskog, hvor mange kjenner hverandre.

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.<sup>29</sup> I noen henseender har tildelingskontoret dermed en bestillerrolle, som kan anta karakter av innkjøp/anskaffelse. Ut fra denne betraktning må tildelingskontoret 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 tildelingskontoret 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 krever 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 ivaretatt når det ikke er utfører som vurderer hjelpebehovet. Alle innbyggere skal sikres et forutsigbart og likeverdig tilbud på tjenestene, uavhengig av alder,

<sup>28</sup> Eidskog kommunes budsjett 2014 og økonomiplan 2015-2017, side 60.

<sup>29</sup> KS 2004: Kortversjonen av KS' veileder om bestiller-utfører organisering i pleie og omsorg.

hjelpebehov og bosted. Hvis det ikke skilles mellom bestiller og utfører, kontrollerer utføreren seg selv.<sup>30</sup>

De som er kritiske til bestiller-utførermodellen argumenterer for at modellen krever doubling 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 velge mellom det som er bestilt og det de selv vurderer som faglig og moralsk viktig for å dekke brukernes behov.<sup>31</sup> 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 produktivitetsgevinster 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.<sup>32</sup>

I Eidskog kommune er det de enkelte utøvende enheter som er tildelt budsjettbevilgning som skal dekke tildelte tjenester. Tildelingsenheten har altså eget budsjett som omfatter egen drift, mens det er psykisk helsetjeneste og leder der som har budsjettansvaret for tildelte tjenester. Tildelingskontoret er ikke ansvarlig for de økonomiske konsekvenser av tildelte tjenester. Tildelingskontoret har ikke noen systematikk for å inkludere økonomiske overveielser ved tildeling av tjenester, f.eks. oversikt over prisen på de ulike tjenester. Tildelingskontoret legger vekt på at bruker skal få det han/hun har rettskrav på, men forsøker også å tilrettelegge for at bruker f.eks. skal bo lengst mulig i eget hjem.

### 11.2.9 Tema: SLT-koordinator og innsatsen overfor unge

Eidskog kommune har en SLT-koordinator. SLT står for Samordningsmodell for Lokale, forebyggende Tiltak mot rus og kriminalitet. SLT skal bidra til å sikre at de ressursene som allerede finnes hos kommunen og politiet, blir mer samkjørt og målrettet. SLT-koordinatoren har ansvar for ungdom i aldersrommet 12 – 18 år (23 år). Det er ikke noe lovkrav om å ha SLT-koordinator, men rundt 80 – 90 kommuner har SLT-koordinator<sup>33</sup>.

<sup>30</sup> NF-rapport nr. 12/2012, side 76 – med henvisning til en artikkel i Kommunale rapport 24. januar 2001.

<sup>31</sup> NF-rapport nr. 12/2012, side 77. Med henvisning til forskning utført av NOVA

<sup>32</sup> NOU 2005:3:8.1.7 – Bestiller-utfører organisering. Helse- og omsorgsdepartementet

<sup>33</sup> <http://www.krad.no/slt/koordinatorene/koordinatorliste>

Kommunens SLT-koordinator er i en 50% stilling<sup>34</sup>, og er organisatorisk plassert rett under kommunalsjef for oppvekst. Det er ikke etablert en klar stillingsinstruks for SLT-koordinatoren, men det finnes en håndbok som KRÅD<sup>35</sup> har utgitt. Det varierer fra kommune til kommune hva SLT-koordinatoren fokuserer på. I Eidskog kommune har det forebyggende arbeidet stor fokus, mens det i andre kommuner kan være stort fokus på kriminalitet, politi mv. Videre kartlegger SLT-koordinatoren hvilke behov som finnes i Eidskog kommune, vurderer hvilke tiltak som trengs samt samordner innsatsen.

SLT-koordinator jobber med å få gjennomført en ungdata-spørreundersøkelse i Eidskog kommune. Ungdata er et kvalitetssikret system for gjennomføring av lokale spørreskjemaundersøkelser blant elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring. Gjennom kartlegging av den lokale oppvekstssituasjonen er Ungdata godt egnet som grunnlag for kommunalt plan- og utviklingsarbeid knyttet til folkehelse og forebyggende arbeid overfor ungdom.<sup>36</sup> Trenden på landsbasis er at rus er på vei ned, mens psykiske helseproblemer øker. Det er ikke gitt at trenden gjelder for Eidskog kommune, og det Ungdata skal gi informasjon om hva barn og unge i Eidskog kommune tenker.

Eidskog kommune har underskrevet en samarbeidsavtale med konfliktrådet i Hedmark. Dette vil kunne si at ungdommer i kommunen som viser gjentatt kriminalitet eller alvorlige kriminelle handlinger vil kunne få Ungdomsstraff<sup>37</sup>. Det er en alternativ straffereaksjon til fengsel, og et viktig verktøy i arbeidet med å hindre tilbakefall og hjelpe unge lovbyggere inn i en ny livsbane.

Det er flere instanser i kommunen som har ansvar for gruppen av unge med psykiske problemer og/eller rusproblematikk. I tillegg til skolene har helsesøstrene ansvar for ulike aldersgrupper og hver av skolene har sin egen helsesøster. Kommunen har også en psykiatrisk sykepleier som har ansvar for ungdom.

Vi har fått tilbakemeldinger om at kommunen kan ha mangler i tilbudet til unge, herunder at det mangler behandlingstiltak, oppfølgingstiltak og boliger. Det kommunen har å tilby er bl.a. samtaler på psykisk helsetjeneste, kommunepsykolog, foreldreveiledningsprogram, men det er ikke sikkert disse tilbudene er passende for unge.<sup>38</sup>

Det er ikke noen ungdomsklubb i Eidskog kommune lenger, men det er aktiviteter som både fotball/håndball klubb, ski-forening, taekwondo-klubb og andre, men tilbudet er snevert og det kan være en utfordring å favne de som ikke nødvendigvis passer inn i lagsport eller er typisk sportsinteressert. Røde Kors har nå etablert et tilbud og arrangerer blant annet ungdomsdisco.

Kommunen SLT-koordinator opplever at kommunen har en spesiell utfordring i forhold til unge med rusproblemer, spesielt gutter, og det er en del unge som er i startgropa til rusmisbruk nå. Det har også forekommet graverende rusmisbruk hos mødre uten at NAV, barnehage eller andre instanser har fanget det opp. Kommunen har nå søkt om midler til å starte en forløp med hasjavvenning.

Det oppleves også som et problem at foresatte ikke kjenner kommunens tilbud eller at de ikke vil ha hjelp. Da kan problemer «vokse» seg store helt inn til ungdomsskolealder, og da er det mer krevende å ta tak i saken og få gjort noe med det. De fleste tiltak fra barneverntjenesten er basert på frivillighet, så

<sup>34</sup> Vedkommende har også i en 50 % stilling som miljøterapeut på PPT Eidskog.

<sup>35</sup> Det kriminalitetsforebyggende råd, jf. <http://www.krad.no/>

<sup>36</sup> <http://www.ungdata.no/id/22414>

<sup>37</sup> <http://www.krad.no/forebygging/barnogungdom/reaksjoner-og-tiltak/ungdomsstraff>

<sup>38</sup> Kommunen deltar også i interkommunalt samarbeid om ROS-prosjektet, som er målrettet mot ungdom. Dette omtales mer spesifikt i 11.2.12.6.

lenge det ikke dreier seg om grov omsorgssvikt. Det kan derfor skje at kommunen sitter på sidelinja og venter på at problemene skal bli så ille at «de kan gjøre noe».

#### 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.<sup>39</sup>

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.

Eidskog kommune har en boligsosial handlingsplan. Planen er utarbeidet av Eidskog Næringservice KF på bakgrunn av mandat fra kommunestyret. Et bredt utvalg av kommunens ansatte har deltatt i planarbeidet, herunder NAV, tildelingskontoret og lokale interesseorganisasjoner.

Eidskog kommune har en betydelig boligmasse til utleie. I 2013 var det 32 boliger pr 1.000 innbyggere, noe som er over landsgjennomsnittet (se Figur 6). Kommunen har 193 boliger for utleie og utnyttelsesgraden av utleieboligene på ca. 100%.<sup>40</sup>

##### Tildelingskontoret har følgende boliger som kan tildeles:

- 44 trygdeboliger for eldre og uføre – eies av boligstiftelsen
- 107 omsorgsboliger som eksempelvis er uten terskel og også passer for rullestolbrukere – eies av boligstiftelsen. Kommunen leier disse boligene.
- 16 omsorgsboliger for unge med nedsatt funksjonsevne – eies av boligstiftelsen, men administreres av Eidskog næringservice KF, men utdeling skjer via tildelingsenheten.
- 18 boliger hvor innbyggere kan kjøpe seg inn gjennom innskudd – eies av LHL, men kommunen er med å bestemmer hvem som skal prioriteres, jf. mottatt tilskudd.
- 26 boliger på Skotterudtunet som kommunen eier.
- 22 boliger på Koppangtunet – eies av boligstiftelsen.

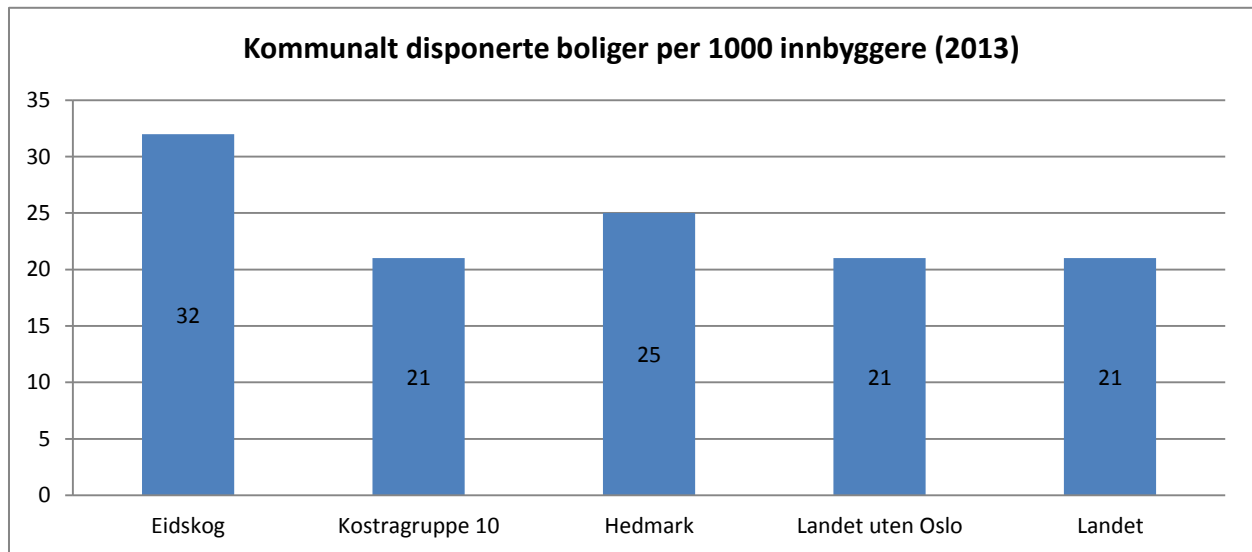
Eidskog Boligstiftelse<sup>41</sup> eier de fleste av boligene som blir tildelt fra tildelingskontoret (både trygdeboliger, omsorgsboliger, ungdomsboliger og andre boliger). Boligstiftelsens formål er å erverve

<sup>39</sup> Lov om sosiale tjenester i NAV § 27.

<sup>40</sup> Ifølge boligsosialhandlingsplan side 12.

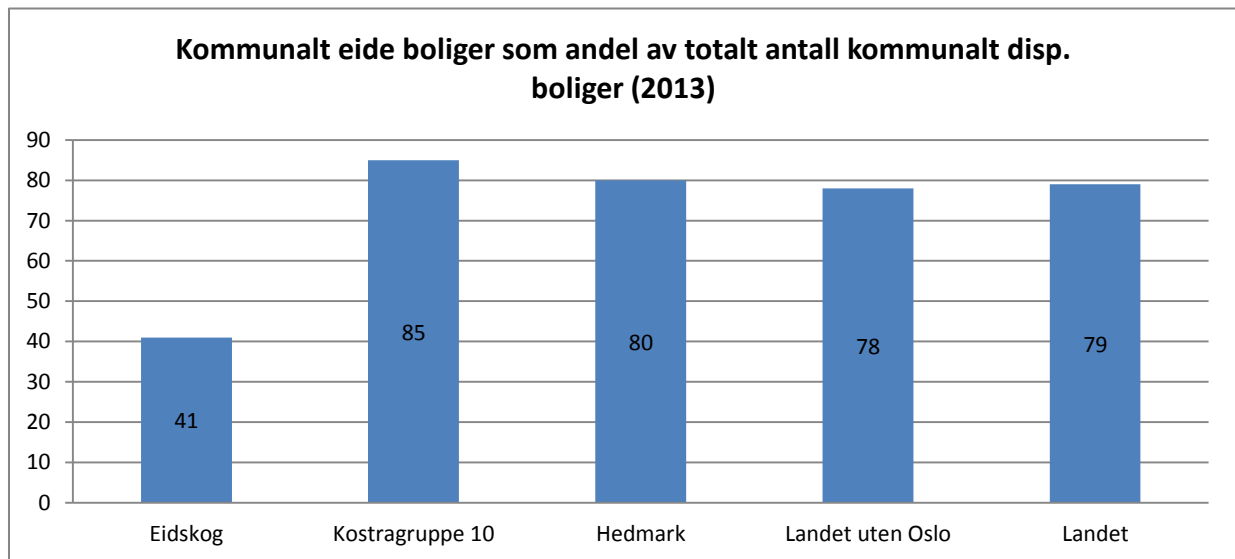
<sup>41</sup> Eidskog Boligstiftelse ble stiftet i 1970 av Eidskog kommune og Eidskog pensjonistforening. Formålet er å erverve eller oppføre boliger for utleieformål, fortrinnsvis til eldre, ungdom og funksjonshemmede bosatt i Eidskog kommune. Etter ny stiftelseslov som trådte i kraft 1/1-05, ble stiftelsen fristilt fra stifterne, og stiftelsen eier seg selv, med styret som høyeste organ. Nye vedtekter er vedtatt av Lotteri- og stiftelsestilsynet 7/8-07. Styret for stiftelsen består av 3 medlemmer valgt av Eidskog kommunestyre, 2 medlemmer + 2 varamedlemmer valgt av styret, 1 medlem oppnevnt av pensjonistforeningen og 1 medlem som representerer beboerne, oppnevnt av Eldres råd. Styret velger selv styreleder og nestleder. Stiftelsen har ansatt servicemedarbeider/vaktmester i 100%, og controller engasjert i 40%. <https://www.eidskog.kommune.no/tjenester/eidskog-boligstiftelse/>

eller oppføre boliger for utleieformål, fortrinnsvis til eldre, ungdom og funksjonshemmede bosatt i Eidskog kommune. Det er boligstiftelsen som vedlikeholder de boligene som stiftelsen eier og ser over at alt er klart for ny utleie mv. når bolig blir ledig. Eidskog næringsservice har det samme ansvaret for boliger de administrerer.



Figur 6. Kilde KOSTRA.

I sammenlikning med andre kommuner eier Eidskog kommune en liten andel av de disponerte boliger (se Figur 7).



Figur 7. Kilde KOSTRA.

Eidskog kommune har pr i dag ingen kommunale boliger som er øremerket for rusavhengige. Kommunen har noen leieboliger på Magnor (Bakketun) med 3 boliger og fire leiligheter i hver. Der bor det flere eldre personer med lettere rus- /psykiske problemer sammen med eldre og uføre. Dette har fungert fint, men for andre brukere er det rett og slett vanskelig å finne en bolig i leiemarkedet.

Ofte vil det bli en del uro rundt rusmisbrukere, samtidig som de samler seg. Ved tildeling av bolig for rusmisbrukere skal det derfor gjøres en grundig vurdering i forhold til eventuelle ulemper for naboer. På Sjøli har kommunen boliger hvor det bor personer med rus- og psykiske problemer. Vi har fått opplyst at naboer her opplever uro og trusler.

Kommunen skriver selv i boligsosialhandlingsplan at en del av utleieboligene til gruppen av rusavhengige er av dårlig kvalitet, og skriver at det ikke er noen lov som regulerer minstekrav til kvalitet på bolig.

Kommunen ønsker ikke å samle boliger til rusavhengige på ett sted, og rus og psykiatri ønskes lokalisert hver for seg. Samtidig bør boligene være i gangavstand til transport og servicetilbud, da mange rusavhengige har dårlig helse og er i dårlig fysisk form. Pr i dag bor det rusmisbrukere i en boligblokk, som er forbeholdt personer med psykiske lidelser. Dette oppleves som uheldig.

Eidskog kommune har fire boliger (herav en bolig som brukeren har kjøpt / eier selv) som er øremerket personer med psykiske problemer (Bergtun). Det er en tinglyst servitutt om bruken av boligene. Vi er blitt fortalt at disse boliger også nylig er blitt tildelt til andre typer brukere, uten at den psykiske helsetjeneste har vært kjent med dette.

Forøvrig har kommunen ytterligere behov for boliger egnet for psykiatri, og har ikke boliger med heldøgns tilsyn og omsorg på psykiatri eller rus. Dette kunne vært ønskelig for en del kronikere og personer med alvorlige psykiske lidelser. Kommunen har startet med å se på en omdisponering av eksisterende boliger til dette formålet.<sup>42</sup> Brukere med utfordringer knyttet til psykisk helse er i dag plassert i boliger rundt om i kommunen. På Skotterudtunet er det en egen fløy for eldre med psykiske utfordringer, mens psykisk utviklingshemmede har egne boliger med bemanning. Vi er blitt fortalt at yngre personer med psykiske problemer også blir plassert på sykehjemmet, fordi det ikke finnes psykiatriboliger i kommunen.

Kommunen har frem til desember 2014 ikke hatt noen akuttbolig selv. NAV er ansvarlig for å sikre akuttboliger. Det er blitt brukt hotell og campingplass ved akutte behov eller kommunen har leiet en akuttbolig privat. Kommunen har selv hatt ønske om å ha tilgang til en akuttbolig for å «*unngå å bruke dyre og ofte uverdige løsninger*»<sup>43</sup> I følge kommunens handlingsplan (som inngår i den boligsosiale handlingsplan) skal kommunen ha inngått leiekontrakt for en akuttbolig for rusavhengige i løpet av 2014. Vi er fått opplyst at NAV nå har inngått en leieavtale med Eidskog Næringshage ENKF om akuttbolig fra og med 1/12-2014. Det er to ny oppussede leiligheter hvor den ene er tenkt som akutt bolig for vanskeligstilte (rus eller andre problemer) og den andre som helhetlig oppfølging i bolig (rus eller andre problemer) for på sikt å kunne etablere seg på det ordinære markedet.

Det finnes ikke boliger i kommunen som er forbeholdt/spesielt egnet for unge, og det er lite å leie for unge med rusproblemer eller psykiske problemer. En del i denne brukergruppen kunne hatt behov for andre botilbud enn det de har, dvs. bofellesskap og bolig med heldøgnsomsorg / bemanning. I det såkalte Løkenbygget er det hybelleiligheter, men bygget er fullt. Kommunen skal bygge et hybelhus med oppfølging som er øremerket ungdom/barnevernet innenfor perioden 2014-2017. Disse boliger skal finansieres med midler fra husbanken og/eller egenkapital.

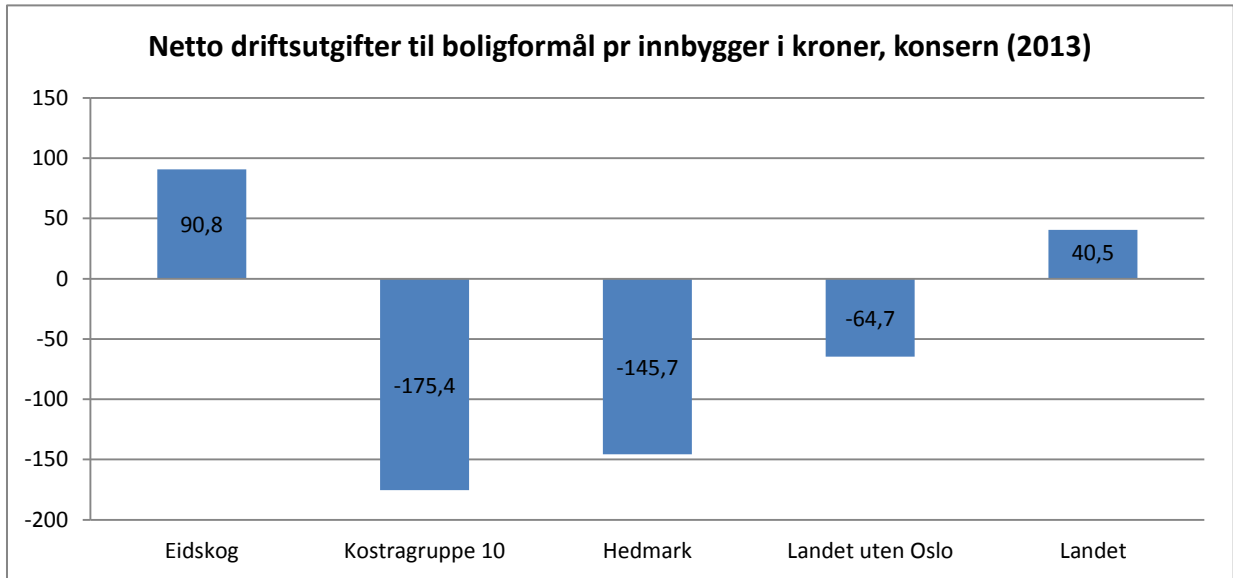
#### 11.2.10.1 *Utgiftsnivå på kommunale boliger*

Tall fra KOSTRA viser at Eidskog kommune har et høyt utgiftsnivå på kommunale boliger (Figur 8). Samtidig har kommunen lave investeringsutgifter til boligformål (se Figur 9). Kommunens driftsutgifter til boligene er forholdsvis lave (se Figur 8), slik at det altså er andre forhold som gjør at utgiftsnivået

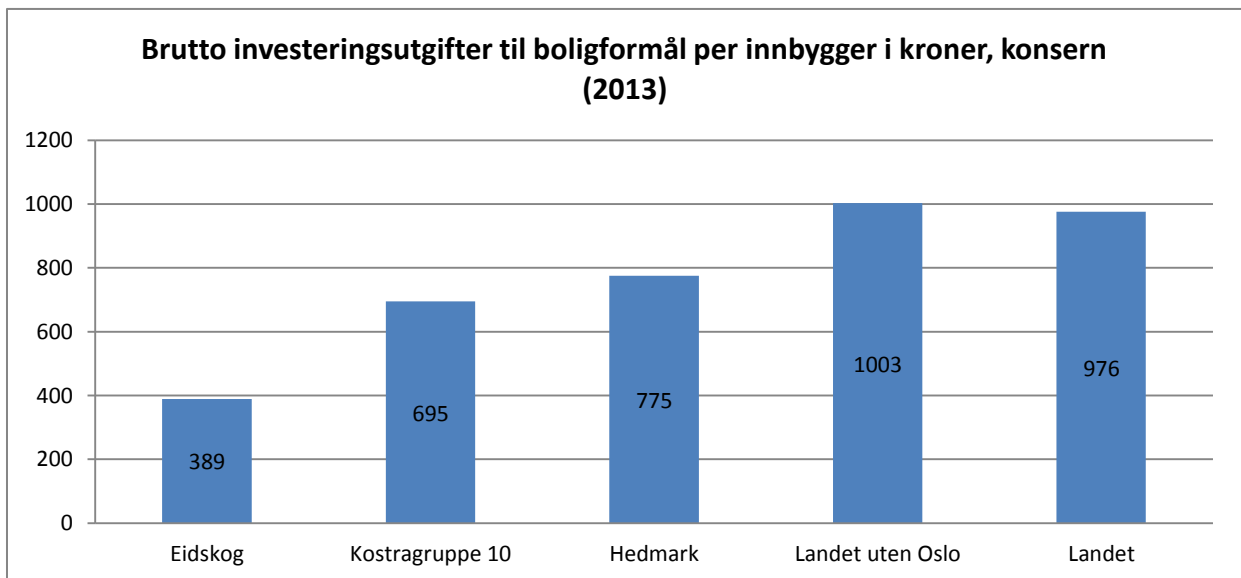
<sup>42</sup> Boligsosialhandlingsplan 2014-2020 for Eidskog kommune, side 16.

<sup>43</sup> Boligsosialhandlingsplan 2014-2020 for Eidskog kommune, side 15

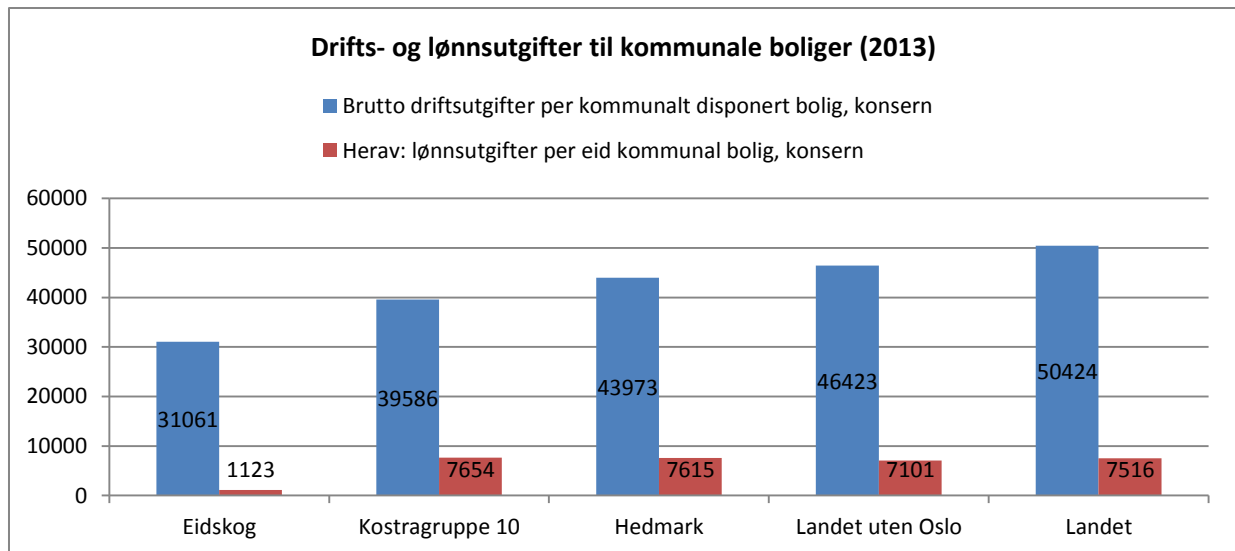
samlet sett er høyere enn i kommunene forøvrig. Husleie for en bolig kan variere fra kr. 4.000 – kr. 6.600.



Figur 8. Kilde KOSTRA



Figur 9. Kilde KOSTRA



Figur 10. Kilde KOSTRA

### 11.2.10.2 Tildeling av kommunal bolig og ventetid

Boliger tildeles av tildelingskontoret, primært ved en ansatt medarbeider som jobber med boligtildelinger. Kommunen tildeler alle egne boliger, boligstiftelsens boliger, LHL's boliger og det kommunale foretakets leiligheter.

For å kunne søke en trygde- /omsorgsbolig må en ha adresse i kommunen. Ellers er kommunens eneste tildelingsregler de som fremgår av boligstiftelsens vedtekter, som tilsier at omsorgsboliger skal tildeles personer som på grunn av alder, funksjonshemming eller sykdom, har behov for bolig med lett tilgjengelig heldøgns pleie- og omsorgstilbud. Dersom bruker ikke tilfredsstiller disse kriteriene, henviser tildelingskontoret til private utleieryr. <sup>44</sup> Forøvrig er det ingen mer spesifikke vedtatte skriftlige tildelingsregler. Det er faglig skjønn og brukers behov som styrer tildelingen.

Det er brukeren som fyller ut søknadsskjemaet. De som søker om bolig har ofte andre tjenester fra kommunen fra tidligere.

Når det er en bolig som er ledig, så innkalles de som har kjennskap til brukerens behov til en møte. Dette kan være saksbehandlere på tildelingskontoret, hjemmesykepleien, bolig tjenesten og konsulent for funksjonshemmede. Det er ikke faste tildelingsmøter, men møter ved behov. Psykisk helsetjeneste har påvirkningsmulighet ift hvem som bør leie i tre av fire små leiligheter i en firemannsbolig på Skotterud.

Det er to ansatte på tildelingskontoret som er delegert fullmakt til å fatte endelig vedtak og signere vedtak om bolig. Bruker får først tilbud pr telefon og bruker får tid til å tenke seg om og å se på boligen. Deretter må bruker takke ja eller nei til tilbudet. De fleste sier ja når det har kommet så langt i prosessen. De fleste som takker nei, gir beskjed om dette raskt.

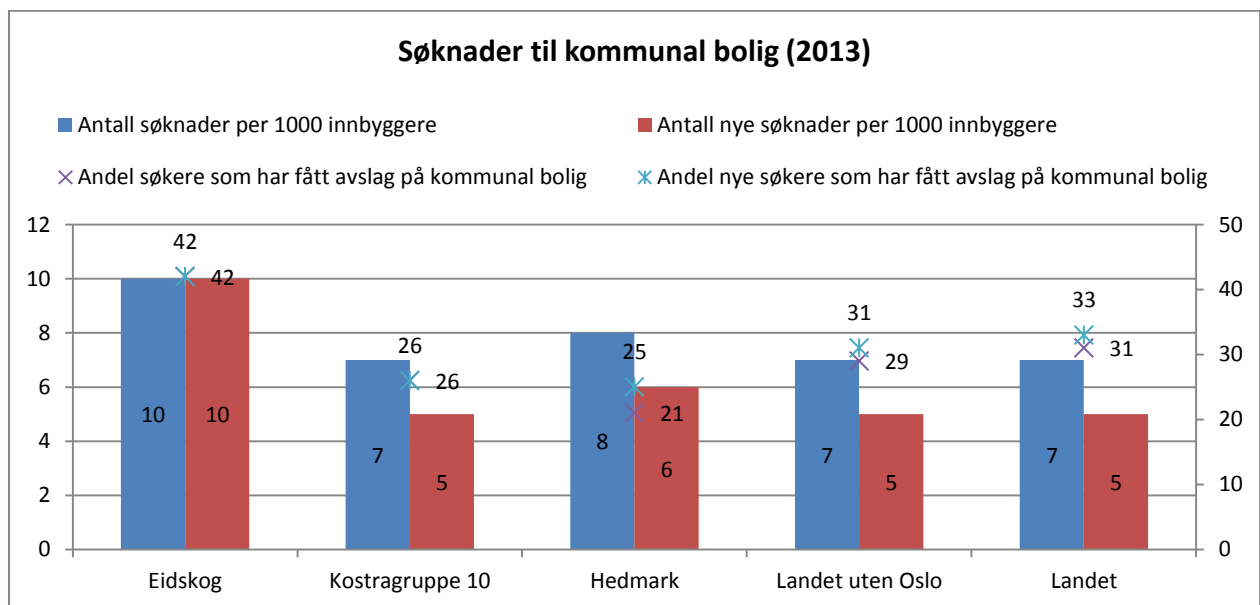
Ved søknad vil brukere få svar i løpet av 1 – 2 uker. Det er vanlig at brukere som søker om bolig får avslag og blir satt på venteliste, da kommunen normalt ikke har ledige boliger umiddelbart. En del får også avslag fordi de ikke fyller kriteriene, dvs. ikke har behov for trygde- eller omsorgsbolig. Ventetiden på bolig varierer, men det er alltid venteliste. Det er brukers behov som avgjør. De som blir

<sup>44</sup> Det finnes også kriterier for tildeling av tilskudd fra husbanken. Disse fremgår at intern kommunalt dokument og er nesten lik boligstiftelsens kriterier.

vurdert å trenge det mest, får tildelt bolig først. Brukerens ønsker kan også påvirke ventetiden, eksempelvis at de skal bo på Skotterud og ikke på Magnor. Søkerne blir sortert etter om de har eller ikke har tjenester fra kommunen fra før. De som ikke har tjenester fra før, vil ofte ha et mindre behov enn de som har tjenester. En må også ta med i vurderingen at søkere i noen tilfeller har mye hjelp av familien.

Tildelingskontoret bruker «papirbaserte» ventelister (Excel-ark). Det er mange eldre og uføre på venteliste med ulike behov, og få med store rusproblemer og / eller psykiatri.

Ifølge KOSTRA var det i 2013 10 søkere til kommunal bolig pr 1000 innbyggere. Samtlige var nye søkere. 42% av søkerne fikk avslag på kommunal bolig (se Figur 11). Eidskog har den høyeste andel av avslag på kommunal bolig i sammenlikning med tilsvarende kommuner. Det er uvisst om dette skyldes at søkerne ikke kvalifiserte til å få kommunal bolig eller om det er fordi boligkapasiteten er for lav. I utgangspunktet har kommunen en stor boligmasse, men det kan hende at behovet er tilsvarende stort.



Figur 11. Kilde KOSTRA.

Som en del av en den nylig reviderte boligsosiale handlingsplanen, skulle det foretas en vurdering av om det er økonomisk og funksjonelt å opprette et felles boligkontor, som kan administrere kommunale og andre utleieboliger, kommunens låne- og tilskuddsordninger, gi økonomisk rådgivning og koordinere tjenester overfor innbyggere i kommunale boliger. Den boligsosiale handlingsplan beskriver at de som har deltatt i planarbeidet forholder seg positive til et boligkontor, men det blir ikke vurdert hvorvidt det vil være lønnsomt å opprette et slikt kontor. I stedet er det et punkt i handlingsplanen om at lønnsomheten av et boligkontor skal kartlegges i løpet av 2014<sup>45</sup> Vi har fått opplyst at administrasjonen ikke har hatt kapasitet til å gjennomføre denne kartlegging frem til nå.

NAV har ansvar for tildeling av boliger hos private til vanskeligstilte, også rusmisbrukere. Det er ca. 20 personer på venteliste for bolig hos NAV. I tillegg er det noen som ønsker å bytte bolig pga. veldig dårlige boforhold, og noen er boligløse.

<sup>45</sup> Ifølge boligsosialhandlingsplan side 25 og vedlegg: *Handlingsplan 2014-2017*.

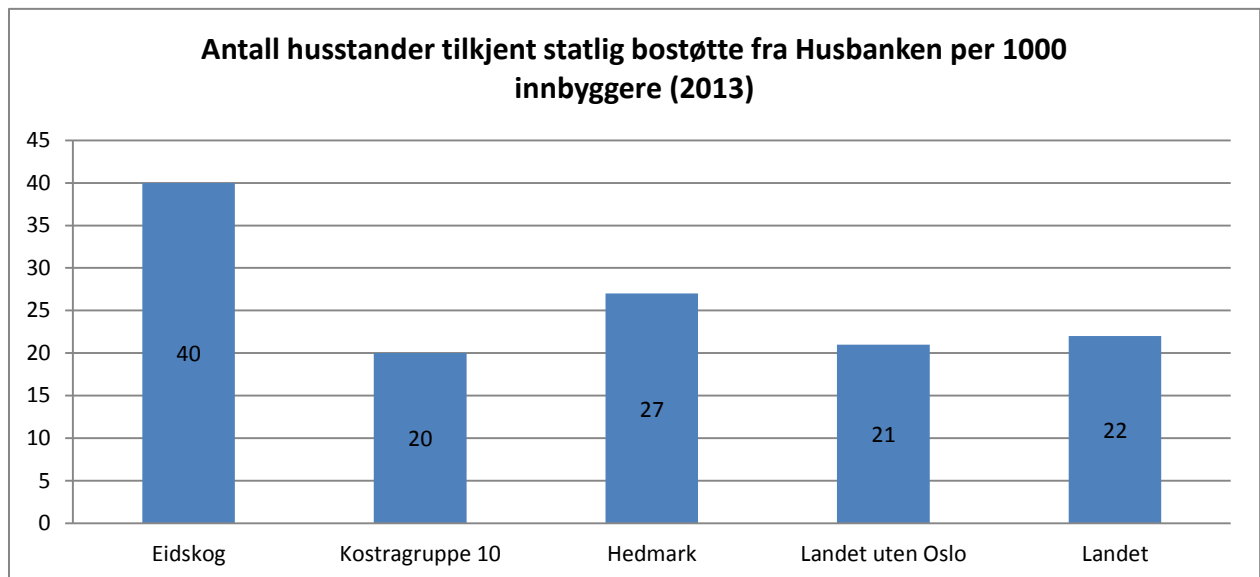
### 11.2.10.3 *Boligtilbudets varighet*

Boligene tildeles varig og bruker får en leiekontrakt uten begrensninger mht dato. De som får bolig har også et varig behov. Det betyr at det først blir ledige boliger dersom noen flytter eller dør. Bostedsløse og brukere med akutt boligbehov må kontakte NAV.

### 11.2.10.4 *Bostøtte, boligtilskudd og finansering med startlån*

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.

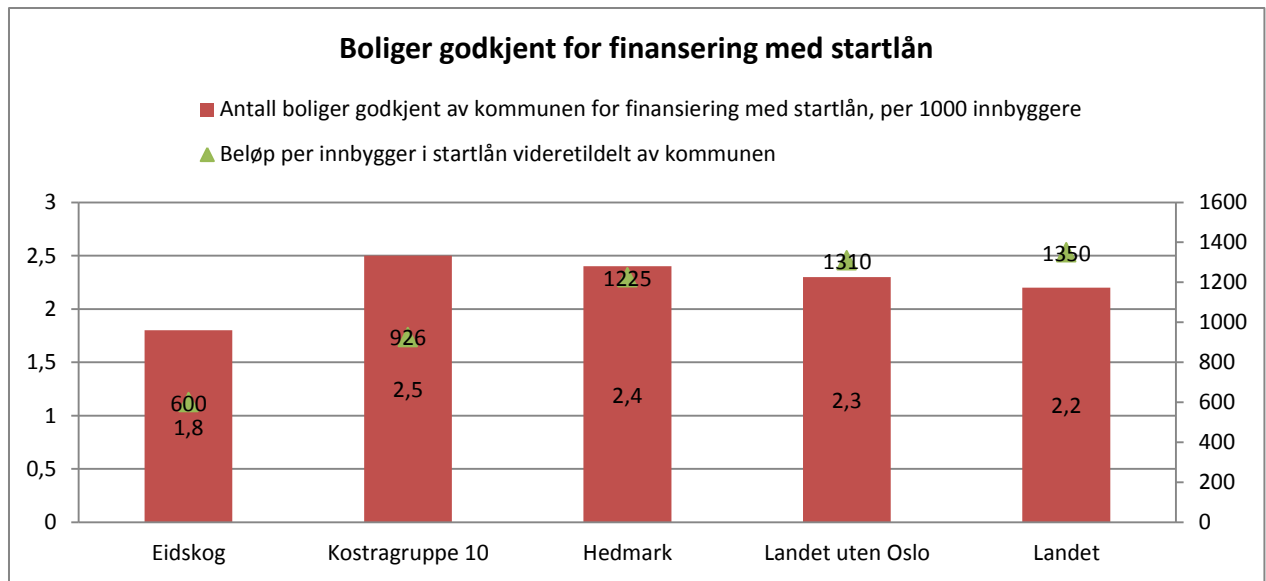
Kommunen har tilkjent statlig bostøtte fra husbanken til dobbelt så mange som i øvrige kommuner (se Figur 12), og Eidskog kommune ligger på 2. plass i landet når det gjelder mest utbetalt pr husstand. Kun Oslo ligger høyere.<sup>46</sup> Det er Husbanken som behandler søknadene, kommunen informerer, mottar søknadene og formidler videre til husbanken som innvilger eller avslår.



Figur 12. Kilde KOSTRA

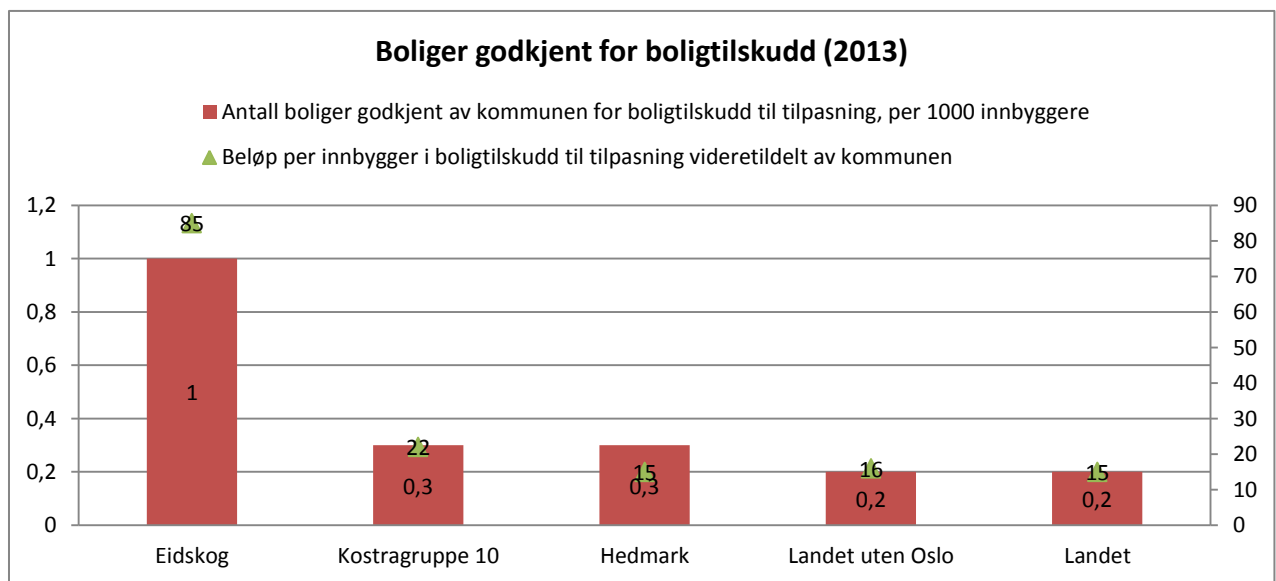
Eidskog kommune har - ifølge KOSTRA – få boliger som er godkjent for finansering med startlån og beløpet per innbygger er lavt (Figur 13). De fleste kommuner tilbyr startlån, men det er opp til den enkelte kommune å vurdere om startlån innvilges og hvor stor lånet blir. I Eidskog er det rådmannens organisasjon som tildeler startlån og håndterer innfordring av renter og avdrag etter inkassovarsel. Det er utarbeidet retningslinjer for bruk av startlån (vedtatt av kommunestyret 20.12.2011, sak 109/11).

<sup>46</sup> Kilde: Boligsosial handlingsplan 2014-2020 for Eidskog kommune, side 18.



Figur 13. Kilde KOSTRA

Til gjengjeld er markant flere boliger godkjent for boligtilskudd til tilpasning og her er beløpet høyt i sammenlikning med andre kommuner (se Figur 14). Boligtilskuddet skal bidra til å skaffe og sikre egnede boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet.



Figur 14. Kilde KOSTRA

#### 11.2.11 Tema: Fastlegene og kommuneoverlege

Eidskog har kommuneoverlege med kontortid på Eidskog Helsetun hver onsdag fra kl. 08.00 – 11.00. I tillegg er han tilgjengelig 24:7 i forhold til situasjoner som krever at kommuneoverlege tar hånd om disse, eksempelvis tvangsundersøkelse, katastrofe, smittevern mv. Forøvrig er kommunelegen medisinsk faglig rådgiver for Eidskog kommune.

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. Eidskog kommunen har fastleger med god kontinuitet, noe som bidrar til et mer stabilt tjenestetilbud.

### 11.2.12 Tema: Interkommunale samarbeider, prosjekter og spesialisthelsetjeneste

Eidskog 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.<sup>47</sup>

Med Kongsvinger som vertskommune deltar Eidskog kommune i interkommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i samarbeid med Grue, Sør-Odal, Nord-Odal samt Nes kommune i Akershus. Tilbudet har sykepleierkompetanse og fast tilsatt lege.

#### 11.2.12.2 *GIL – Glåmdal interkommunale legevakt*

Kommunen deltar i interkommunal legevakt med øvrige kommuner, blant annet Kongsvinger, Sør-Odal, Nord-Odal mv. Denne er lokalisert på Kongsvinger sykehus.

Den interkommunale legevakten, som 01.01.14 ferdigstilte og åpnet i nye lokaler, har fått opprettet «skjermet» mottak/samtalerom, hvor man kan ta i mot brukere med psykiske vansker og eventuell rusproblematikk. Man har erfart at denne gruppe ofte melder seg til legevakten utenom åpningstid hos fastlegen.

#### 11.2.12.3 *Glåmdal krisesenter*

Eidskog kommune 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.

#### 11.2.12.4 *Brukerstyrt plass ved Kongsvinger DPS, Døgnerheten*

I oktober 2013 startet 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.

Eidskog kommune kan benytte seg av dette tilbudet. Vi har spurt leder av den psykisk helsetjeneste om bruken av dette tilbudet. Vedkommende har ikke oversikt over i hvilket omfang dette tilbudet benyttes av kommunen. Vi vet at andre kommuner har gode erfaringer med dette tilbudet, hvor

<sup>47</sup> Helsedirektoratet: Øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommune.

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-ambulansse», som vil bedre tilbudet og håndteringen av pasienter som trenger akuttinnleggelse i spesialisthelsetjenesten.

#### 11.2.12.5 *Akutteam*

Eidskog kommune samarbeider med DPS og deres psykiatriske akutteam. Tall fra kommunens årsberetning viser at Eidskog er blant de kommuner som benytter akutteamet mest.<sup>48</sup>

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 ROS<sup>49</sup> 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.

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.

Det er blitt sagt at ROS-prosjektet har vært lite brukt i Eidskog kommune. Pr i dag er det kun 1 registret bruker i ROS-prosjektet fra Eidskog kommune. I 2013 var det 25 registrerte brukere. Prosjektet har vært veldig på tilbudssiden, blant annet mot barneskole, men det har ikke vært noen respons fra skolen. Ansatte i kommunen opplevde at ROS-prosjektet var restriktive i starten og at det bidro til mindre bruk da, men at de i dag kunne og burde ha brukt dette tiltaket mer.

#### 11.2.12.7 *Kulturnettverket*

Eidskog 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.

#### 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 og at støttekontaktene er dårlig betalt.

<sup>48</sup> Eidskog kommunes Årsberetning 2013, side 76.

<sup>49</sup> Regionalt Oppsøkende Samhandlingstiltak

Kommunen har tilbud om brukerstyrt personlig assistent (BPA), men det blir lite brukt av den psykiske helse- og rusomsorg.

Eidskog 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 kino/teater, få besøksvenn, følgehjelp til sykehus, osv. Frivilligsentralen fungerer som en formidler og koordinator av frivillig innsats både fra privatpersoner og organisasjoner.

#### 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. «Voksne for barn» er etablert i kommunen.

Noen pårørende oppsøker selv den psykiske helse- og rustjeneste og mottar hjelp og støtte herfra.

LPP (landsomfattende ideell interesse- og brukerorganisasjon for pårørende innen psykisk helse) er ikke etablert i Eidskog.

#### 11.2.15 Tema: Kompetanse

Samhandlingsreformen utfordrer i stor grad kommunens behov for spesialisert kompetanse, fordi kommunene får mer krevende pasientgrupper og oppgaver. Dette er noe Eidskog kommune også erfarer, blant annet ved at brukere som blir tvangsinnlagt, returneres samme dag og da er kommunens ansvar.

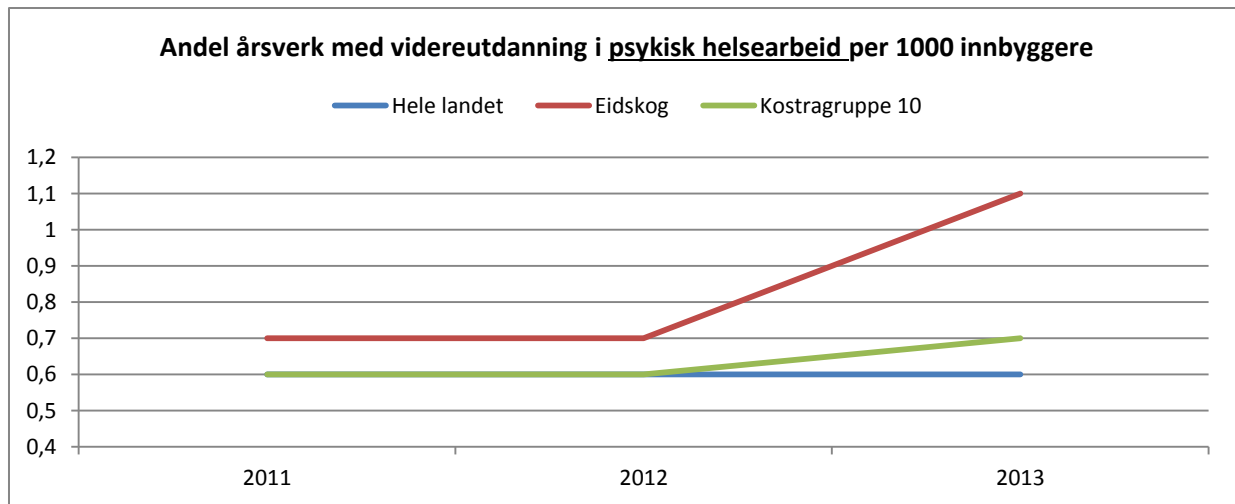
Kompetanseløftet er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene. Kompetanseløftet inneholder strategier og tiltak som skal bidra til å sikre tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning i omsorgstjenestene, og betyr også at det er innvilget øremerkede midler innen pleie og omsorg.

De siste årene har ledelsen i Eidskog kommune i økt grad hatt fokus på kompetanse og kommunen ser at økt og allsidig kompetanse bidrar til å løse ulike forhold og bidrar til bedre tjenester. For en liten kommune som Eidskog kan det imidlertid være vanskelig å bygge opp kompetanse på alle områder, og det kan derfor bli aktuelt å øke graden av interkommunalt samarbeid for fremtiden.

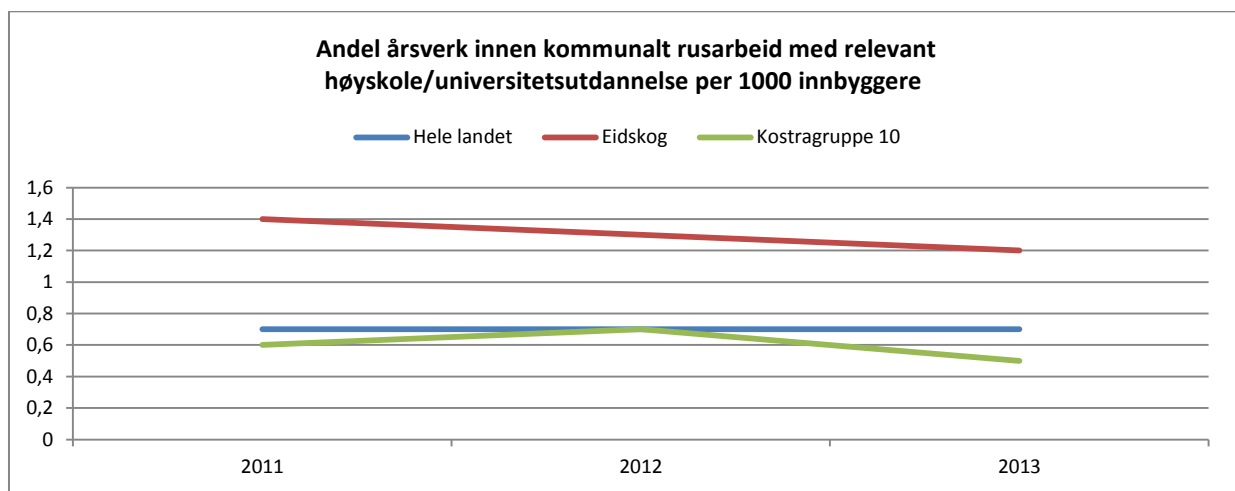
Flere intervjupersoner fremhever at de ansattes kompetanse er en styrke i kommunen. Det pekes på at kommunalsjefen er opptatt av og har fokus på at ansatte skal ha / få nødvendig kompetanse, noe de ansatte opplever som positivt. Selv om Eidskog er en mindre kommune har de ansatt en psykolog og det er ansatte som er vernepleiere, psykiatriske sykepleiere, ansatte med videreutdanning i psykose, miljøarbeidere mv. Det oppleves at det er en god bredde i kompetansen, og de ansatte har gode muligheter for å delta på fagdager, fagsamlinger og få faglig oppdatering og ny kunnskap.

Tall fra helsenorge.no<sup>50</sup> bekrefter at kommunen har mange årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og at Eidskog kommune på dette punktet ligger over nivået for øvrige kommuner. Samtidig har det vært en økning i antall årsverk fra 2011-2013 (Figur 15). Andel årsverk innen kommunalt rusarbeid med relevant utdanning er også gjennomsnittet, men denne har samtidig blitt redusert de siste årene, mens tendensen i landet forøvrig er en økning (se Figur 16).

<sup>50</sup> <https://helsenorge.no/kvalitetsindikatorer>



Figur 15. Kilde helsenorge.no



Figur 16. Kilde helsenorge.no

Kommunen skulle ifølge økonomiplanen ha utarbeidet en kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene våren 2014. Vi er blitt informert om at denne planen ikke er ferdig, men under utarbeidelse.

#### 11.2.15.1 *Kompetanse: Psykisk helsetjeneste*

Ved den psykiske helsetjeneste er alle psykiatriske sykepleiere, med unntak av en omsorgsarbeider med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie.<sup>51</sup> I tillegg har kommunen nylig ansatt en psykolog. Denne jobber fortrinnsvis med barn, unge og familier.<sup>52</sup>

Flertallet av de ansatte har erfaring i bruk av samtaleterapi, uten at de nødvendigvis har formell utdanning i dette. En ansatt har formell kompetanse i kognitiv terapi. De ansatte har ikke kurs i mestring av depresjon (KID).

De ansatte har lite formell kompetanse knyttet til vold og utagerende oppførsel. Enkelte ansatte har vært på selvforsvarskurs.

<sup>51</sup> Ved den psykiske helsetjeneste har det frem til nå også vært ansatt tre miljøarbeidere, som er utdannet vernepleier, sykepleier og omsorgsarbeider. Denne ordning skal nå avvikles.

<sup>52</sup> Organisatorisk tilhører psykologen den psykiske helsetjeneste, men da psykologen jobber mer forebyggende og mot barn og unge, inkluderer vi ikke dennes kompetanse i vår beskrivelse av kompetansen på et mer detaljert nivå.

I situasjoner der tvang og tvangslovgivning kan være aktuelt, inkluderes fastlege / kommunelege. Den psykiske helsetjeneste har skriftlig rutine for tvangsinnleggelser. Ruskonsulenten (NAV) har ansvar for tvang i tilknytning til rus.

De ansatte har ikke spesiell opplæring knyttet til selvmordsrisiko, men de har erfaring i å vurdere brukere. Dersom de er i tvil, kontakter de fastlegen. Kommunen har utarbeidet skriftlige rutiner dersom brukere truer med selvmord og for oppsøkende virksomhet etter selvmord. Vi har imidlertid funnet manglende kjennskap til disse prosedyrer blant de ansatte.

Det er ikke noen rutine i at psykisk helsetjeneste kobles opp mot familier med en gang der et familiemedlem har begått selvmord. Dette er noe de ansatte i psykisk helsetjeneste tenker burde vært gjort automatisk.

Ansatte i den psykiske helsetjeneste får veiledning fra DPS Kongsvinger.

#### 11.2.15.2 *Kompetanse: Tildelingskontoret*

De ansatte ved tildelingskontoret er i hovedsak utdannet sykepleiere. Kommunen har selv vurdert og prioritert at god kompetanse på kommunens tildelingskontor bidrar til at gi «Rett tjeneste, på rett sted, til rett tid».<sup>53</sup> De er samtidig få ansatte og det kan være vanskelig ha kompetanse på samtlige tjenesteområder.

#### 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. Fylkesmannen og DPS tilbyr en del opplæring, som ansatte ved NAV også kan ha nytte av. De ansatte har ikke alltid god nok kompetanse når det gjelder psykiske vansker og lidelser, men mener likevel at de håndterer de fleste tilfeller på en grei måte basert på erfaring.<sup>54</sup>

Tidligere fikk de ansatte ekstern veiledning, men denne ordning eksisterer ikke lenger pga. økonomi og/eller formaliteter. Det er planer om å etablere en ny veiledningsordning med kommunens psykolog

Tvangssaker vil ofte bli håndtert i samarbeid med DPS og en advokat som passer på at regelverket blir fulgt. Ved selvmordsrisiko vil de ansatte ofte henvise brukeren videre til akutt-time på DPS eller kontakte politi for å ta seg inn hos bruker som ikke åpner.

#### 11.2.15.4 *Kompetanse: SLT-koordinator og innsatsen overfor unge*

SLT-koordinatorens kompetanse blir utviklet gjennom deltakelse på regionale og landsdekkende samlinger for SLT – koordinator, samt ulike seminarer og konferanser innen for rus, forebygging og tidlig intervensjon. KRÅD avholder også en rekke kurs som er aktuelle for SLT-koordinatorer.

PPT har spesialpedagoger, ansatte med videreutdanning rettet mot fremmedspråklige og psykososialt arbeid mv. PPT tar selvmordsrisiko på alvor og har brakt barn/ungdom til lege for vurdering. Det har også resultert i innleggelse på Sanderud.

<sup>53</sup> Eidskog kommunes budsjett 2014 og økonomiplan 2015-2017, side 60.

<sup>54</sup> Det nevnes at det i 2011 ble foretatt et tilsyn fra fylkesmannen i Hedmark av NAV Eidskog, hvor det blant annet ble funnet følgende avvik: »Eidskog kommune sikrer ikke tilstrekkelig opplæring av ansatte som har oppgaver knyttet til økonomisk stønad etter lov om sosiale tjenester i Nav.«. Det vites ikke hvilke tiltak NAV har foretatt i forhold til nevnte avvik.

Barnevern har ansatte som har utdanning i Kvello-modellen<sup>55</sup> og håndtering av familiekonflikter mv. I barnevernet forekommer bruk av tvang, og de ansatte har nødvendig kompetanse.

### 11.2.16 Tema: Lett tilgjengelige tjenester

#### 11.2.16.1 *Kommunens hjemmeside*

På kommunens hjemmeside ligger det generell informasjon om psykisk helsetjeneste, litt om organisering, samt søknadsskjema. Det er god informasjon om kommunens frisklivssentral og Hjelper'n. Det er lite/kortfattet informasjon om Mulighuset. Det finnes informasjon om kommunens botilbud, men dette virker mer uoversiktlig.

Kommunens SLT-koordinator kan finnes under fanen om PPT, men det er lite forklarende informasjon om hva SLT-koordinatorens funksjon er. Forøvrig har kommunens SLT-koordinator en ide om en egen hjemmeside for ungdom, med Eidskog kommunes tilbud mv. Nittedal kommune har en slik løsning<sup>56</sup>.

Vi har ikke kunne finne informasjon om tildelingskontoret på kommunens hjemmeside via menyene. Man kan finne informasjon ved å søke på «*tildelingskontoret*», men det forutsetter at bruker kjenner navnet på denne enheten og vet at den finnes.

Skjemaet for søknad om tjenester er å finne på kommunens hjemmeside. Det samme skjema anvendes for alle typer tjenester.

Deler av kommunens planverk er tilgjengelig på hjemmesiden, men det er vanskelig å finne hvor på hjemmesiden de er plassert.

#### 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.

Tildelingskontoret klarer alltid å behandle alle søknader innenfor fristen på 4 uker, og det skjer sjelden at de bruker de tillatte fire ukene til saksbehandling. Hastesaker / akuttsaker behandles på dagen. I 2013 mottok tildelingskontoret totalt 126 henvisninger til den psykiske helsetjeneste.

Det er lite eller ingen ventetid for tjenester ved den psykiske helsetjeneste. Mulighuset har ingen ventetid og er åpent for alle. Frisklivssentralen har ventetid, men det skal nå ansettes ny fysioterapeut. Det er liten ventetid på å få hjelp/tjenester fra rusteamet i NAV.

Tjenesteyterne har praksis for oppfølging av brukere ved ansattes ferie og fravær. Det er imidlertid blitt sagt at tjenestene i liten grad utnytter hverandre som «back-up» ved ferieavvikling, sykdom mv. Forøvrig har legesenteret en ordning med legevakt på dagtid, slik at også pasienter som ikke har fastlege i Eidskog kan få nødvendig legehjelp.

#### 11.2.16.3 *Åpningstider, kontakt og informasjon om tjenestene*

Dersom brukere henvender seg på servicekontoret i kommunen, så blir de henvist til tildelingskontoret. Tidligere satt ansatt fra tildelingskontoret på rådhuset, mens de nå sitter samlet på

<sup>55</sup> <http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Kurs%20og%20konferanser/Usynlige%20barn/2B-.Kvello-Parallellsesjon1.pdf>

<sup>56</sup> <http://ung-dom.no/>

Eidskog Helsetun med åpningstid 08.00 – 15.00. Det er mange brukere som henvender seg til tildelingskontoret både ved fysisk oppmøte og på telefon.

Psykisk helsetjeneste har åpningstid fra 08.00 – 15.30. De ansatte har både mobiltelefon og fast telefon. Når brukerne har fått kontaktperson, benytter de ofte melding pr mobil. Miljøarbeiderne går turnus slik at det er en miljøarbeider tilgjengelig hver helg, normalt fra 08.30-15.00.

Psykisk helsetjeneste har utarbeidet brosjyre om tjenesten. Denne er tilgjengelig på andre instanser som NAV, servicekontoret, venterommet hos psykisk helsetjeneste mv.

Mulighuset har laget egen brosjyre (samarbeid mellom brukere og leder av Mulighuset) og sender denne med alle nye brukere, de som er innom for å bli vist rundt osv. Det er også planlagt å få levert brosjyrer på kommunen, legesenteret osv. Brukere har fortalt at de ville ønske at de hadde visst om Mulighuset noe før. Informasjon om husets tilbud blir nok formidlet til mange ved at de har andre tjenester ved den psykiske helsetjeneste. Mulighuset kunne bli bedre til å formidle sitt tilbud til øvrige innbyggere, som kunne ha glede av det.

Mulighuset er lett tilgjengelig, også for de som trenger f.eks. hjelpemidler som rullestol/rullator osv.

Frisklivssentralen har egen brosjyre og hjemmeside. De informerer månedlig i kommunebladet, eller via sosialt nettverk.

Fastlegene kommuniserer ikke med pasienter på SMS, men brukere kan bestille legetime via e-post eller e-portalen.

NAV Eidskog har åpningstid 09.00 – 14.30 alle dager, med unntak av onsdag. Telefontid er 09.00-14.30 mandag – fredag. De ansatte i rusomsorgen ved NAV har mobiltelefoner slik at det er mulig å sende SMS til dem.

Ansatte foreslår at det kunne være en ide at kommunen lager en samlet brosjyre over de tilbud kommunen har overfor den aktuelle brukergruppe, og som en samlet informasjon om tilbudene til nyansatte medarbeidere. Det er også blitt sagt at kommunen kunne bli bedre til å informere om kommunens tilbud, f.eks. i lokalavisen «IEidskog».

#### 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 goder, veilede, sosialisere og bruke grensesetting innebærer økt risiko for vold og trusler om vold. Lav kompetanse blant ansatte kan også øke risikoen for voldsepisoder.<sup>57</sup>

Ansatte på psykisk helsetjeneste reiser normalt alene ut til brukere. De ansatte opplever at dette fungerer på en god måte, og de ansatte føler seg generelt ikke utrygge. Dersom de ansatte mottar signal om at bruker kan bli voldelig eller ubehagelig, vil de reise ut to eller be bruker komme inn på avdelingen på møte. Dersom det er usikkerhet ift søkerens tilregnelighet er det også mulig å ta kontakt med akutt-teamet ved DPS Kongsvinger. Det har ikke vært situasjoner med vold mot ansatte på psykisk

<sup>57</sup> Kilde: Fafo 2009: Vold og trusler om vold i offentlig sektor.

helsetjeneste, men det har vært framsatt muntlige og skriftlige (sms) trusler mot ansatte. Dette inkluderer også drapstrusler. Det er en egen prosedyre som beskriver gangen i oppfølgingen av dette.

Bygget hvor psykisk helsetjeneste holder til, fremstår som slitt og mangler rømningsvei. Inneklimaet er dårlig, og flere ansatte sliter med hodepine pga. dårlig luft. Det er ikke adkomstvei for rullestolbrukere, og det er ikke installert alarmsystemer. De ansatte ønsker å flytte til andre lokaler. Vi har fått opplyst at det kan bli flytting, men dette er ennå ikke avklart.

Det oppbevares medisiner på den psykiske helsetjeneste, noe som også kan utgjøre en risiko for de ansattes sikkerhet. Kommunen har ikke foretatt en skriftlig risikovurdering av de ansattes sikkerhet.

Miljøarbeiderne ved NAV reiser ut til brukere alene. Hvis det er noen brukere de ansatte er utrygge på, er det mulighet for å reise ut to sammen. De ansatte opplever det som utfordrende å reise mye ut alene og gir uttrykk for at de i stor grad ivaretar egen sikkerhet basert på erfaring og magefølelse. De ansatte har ikke ambulante alarmer. Ansatte har etablert en vane med påse at miljøarbeiderne er inne igjen når arbeidsdagen er omme. Det har vært en situasjon hvor en miljøarbeider på NAV har blitt utsatt for vold fra en bruker. Vi har fått opplyst at det ble iverksatt nødvendige hjelpetiltak overfor den aktuelle medarbeider i etterkant. Vi har i e-post datert 1.12.2014 bedt om informasjon knyttet til den aktuelle hendelsen, herunder om det er meldt avvik i kommunens avvikssystem. På det tidspunktet denne rapporten ble skrevet, hadde vi ikke mottatt svar fra kommunen.

Det er blitt gjennomført en såkalt ROS-analyse ved NAV Eidskog, som pekte på en rekke svakheter ved lokalene hvor NAV holder til, herunder at det ikke er skille mellom mottak og kontorene, manglende alarmer, rømningsveier, manglende avskjerming av trapp som gjør at brukere kan komme inn fra kommunens lokaler mv. Vi har fått opplyst at det på ledernivå har blitt bestemt at aktuelle tiltak som ble påpekt i analysen, ikke skulle gjennomføres.

### 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 trekker vi en samlet konklusjon på problemstilling 1, som fremgår sist i dette kapittelet.

#### 11.3.1 Tjenestetilbudet / bredden i tjenestetilbudet

Våre data tilsier at Eidskog kommune på et overordnet nivå har et godt 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 helsetjeneste er et velfungerende og romslig tilbud med lav terskel for hjelp og lite ventetid. Tjenesten har mange brukere med langvarige tjenester, og høyt sykefravær blant ansatte har vært en utfordring.

Kommunen har en rekke lavterskeltilbud, som Mulighuset og Frisklivssentralen. Ved Mulighuset er det 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 kan henvise til psykisk helsetjeneste ved alvorlige søvnvansker. Hjelper'n er et nytt initiativ, som retter seg mot gravide, barn og ungdom med tilbud om kortvarig samtalebehandling.

Kommunen har prosedyre for egen operativ krisegruppe, hvor den psykiske helsetjeneste blant annet kan være aktuell ved krise, ulykker mv.

Kommunen har egen ruskoordinator på NAV og inngår i det interkommunale ROS-prosjektet. Det er samtidig miljøarbeidere ved NAV, som gir lavterskel-tjenester som boveiledning mv. Den psykiske helsetjeneste har også kompetanse og mulighet for å ivareta gruppen av rusmiddelmisbrukere.

Kommunen kan likevel ha svakheter i innsatsen overfor rusmiddelmisbrukere. Kommunens rusomsorg inkluderer ikke lavterskeltilbud med aktivitet, og kommunen har ikke en møteplass/varmestue for rusmiddelbrukere. Det skal fattes vedtak om tjenester fra NAVs rusomsorg, men dette er ikke på plass for alle brukere. Rusomsorgen synes å ha blitt nedprioritert til fordel for andre av NAVs oppgaver, noe som også bidrar til dårlig samhandling mellom rusomsorgen i NAV og andre tjenesteenheter i kommunen. Samtidig har kommunen manglet 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). Vi har også 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.

Regjeringens mål er at tjenestene til personer med rusproblemer skal integreres i det ordinære tjenesteapparatet og ikke som særomsorg.<sup>58</sup> I Eidskog har det frem til nå vært mer eller mindre tilfeldig om en rusmisbruker får hjelp fra rusomsorgen i NAV eller den psykiske helsetjeneste. Kommunen flytter nå rusomsorgen fra NAV til å inngå som en del av kommunens psykiske helseomsorg. Revisor vurderer at dette kan bidra til at rusomsorgen blir bedre integrert i kommunens øvrige tilbud, og at rusmisbrukere derfor får et bedre helhetlig tilbud. Et nytt 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.<sup>59</sup> At Eidskog kommune per desember 2014 har integrert rusomsorgen i den psykiske helsetjeneste sees derfor som positivt og et steg i riktig retning.

Revisor stiller spørsmål ved om rusomsorgen er god nok, og viser til de nevnte mangler og avvik ift. ettervern, oppsøkende team, egnede boliger og mangel på vedtak. Samtidig registreres det at NAV har etablert akuttboliger per desember 2014, og tiltaket med å flytte rusomsorgen inn i tildelingskontoret som noe positivt, som kan styrke rusomsorgen opp til et akseptabelt nivå.

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. Det er imidlertid en del av de øvrige samarbeidsparter som har hatt negative erfaringer med NAV, f.eks. ved at NAV benytter samtaler ved den psykiske helsetjeneste som en definert aktivitet knyttet opp mot ytelser i NAV. Disse brukere er ofte ikke motivert, og den psykiske helsetjeneste føler de kunne ha brukt tiden som er avsatt til denne typen samtaler bedre med andre, mer motiverte brukere. Det er også blitt sagt at NAV

<sup>58</sup> Stortingsmelding nr 30 (2011-2012): *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. Side 133.

<sup>59</sup> 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.

presser brukere med psykisk vansker på en måte som gjør at de får tilbakegang i sykdomsforløp og evne.

NAV tilbyr hjelp til personlig økonomi og gjeldsrådgivning og har også samarbeid med atføringsbedriftene Eiskoleia AS, Vilja AS mv. Det er nå også vedtatt av kommunestyret at NAV skal kunne gi tilbud om "arbeid for sosialhjelp". Det er pr i dag få arbeidsrettede tiltak for ungdom, og det finnes få praksisplasser i kommunen. Samtidig har kommunen som nevnt tidligere ikke noe lavterskel arbeidsrettet tiltak for brukere med rusmiddelbruk.

Revisor vurderer at NAV Eidskog kan bistå personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelmisbruk med arbeid eller annen meningsfull aktivitet og hjelp til personlig økonomi, men merker seg svakheter i tilbudet til unge og rusmiddelbrukere.

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 deltar i interkommunal legevakt ved Kongsvinger sykehus og har et øyeblikkelig hjelp døgntilbud i samarbeid med andre kommuner. Kommunen samarbeider med DPS om akutteam og har mulighet for å benytte brukerstyrt plass ved døgnenheten ved DPS Kongsvinger. Revisor merker seg at kommunen ikke virker til å ha oversikt over i hvilket omfang brukerstyrt plass ved DPS Kongsvinger blir benyttet. Dette er ellers er tilbud som andre kommuner har veldig positive erfaringer med.

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

Generelt har kommunen høye driftsutgifter til innbyggere med psykiske helse- og rusproblemer. Dette begrunnes med kommunens folkehelseprofil. Kommunen har en del brukere med dobbeltdiagnoser innen rus og psykiatri, og kommunen benytter DPS og spesialisthelsetjenesten mye. Revisor stiller spørsmål ved om bredden i tilbudet er tilstrekkelig og om kommunen kan ivareta innbyggere med tunge psykiske problemer og/eller et tungt rusmiddelbruk. Dette begrunnes blant annet med mangelen på boliger med heldøgnsomsorg til denne målgruppe og mangel på arbeidsrettede lavterskeltilbud. Med samhandlingsreformen må kommunen forvente å få flere og svakere brukergrupper, og den må derfor også kunne håndtere en tyngre pasientgruppe, hvor nødvendigheten av tjenester vanskelig kan diskuteres.

Samtidig sees det svakheter i tilbudet til unge. Det er et økende antall unge som har et hjelpebehov, og kommunen har en spesiell utfordring med unge som er i startgropa til rusmisbruk. Kommunen har en SLT-koordinator, som kan bidra til at kommunens innsats blir samordnet, men spørsmålet er om kommunen har nok tilbud som er tilpassede unge, herunder behandlingstiltak, oppfølgingstiltak, boliger og værested/ungdomsklubb. Kommunen er som nevnt med i ROS-prosjektet, som forsøker å etablere en tidlig innsats overfor unge med rus- og psykiske problemer. I 2014 har dette vært lite benyttet av Eidskog kommune. Samtidig er innsatsen overfor unge blitt styrket det siste året med Hjelper'n, samtidig har kommunen nå også søkt om midler til å starte et forløp med hasjavenning. Revisor bemerker at tidlig innsats overfor unge kan virke forebyggende på sikt, og stiller spørsmål ved om unge med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelbruk blir tilstrekkelig prioritert i kommunens innsats.

### 11.3.2 Tildeling av tjenester

Tildelingskontoret er kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Samtidig er tildelingskontoret ansvarlig for å tildele tjenester i kommunen, herunder også til samtaler ved psykisk helsetjeneste og mesteparten av de kommunale boliger og omsorgsboliger. Det skrives alltid vedtak på tjenester fra psykisk helsetjeneste. Dette skjer i samråd mellom de to tjenesteenheter.

Tildelingskontoret opererer ikke med kriterier for tildelinger av tjenester. Tildeling bygger på skjønnsvurdering. De fleste som søker tjenester, får dette, men det forekommer at søknader om tjenester blir avslått. I 2013 ble det gitt et skriftlig avslag om tjenester ved psykisk helsetjeneste.

Vedtak vurderes løpende, men psykisk helsetjeneste har likevel en del brukere med langvarige tjenester. Der kan da være mer intensiv hjelp i noen perioder, og mindre i andre. Ansatte ved psykisk helsetjeneste kan finne det vanskelig å avslutte tjenester for brukere, som har lite nettverk og hvor de ansatte nærmest er blitt brukerens eneste nettverk. Det kan også bli slik at noen ansatte blir "de snille", mens andre blir "de strenge" ift. mulig avslutning av tjenesten. Til sist er det tildelingskontoret som skal vurdere om et vedtak skal videreføres eller avsluttes. Tildelingskontoret skal være et nøytralt organ, noe som kan være ekstra viktig i en mindre kommune som Eidskog. Revisor stiller spørsmål ved om denne nøytralitet alltid er gjeldende i praksis. Det kan virke som om at psykisk helsetjeneste i høy grad selv vurderer varigheten av tjenestene. Beslutninger som angår brukere skal naturligvis skje i en samarbeide mellom tildeler og utøver, men intensjon er vel at tildelerenheten i hovedsak skal være styrende i forhold til å vurdere hvilke brukere som bør få videreført tjenester, og hvilke som bør avsluttes.

Eidskog kommune har de siste årene 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 søker, får tjenester fra psykisk helsetjeneste, kan man 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 hvor det må utvises skjønn, samtidig som det kan være vanskelig å vurdere dybden av en krise for den enkelte bruker.

Det er de enkelte utøvende enheter som er tildelt budsjettbevilgning. Tildelingskontoret er ikke ansvarlig for de økonomiske konsekvenser av tildelte tjenester. Det at kommunen ikke har kriterier for tildeling av tjenester, og at tildelingskontoret 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. Eidskog kommune har utgifter til både tildelende enhet (tildelingskontoret) og de utøvende tjenester, men har altså ikke sikret seg potensielle innsparinger ved å pålegge tildelingskontoret 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-utfører-modellen er en dårlig løsning for kommunen. 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 Eidskog 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 de botilbudene som er mest aktuelle for personer med psykiske helse- og/eller rusutfordringer.

Eidskog kommune har en betydelig boligmasse til utleie. Antall kommunale boliger er over landsgjennomsnittet. Utnyttelsesgraden av boligene er ca. 100%. Eidskog boligstiftelse eier de fleste av boligene, men boligene blir tildelt av tildelingskontoret. Det er i hovedsak faglig skjønn og brukers behov som styrer tildelingen. Kommunens botilbud er varige, dvs. brukere som blir tildelt bolig, får leiekontrakt uten begrensninger mht dato.

Ventetiden på bolig varierer, men det er alltid venteliste. I 2013 fikk 42% avslag på søknad om kommunal bolig. Eidskog har den høyeste andel av avslag på kommunal bolig i sammenlikning med tilsvarende kommuner. Kommunen har samtidig tilkjent bostøtte fra husbanken til dobbelt så mange som i øvrige kommuner, og ligger på 2. plass i landet når det gjelder mest utbetalt pr husstand. Revisor bemerker forøvrig at kommunen har et høyt utgiftsnivå på kommunale boliger, og lave investeringsutgifter til boligformål. Kommunens driftsutgifter er forholdsvis lave. Husleie for en bolig kan variere fra kr 4.000 - kr 6.600.

Kommunen har ingen boliger som er øremerket for rusavhengige. Det har vært problemer med at rusmisbrukere er blitt plassert i ordinære kommunale boliger, noe som har skapt uro, blant annet ift. naboer. Kommunen ønsker ikke å samle rusmisbrukere på et sted, samtidig som rus og psykiatri ønskes adskilt. Det gjør det vanskelig for kommunen å plassere rusmisbrukere i kommunens nåværende botilbud. Samtidig er det vanskelig for denne gruppe å finne seg bolig på det private boligmarked.

Kommunen har fire boliger som er øremerket til personer med psykiske problemer (Bergtun). Det har imidlertid skjedd at disse boliger likevel er blitt tildelt til andre brukergrupper.

Kommunen har ingen boliger for psykiske syke og/eller rusmisbrukere med heldøgnsomsorg. Pr i dag skjer det at også yngre brukere med psykiske lidelser blir plassert i en fløy på sykehjemmet, fordi kommunen ikke har andre egnede boliger med heldøgnsomsorg.

Kommunen har frem til desember 2014 ikke hatt akuttboliger. Dette var et direkte avvik fra lovkrav i § 15 og § 27 i Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. NAV har nå inngått leieavtale med Eidskog Næringshage ENKF om to akuttboliger.

Det finnes ikke boliger i kommunen som er forbeholdt/spesielt egnet for unge. En del i denne brukergruppe kunne hatt behov for bofellesskap eller bolig med heldøgnsomsorg/bemannning. Det er pr i dag få hybelleiligheter, men kommunen skal bygge et hybelhus med oppfølging som er øremerket ungdom/barnevernet innenfor perioden 2014-2017.

Kommunen har en boligsosial handlingsplan. Kommunen skulle i 2014 ha foretatt en utredning av om det vil være lønnsomt å opprette et felles boligkontor. Denne utredning er ikke blitt gjennomført pga. manglende kapasitet hos administrasjonen.

Samlet sett vurderer revisor at kommunen har mangler i botilbudet til unge, til gruppen av rusmiddelmisbrukere (med eventuelle psykiske lidelser) og til gruppen av personer med psykiske lidelser alene. Dette begrunnes i hovedsak med mangelen på boliger med bemanning/heldøgnsomsorg for de nevnte brukergrupper. Kommunen bør legge til rette for fleksible og varige botilbud i gode bomiljø, som er tilpasset den enkeltes behov. Av forskrift tom kommunal helse- og omsorgsinstitusjon fremgår det at kommunen skal kunne tilby *1) institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år og 2) institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige*.<sup>60</sup> Kommunen har mulighet for å kjøpe slike tjenester av andre, men revisor stiller spørsmål ved om dette skjer i tilstrekkelig grad for å kunne ivareta brukergruppen.

#### 11.3.4 Tilbud til pårørende

Kommunen har ikke noe fast organisert tilbud til pårørende, eksempelvis grupper hvor pårørende kan møtes og utveksle erfaring m.v. Noen pårørende mottar selv hjelp fra den psykiske helsetjeneste. 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. Kommunens råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne kan bidra til at de pårørendes perspektiv blir ivaretatt.

#### 11.3.5 Kompetanse

Samhandlingsreformen utfordrer i stor grad kommunens behov for spesialisert kompetanse, fordi kommunene får mer krevende pasientgrupper og oppgaver. Kommunens ledelse har hatt et sterkt fokus på kompetanse, og tall fra helsenorge.no viser at kommunen har mange årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og at Eidskog på dette punktet ligger over nivået for øvrige kommuner. Samtidig har det vært en økning i antall årsverk fra 2011-2013. Kommunen har også nylig ansatt psykolog, som er tilknyttet prosjektet Hjelper'n.

Kommunen skulle ifølge økonomiplanen ha utarbeidet en kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene våren 2014, men planen er ikke ferdigstilt.

De ansatte ved den psykiske helsetjeneste er primært psykiatriske sykepleiere og kan benytte en del terapeutiske metoder og har bred erfaring, men det er overordnet sett lite formell kompetanse ift. f.eks. kognitiv terapi, KID-kurs, vold og utagerende oppførsel og håndtering og vurdering av selvmordsrisiko. Det er prosedyrer for vurdering av selvmordsrisiko og håndtering av tvangslovgivningen. De ansatte mottar veiledning fra DPS Kongsvinger.

Tildelingskontoret har ikke spesiell kompetanse knyttet til psykisk helse/rus. Dette synes ikke å utgjøre et problem ved tildelinger av tjenester, som skjer i samråd med den psykiske helsetjeneste.

<sup>60</sup> Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1, punkt a og b.

Det oppleves som at kommunen i lite grad utnytter den kompetansen som finnes i kommunen på tvers av tjenesteenhetene. Når NAVs rusomsorg blir flyttet til tildelerenheten, forventes det å kunne bidra til bedre deling av kunnskap / kompetanse og ressursutnyttelse.

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.

#### 11.3.6 Tilgjengelighet

Kommunen har en hjemmeside som beskriver tjenestetilbudet innenfor psykisk helse- og rusomsorg. Generelt virker hjemmesiden oversiktlig og oppdatert, men det kan være vanskelig å finne informasjon om deler av tjenestetilbudet, bl.a. tildelingskontoret. Det er brosjyrer som beskriver de fleste av kommunens tilbud.

Tjenestetilbudene har romslige åpningstider, og flertallet av de ansatte har jobbtelefon og det kan kommuniseres via SMS. På NAV skjer praktisk talt alle telefoniske henvendelser til et 55-nummer, men de ansatte i rusomsorgen har mobiltelefon for å være mer tilgjengelig for brukerne.

Samtlige tjenesteytere har rutiner for oppfølging av brukere/utarbeidelse av vedtak ved fravær av personale. Tjenestene synes i liten grad å utnytte hverandre som back-up ved ferie, sykdom mv. Tildelingskontoret har kort saksbehandlingstid og er fleksible ved endringer i brukeres tjenestebehov. Det er kort ventetid på tjenester ved den psykiske helse- og rusomsorg, og rusomsorgen i NAV.

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.

#### 11.3.7 De ansattes sikkerhet

Ansatte ved den psykisk helsetjeneste har kontorer uten egen rømningsvei. Det oppbevares samtidig medisiner ved psykisk helsetjeneste, noe som kan utgjøre økt risiko for ansatte. De ansatte jobber i hovedsak alene, men sørger for å jobbe to og to sammen der det kan være tvil om en brukers tilregnelighet m.v. Enheten har egen prosedyre som beskriver oppfølging ved tilfeller av vold og trusler.

Miljøarbeidene ved NAV reiser primært alene ut til brukerne. De ansatte har ikke ambulante alarmer. Det har vært et tilfelle av vold mot en ansatt i NAVs rusomsorg. Vi har i e-post datert 1.12.2014 bedt om informasjon knyttet til den aktuelle hendelsen, herunder om det er meldt avvik i kommunens avvikssystem. På det tidspunktet denne rapporten ble skrevet, hadde vi ikke mottatt svar fra kommunen. Revisor hadde forventet å motta et svar på denne henvendelse.

Det er gjennomført en såkalt ROS-analyse ved NAV Eidskog. ROS-analysen pekte på en rekke svakheter som vedrører de ansattes sikkerhet. Det er på ledernivå bestemt at aktuelle tiltak som ble påpekt i analysen ikke skulle gjennomføres.

Kommunen skal forebygge voldsepisoder og ivareta de ansattes sikkerhet. Revisor vurderer at kommunen ikke har ivaretatt sitt ansvar på dette området, og henviser til manglende rømningsvei ved den psykiske helsetjeneste, voldsepisoder mot ansatte i NAV, alenearbeid hos risikogruppe uten ambulante alarmer og mangelfulle tiltak overfor svakheter i innredningen av NAV-kontoret. Revisor

stiller også spørsmål ved om kommunen har gjennomført en risikovurdering av de ansattes sikkerhet ved de enkelte tjenesteytende enheter.

### 11.3.8 Samlet vurdering problemstilling 1

På bakgrunn av ovenstående vurderinger, kan det konkluderes på problemstilling 1.<sup>61</sup> Revisor mener Eidskog kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som i overveiende grad er i tråd med lovverk og statlige føringer. Revisor vurderer at Eidskog kommune har et godt tilbud på den psykiske helsetjeneste, og lavterskeltilbudene som Mulighuset, Frisklivssentral og Hjelper'n oppleves som velfungerende. Revisor finner videre at det er følgende avvik og forbedringspunkter:

1. Eidskog kommune har ikke selv et aktivt oppsøkende behandlingsteam på gateplan. Kommunen deltar i prosjektet ROS, men dette er lite benyttet i kommunen. Revisor stiller spørsmål ved om dette dekker kravet om å ha et aktivt, oppsøkende team på gateplan.
2. Kommunens rusomsorg inkluderer ikke lavterskeltilbud med aktivitet og kommunen har ikke en møteplass/varmestue for rusmiddelbrukere.
3. Kommunens rusomsorg synes å ha blitt nedprioritert på NAV til fordel for andre av NAVs oppgaver. Dette har også ført til dårlig samhandling mellom NAV og øvrige tjenesteenheter innen rusomsorgen.
4. Det mangler vedtak for noen brukere av NAVs miljøarbeidertjenester.
5. Kommunens ettervern synes ikke å være veletablert, blant annet som følge av mangelen på boliger med heldøgnsomsorg/bemanningsressurser blant de ansatte til å følge denne brukergruppe tett etter utskrivning fra institusjon/fengsel.
6. Kommunen 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. bofellesskap og hybler og at kommunen kan mangle egnede oppfølgingstiltak og arbeids- og aktivitetstilbud som er tilpasset unge.
7. Kommunen mangler boliger med heldøgnsomsorg/bemanningsressurser som er tilpasset personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelbruk.
8. Kommunen har ingen boliger som er øremerket/spesielt egnet for rusmiddelbrukere.
9. Eidskog kommune har til nå ikke hatt akuttboliger. Det er et avvik fra av § 15 og § 27 i Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. NAV har etablert to akuttboliger pr desember 2014.
10. Det kan være vanskelig å finne informasjon om deler av tjenestetilbudet på kommunens hjemmeside.
11. Kommunen skal forebygge voldsepisoder og ivareta de ansattes sikkerhet. Etter revisors vurdering har ikke kommunen ivaretatt sitt ansvar på dette området, og henviser til manglende rømningsvei ved den psykiske helsetjeneste, voldsepisoder mot ansatte i NAV, alenearbeid hos risikogruppe uten ambulante alarmer og mangelfulle tiltak overfor svakheter i innredningen av NAV-kontoret. 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, og om dette er tatt til overveielse ved tilrettelegging av arbeidsoppgavene.

<sup>61</sup> 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.

2014

Kommunen er i en omstillingsprosess, hvor blant annet rusomsorgen blir overflyttet fra NAV til tildelerenheten. Revisor merker seg dette, men må samtidig forholde seg til det her-og-nå bildet, som våre data viser. Det skal imidlertid at de nevnte avvik i punkt 3, 4 og 9 ventes løst ved endringer/tiltak som er foretatt desember 2014.

## 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.<sup>62</sup>

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.<sup>63</sup>

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 Eidskog kommune?

<sup>62</sup> <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/Sider/default.aspx>

<sup>63</sup> <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.

I tilknytning til K6 Forbedringsnettverk for psykisk helse og rus<sup>64</sup>, ble det gjennomført brukerundersøkelse i 2011 blant voksne brukere av tjenesten. Undersøkelsen ga overordnet sett gode resultater, hvor Eidskog lå på nivå med eller over landsgjennomsnittet på parametere som brukermedvirkning, respektfull behandling, informasjon om tjenester, personalets kompetanse etc. Ettersom undersøkelse er fra 2011 har vi valgt å ikke inkludere resultatene fra undersøkelsen ytterligere i denne revisjonsrapporten.

Kommunen har rutine som tilsier at det skal gjennomføres brukerundersøkelser hvert 4. år av den psykiske helsetjeneste. Det betyr at det skal gjennomføres ny undersøkelse i 2015.

<sup>64</sup> <http://www.psykiskhelsearbeid.no/content/3258/K6---Apner-opp-for-mulighetene>

Frisklivssentralen har ikke deltatt i noen overordnet evaluering/brukerundersøkelse av tilbudet. På dagtilbudet vil det bli foretatt en mer overordnet evaluering, når de har gjennomført det første forløp.

Det blir ikke gjennomført noen form for brukerundersøkelser av fastlegene, og de deltar ikke i noen større kommunale brukerundersøkelser.

Så langt vi er kjent med foretar kommunen ikke noen form for brukerundersøkelser overfor unge med psykiske problemer og/eller rusmisbruk.

Det gjennomføres NAV-undersøkelser årlig på landsplan, hvor resultater også kan ses ned på kontornivå, men det er ikke gjennomført brukerundersøkelse spesifikt for rusmisbrukene i NAV. Det ble imidlertid gjennomført en uformell brukerundersøkelse ved avslutning av prosjektet SMART.

Det gjennomføres ikke brukerundersøkelse spesifikt for tildelingskontoret.

Revisor har funnet at resultatene fra de nevnte brukerundersøkelser ikke fremgår av kommunens årsrapporter<sup>65</sup> eller av kommuneplanen. Resultater fra de kommunale brukerundersøkelser er heller ikke å finne på kommunens hjemmeside.

#### 12.2.1.2 *Brukerråd/brukerrepresentanter*

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.*

Eidskog kommune har ikke noe brukerråd, som spesifikt angår brukergruppen av psykisk syke og rusmiddelbrukere, men det er en husgruppe på Mulighuset, som har møter hver 6. uke. Her deltar leder av psykisk helsetjeneste, leder av Mulighuset og en mannlig og kvinnelig bruker ved Mulighuset. Det er valgt vara for de to brukerrepresentantene. Husgruppen bidrar til at brukerne får være med å utforme tilbudet ved Mulighuset. I tillegg er det en forslagskasse på Mulighuset, hvor brukere kan komme med forslag til hva de ønsker å gjøre mv. Endelig er det et årlig brukermøte på Mulighuset

Brukere på Mulighuset forteller at brukermedvirkningen på Mulighuset har fungert greit, men at fraværet til den faste leder ved psykisk helsetjeneste har ført til at møtene som de pleier å ha, ikke er blitt gjennomført.

Det er etablert et brukerutvalg i NAV. Her deltar landsforeningen mot stoffmisbruk samt ledere ved NAV.

#### 12.2.1.3 *Møteplasser mellom brukerorganisasjoner og den kommunale tjenesteutøver*

Mental helse i Eidskog var i stor grad delaktig i etableringen av Mulighuset, og kommunen har hatt et samarbeid med dem. Pr i dag er Mental Helse ikke aktiv som organisasjon lokalt i Eidskog.

På Kongsvinger finnes anonyme narkomane og anonyme alkoholikere.

Vi er også kjent med at kommunen har mottatt en henvendelse fra FUTURE – fra dag En!, som er en lokal forening for pårørende til pasienter av rus og psykiatri. Vi har spurt kommunen om kommunen har samarbeid med FUTURE – fra dag En! På det tidspunkt rapporten ble skrevet, hadde vi ikke mottatt svar fra kommunen.

<sup>65</sup> Det er her sett på kommunens årsberetning for 2013 og for 2011 (hvor det var brukerundersøkelse i den psykiske helsetjeneste)

Det står i plan for psykisk helsearbeid i Eidskog kommune 2007-2010, at kommunen har en rusmiddelgruppe, hvor blant annet Lions Club og to ungdomsrepresentanter deltar. Vi er blitt informert om at en slik gruppe ikke eksisterer i dag. Kommunens SLT-koordinator ønsker å invitere frivillige organisasjoner inn i det forebyggende arbeidet, men dette er foreløpig på tankestadiet.

### 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.

Det viktigste i møtet mellom bruker og hjelper er god kommunikasjon. Dette krever 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 Eidskog kommune forteller at de i stor grad vektlegger brukermedvirkning og at dette er noe som er viktig ved ethvert møte med brukerne.

Forøvrig bidrar motiverende intervju som metode til brukermedvirkning på individnivå, liksom kommunens dagsenter og tilbudet om brukerstyrt seng ved DPS er inkluderende og brukerstyrt.

Den psykiske helsetjeneste benytter så langt vi er kjent med ikke skjemaer for evalueringen av tjenesten eller liknende. En slik løsning kan bidra til å sikre brukermedvirkning på individnivå.

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. Den psykiske helsetjeneste vektlegger at IP'ene skal være brukerens plan. Tidligere var det ofte kontaktpersonen som satt ved PC 'n og skrev IP. Nå kan det også være brukeren selv som sitter ved PC 'n og skriver sin egen plan i samarbeid med kontaktpersonen. Dette for å sikre brukermedvirkning og for at bruker skal få et eierforhold til sin plan. Likevel kan planene for en del brukere bli et passivt dokument, som ligger i en skuff og som brukeren tilsynelatende ikke føler eierforhold til.<sup>66</sup>

Ved Frisklivssentralen blir tjenesten evaluert sammen med brukeren etter cirka 3. måneder. Det blir gjennomført en samtale med brukeren om dette er hva brukeren ønsker og har behov for, og hva brukeren ønsker i det videre forløp ved Frisklivssentralen. Samtalen har betydning for om tjenesten blir videreført eller ikke.

## 12.3 Revisors vurdering: Problemstilling 2

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

Mulighuset har brukerråd/brukerrepresentanter og kommunen har et råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Det gjennomføres brukerundersøkelser hos noen tjenesteytere, men den siste brukerundersøkelsen som ble gjennomført ved psykisk helsetjeneste var i 2011. Det at brukerundersøkelsene hos rusomsorgen i NAV og hos den psykiske helsetjenesten gjennomføres hver for seg, gjør at det er få besvarelser fra den aktuelle brukergruppe, det blir vanskelig å sikre anonymitet, og det er ikke mulig å sammenlikne resultater på tvers mellom tjenesteenhetene. Det

<sup>66</sup> Årsakene til dette utdypes i avsnitt 13.2.3

betyr at det samlet sett er få og overordnede resultater fra brukerundersøkelser for den aktuelle brukergruppe, og det er flere år siden forrige undersøkelse ble gjennomført. Revisor bemerker kommunens rutine som tilsier at det skal gjennomføres brukerundersøkelser hvert fjerde år. Etter vår vurdering kan et intervall på fire år være utilstrekkelig for å få regelmessige og jevnlig tilbakemeldinger fra brukerne av tjenestene. Ved NAV gjennomføres det brukerundersøkelser hvert år.

Revisor har funnet at resultatene av de nevnte brukerundersøkelser ikke fremgår av kommunale planer eller er å finne på kommunens hjemmeside.

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 Eidskog 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 helsetjeneste i løpet av de seneste år. Forøvrig noteres det som en mangel at resultatene fra tjenesteyteres brukerundersøkelser ikke fremgår av kommunale planer eller er etablert hos 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. Revisor bemerker at den psykiske helsetjeneste ikke har fast rutine for å evaluere tjenestetilbudet sammen med bruker. En slik rutine er å finne på kommunens frisklivssentral.

Konklusjonen på problemstilling 2 er at Eidskog kommune ivaretar hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen. På systemnivå foretas det brukerundersøkelser og det finnes brukerråd i relevante tjenesteenheter, men revisor har notert seg følgende:

1. 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 og hyppigheten av brukerundersøkelsene til den aktuelle gruppe.
2. På individnivå skjer brukermedvirkning løpende, men den psykiske helsetjeneste har ikke fast rutine for å evaluere tjenestetilbudet sammen med brukere. Brukermedvirkning er forøvrig dokumentert og anvendt i arbeidet med individuelle planer.

### 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.<sup>67</sup>

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.<sup>68</sup>

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.<sup>69</sup>

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

**Problemstilling 3:**

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

<sup>67</sup> Prop. 1. S (2013-2014), kap 10: Psykisk helse.

<sup>68</sup> Helsedirektoratet: Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.

<sup>69</sup> 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:

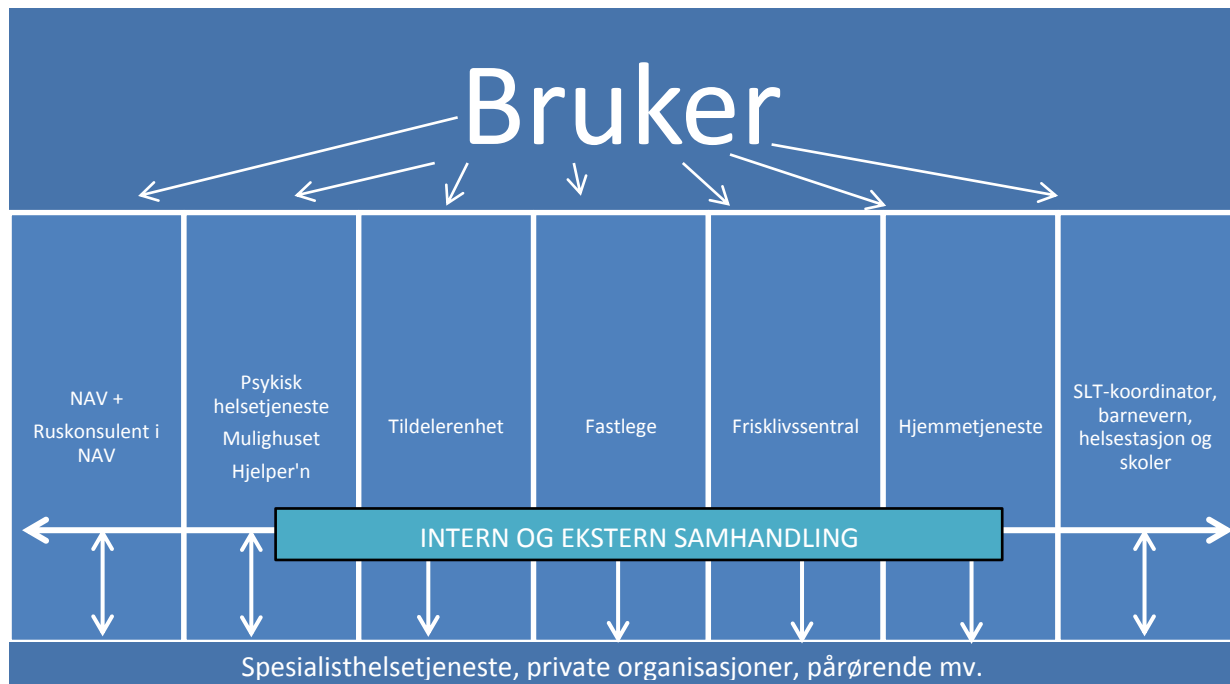
For å sikre at kommunen sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud, bør man - på bakgrunn av de føringer som ligger fra helsedirektoratet og relevant lovverk - kunne forvente at kommunen oppfyller følgende kriterier:

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 17).



Figur 17. 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

Tjenestene har tverrfaglige samarbeidsmøter (ansvarsgruppemøter) knyttet til brukere med mer omfattende tjenestetilbud og IP. For brukere med mildere forløp og som ikke har individuell plan (IP) er det mindre tverrfaglighet og møter / samhandling. Forøvrig samhandles det med alle fastleger. Det varierer hvordan samarbeidet med den enkelte fastlege fungerer, men det er blitt sagt at samarbeidet har blitt bedre i løpet av de senere år.

Generelt har vi fått inntrykk av at samarbeid rundt det enkelte individ fungerer godt og at ansatte i Eidskog kommune er gode til å kaste seg rundt og finne løsninger. Ansatte opplever at taushetsplikten kan være en hindring for nødvendig oversikt, og erfarer at brukere ikke alltid er ærlige og forteller hva

de har av tjenester / mottar fra øvrige enheter. For rusmisbrukere kan dette spesielt gjelde medisinerings. Kommunen har utarbeidet et skjema for samtykkeerklæring, som gir tjenesteyterne adgang til å videreformidle opplysninger om brukeren til samarbeidsparter.

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.<sup>70</sup> 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.

Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom DPS Kongsvinger og Eidskog kommune, som skal definere intensjonen om samarbeid, ansvarsforhold, og gjensidig forpliktelse i forhold til pasienter med psykiske lidelser. Av avtalen fremgår det at det avholdes faste samarbeidsmøter i klinisk SU 2-3 pr år. Her deltar blant annet NAV-leder, leder for psykisk helsetjeneste og kommunalsjef. Vi er muntlig blitt opplyst at det kun avholdes samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten 1 gang pr år.

Forøvrig avholdes det diverse løpende møter med DPS Kongsvinger og Sanderud på brukernivå. Disse foregår både med og uten pasientenes tilstedevær, etter pasientenes eget ønske.

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 Eidskog kommune og at tilbudet oppleves som bra (se vedlegg B).

#### 13.2.1.2.2 Intern samhandling

Saksbehandlere ved Tildelingskontoret for psykisk helsetjeneste avholder møter med den psykiske helsetjeneste hver mandag. Videre har avdelingsleder ved den psykiske helsetjeneste løpende organiserte møter med helsesøster, SLT-koordinator mv. Avdelingslederne har faste møter, med temaer som er aktuelle for avdelingsledere, men dette omhandler ikke temaer som rusomsorgen i NAV osv. Psykisk helsetjeneste samhandler og har samarbeidsmøter med DPS hver 6. uke.

Det er utarbeidet skriftlig samarbeidsrutine for hjemmesykepleien og den psykiske helsetjenesten. Forøvrig har kommunen ikke kunnet vise til andre skriftlige samhandlingsrutiner mellom tjenesteyterne. Frisklivssentralen utarbeider infobrev 2 ganger pr år, som blir sendt til de Frisklivssentralen samarbeider med.

Det var tidligere månedlige møter mellom NAV, barnevern og den psykiske helsetjeneste, men disse møtene avholdes ikke lenger. Tildelingskontoret har kun møter med NAV i saker på individnivå. For

<sup>70</sup> 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.

Øvrig blir det avholdt møter ved behov. Det er en opplevelse av at leders fravær ved den psykiske helsetjeneste har svekket samhandlingen mellom enhetene. Samtidig sies det at samhandlingen generelt er lite forankret på ledernivå, og ofte blir samarbeidet mellom tjenesteyterne glemt bort i en hektisk hverdag. Generelt har kommunen få samhandlingsarenaer på systemnivå som er etablert og dokumentert i interne rutinedokumenter.

Tjenesteyterne sitter fysiske adskilt, og det har medført at de sitter litt på «hver sin tue». Det er opplevelser av at det er tette skott mellom psykisk helse, NAV og hjemmesykepleie, selv om de har mange av de samme brukerne. Samhandlingen er spesielt en utfordring i forhold til brukere med rusproblematikk, da det her er flere kommunale tjenesteaktører som sitter hver for seg. Det er også blitt sagt at enhetene ikke alltid vet hva øvrige enheter kan tilby og hvilken kapasitet de har. Det har skjedd at ansatte ved en tilfeldighet har «oppdaget» relevante tjenester i kommunen, som de frem til da ikke har hatt kjennskap til det. Videre opplever enheter at de er sårbare ved ferieavvikling, sykdom mv. og føler da at det ikke er rom for å utnytte kompetanse/ressurser på tvers av tjenesteyterne i kommunen.

Vi har fått uttalelser om at psykisk helsetjeneste kan virke som en «lukket enhet». De er fysisk plassert utenfor rådhuset, noe som ikke bidrar til samhandling med øvrige enheter knyttet til brukere. Mange brukere synes imidlertid det er bra at tjenesten ligger avskjermet og for seg selv. Kommunen har erfaring fra andre tjenester med at fysisk nærhet gir bedre samhandling, og ledelsen ser derfor for seg at psykisk helsetjeneste for fremtiden kanskje skal plasseres i annet bygg eller det kan foretas andre tiltak som gjør psykisk helsetjeneste mer åpen for brukere, samtidig som det blir lettere å samhandle med andre enheter.

Mulighuset er plassert i samme hus som den psykiske helsetjeneste. Det bidrar til god samhandling mellom dagsenteret og de ansatte i den psykiske helsetjeneste. Leder av Mulighuset utarbeider for øvrige årlig et infobrev til kommunalsjef med orientering om hva huset har drevet med, antall brukere, fremdriftsplaner mv.

Hjemmesykepleien har ansvar for noen brukere på kveld og natt. Det er blitt uttalt at det kan skje forbedringer i samhandlingen med hjemmesykepleien, som ofte ikke kjenner brukerne så godt.

Mellom psykisk helsetjeneste og NAV er det lite koordinering av tjenester, og det kan hende at brukere får besøk fra miljøarbeider fra NAV og psykisk helsetjeneste samme dag. I tillegg kan det forekomme at bruker har samtale med psykiatrisk sykepleier.

Det er mange som opplever at samhandlingen med NAV er utfordrende. Frisklivssentralen har et par ganger kontaktet NAV Eidskog for å arrangere et møte, for å kunne presentere hverandres tilbud og øke samhandlingen, men NAV har ikke har respondert på disse henvendelsene. Flere av kommunens øvrige tjenesteytere synes også å ha lite kjennskap til hva miljøarbeidertjenesten i NAV innbefatter og hva som skiller dem fra miljøarbeidere i øvrige delene av kommunens tjenestetilbud. Tidligere var det organiserte møter mellom psykisk helsetjeneste og NAV, men ettersom begge parter opplevde at møtene førte lite med seg, valgte man å avvikle møtene. Pr i dag er det kun møter mellom NAV og psykisk helsetjeneste på brukernivå. SLT-koordinator opplever også at dette samarbeid bør styrkes, og at de blant annet har et felles ansvar for ruspolitisk handlingsplan. Det er heller ikke etablerte møter mellom NAVs rusomsorg og barnevernet.

I forhold til kommunens botilbud, kan det per i dag synes som om det er for lite samarbeid på tvers av avdelingene, og flere har uttrykt ønske om bedre samhandling. Det er også noe av grunnlaget for at det nå skal foretas en vurdering av å opprette et boligkontor i kommunen.<sup>71</sup>

Det er mange instanser som er relevante for barn og unge, men intervjupersoner stiller spørsmål ved om noen har full oversikt over de unge med problemer i kommunen. SLT-koordinatoren avholder SLT-møte den 1. mandagen i måneden. Her deltar psykisk helsetjeneste, NAV (ruskonsulent), representant for skole, politi, helsestasjon, rådgiver PPT, oppfølgingstjenesten mv. På disse møtene tar de opp saker både på systemnivå og på individnivå. Videre deltar SLT-koordinatoren i politiråd og har morgenmøter med Rus (NAV) annenhver mandagen, samt jevnlig kontakt med ansatte fra barnevern. SLT-koordinator deltar også i fagteam på skolene. Her kan individuelle saker tas opp, og det blir gitt råd og veiledning. I fagteamet er alle relevante aktører med, eksempelvis SLT-koordinator, psykisk helse, lærere, rektor, spesialpedagog, rådgivere fra PPT mv. I fagteam oppdages en del unge med problemer.

Noen samarbeidspartnere opplever det som vanskelig å samarbeide med barnevern, blant annet fordi barnevern er underlagt en meget streng taushetsplikt. Barnevern kan oppleves som lukket enhet og som en enhet som «eier klientene sine».

I tilknytning til intervjuer har det blitt uttalt at samhandlingen i kommunen er svak som følge av at det de seneste år har vært en del omstillinger på tjenesteområdet. Det har ført til en svekket samhandling, og intervjupersoner antar at det trolig ville vært bedre samhandling hvis enhetene satt mer samlet fysisk. Det har vært planer om at psykisk helsetjeneste skal inn på sykehjemmet, i fløyen over hjemmesykepleien. Samtidig er det nå blitt besluttet at ruskonsulenten skal overføres fra NAV og plasseres fysisk med kontorer på tildelingskontoret (desember 2014). En fysisk samling vil gi kortere vei og gjøre det lettere å treffes og samhandle.

På noen tjenesteområder synes det er å være god samhandling, herunder mellom psykisk helsetjeneste, frisklivssentralen og Mulighuset. Psykisk helsetjeneste kan henvise brukere dit, og ofte følger en ansatt fra psykisk helsetjeneste brukeren til frisklivssentralen/mulighuset første gang de skal dit. Likevel er det få etablerte møter på systemnivå. Samhandlingen virker velfungerende på brukernivå, men lite etablert på systemnivå.

#### 13.2.1.3 *Fleksibilitet i tjenestetilbudet*

Fleksibilitet i tjenestetilbudet er et suksesskriterium for innsatsen overfor denne brukergruppe, spesielt i forhold til rusmisbrukere.

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*». Det er blitt fremhevet at det at Eidskog er liten kommune gjør at brukere blir ivaretatt uansett hvor de velger å henvende seg. De blir ikke møtt med at «*dette er ikke mitt bord*» eller «*da må du kontakte...*». Hvis det for noen brukere passer dem bedre å ta kontakt til helsestasjonene, fordi de kjenner ansatte her, kan de få nødvendig hjelp her, selv om det formelt sett er en oppgave for psykisk helsetjeneste.

<sup>71</sup> Ifølge boligsosialhandlingsplan side 25

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

Kommunen har en *Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2009-2012* samt en *Plan for psykisk helsearbeid i Eidskog kommune 2007-2010*.

Plan for psykisk helsetjeneste og kommunens rusplan skal rulleres i 2014, ifølge kommunens økonomiplan 2015-2017. Vi er blitt opplyst om at Plan for psykisk helsetjeneste ikke blir ferdigstilt i år, da tjenesten har hatt et høyt sykefravær. Rusmiddelpolitisk handlingsplan er heller ikke revidert. Det er vedtatt en utsettelse til oktober 2015. Arbeidet med revidert plan er så vidt startet opp.

Kommunen har en handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Planen er utarbeidet på initiativ fra Glåmdal regionråd og som et samarbeide mellom kommunene i regionen.<sup>72</sup>

Folkehelseplanen er under utarbeidelse og skal være klar før jul 2014. Kommunen har utarbeidet en samfunnsdel til kommuneplanen. Den ble vedtatt juni 2014.

Forøvrig har revisjonen ikke sett noen øvrige, nyere oppdaterte lokale plandokumenter for området som omhandler tjenester til personer med psykiske helse- og rusproblemer.<sup>73</sup>

### 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 Eidskog kommune er ansvaret for utarbeidelse av IP tillagt de enkelte tjenesteytere, men det er en saksbehandler på tildelingskontoret som har et overordnet ansvar for IP og koordinatorene. Kommunen har utarbeidet egen mal for IP, som tjenesteyterne benytter. Malen tilfredsstiller kravene i forskriften.

Vi har fått opplyst at kursing og opplæring i IP er avdelingslederens ansvar. Det er fra ledernivå blitt sagt at opplæring i IP inngår som en del av opplæring av ansatte, og det tilbys kurs ved behov.

Brukere med en IP, vil som oftest selv ha originalen på papir, mens koordinator har IP'en i datasystemet. IP'en kan inneholde målsetninger for brukeren, som brukeren selv er med på å definere.

Kommunen har ikke mange brukere med IP. Dette forklares av noen intervjupersoner med at kommunen er oversiktlig, at brukerne får hjelp og mange brukere ønsker ikke IP. Samtidig har andre sagt at kommunen har mange brukere med alvorlige problemer og et stort hjelpebehov, noe som typisk kvalifiserer for en IP.

NAV har en del brukere med individuell plan (IP) men uttaler selv at disse kunne vært bedre. NAV benytter også egne tiltaksplaner, som den psykiske helsetjeneste ikke har tilgang til. Hensikten med IP, som blant annet er at alle involverte parter forholder seg til en felles plan, oppleves ikke i praksis.

<sup>72</sup> Planen er blitt vedtatt i Eidskog kommunestyre 31.03.2011 (Arkivsaksnr: 10/2936)

<sup>73</sup> Boligsosialhandlingsplan omtales i avsnitt 11.2.10.

Den psykiske helsetjeneste opplever at justering av gjeldende planer er tidkrevende. Før redigering av planen skal den gjennomgås med bruker, bruker og koordinator skal skrive under og bruker må få tid til gjennomlesning. Når en plan er revidert skal den sendes til øverste leder for underskrivning. Deretter skal brukerens koordinator kopiere og levere planen ut til alle berørte samarbeidsparter. Samtidig er kommunens mal for IP lang (8 sider) og virker lite oversiktlig og for detaljert for brukerne.

Vi har fått opplyst at det kan være krevende å få etablert en IP for ungdommer, fordi de selv ofte ikke er interessert i å lage mål etc.

### 13.2.3.1 Om individuelle planer i den psykisk helsetjeneste

Vi har foretatt en grundig kontroll av rutiner og etterlevelse av lovkravene i forhold til tilbud og utarbeidelse av IP'er ved psykisk helsetjeneste.

Psykisk helsetjeneste skal sørge for at alle aktuelle pasienter får informasjon om at de har rett på individuell plan og hva det innebærer mv. En del brukere på psykisk helsetjeneste har tjenester fra flere enheter og langvarige behov. Dersom de kun har tjeneste fra fastlege eller NAV i tillegg til psykisk helsetjeneste, utarbeides det normalt ikke en IP.

Vi har fått opplyst at 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 for brukeren.

### 13.2.3.2 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 dokumentert og om innholdet i de individuelle planer følger krav i forskrift. Psykisk helsetjeneste har hatt til sammen 151 aktive brukere frem til november i år. Vi har sett på 12,5% av de aktive brukere i perioden.<sup>74</sup>

Gjennomført kontroll kan oppsummeres slik:

| 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 |
| -          | Mnd/år             | Stk.                 |          |     |                       |     |    |     |                                |     |             |     |
| 1          | 11.2004            | 3                    | X        |     | X                     |     | X  |     | X                              |     | X           |     |
| 2          | 2010–2012<br>+2014 | 3                    | X        |     |                       | X   | X  |     | X                              |     | X           |     |
| 3          | 03.2011            | 1                    |          | X   |                       | X   | X  |     | X                              |     | X           |     |
| 4          | 05.2006            | 2                    | X        |     |                       | X   | X  |     | X                              |     | X           |     |
| 5          | 08.2014            | 1                    |          | X   |                       | X   | X  |     | X                              |     | X           |     |
| 6          | 10.2011            | 1                    |          | X   |                       | X   | X  |     | X                              |     | X           |     |
| 7          | 08.2009            | 2                    | X        |     |                       | X   | X  |     | X                              |     | X           |     |
| 8          | 10.2011            | 2                    | X        |     |                       | X   | X  |     | X                              |     | X           |     |

<sup>74</sup> Perioden 1.1.2014 – 13.11.2014

2014

|    |         |   |   |   |   |   |   |
|----|---------|---|---|---|---|---|---|
| 9  | 08.2013 | 1 | X | X | X | X | X |
| 10 | 05.2014 | 1 | X | X | X | X | X |
| 11 | 10.2014 | 1 | X | X | X | X | X |
| 12 | 01.2008 | 2 | X | X | X | X | X |
| 13 | 08.2013 | 2 | X | X | X | X | X |
| 14 | 03.2012 | 5 | X | X | X | X | X |
| 15 | 10.2014 | 2 | X | X | X | X | X |

Tabell 1. Utvalg av aktive brukere 1.1.2014 – 13.11.2014 – Kontroll av IP.

Vi valgte ut tilsammen 15 brukere tilfeldig. Kontrollen viste at det er et fåtall brukere på psykisk helsetjeneste som har IP. Det er samtidig blitt sagt og vises også i kontrollen at tjenesten har mange brukere med langvarige og koordinerte tjenester. Vi fant en bruker som hadde IP, og ytterligere 7 brukere som burde fått tilbud om IP. Det vites ikke om de aktuelle brukere ikke har IP, fordi de ikke selv ønsker det eller fordi de ikke har fått tilbudet (markert med ring i Tabell 1). Kommunen skal dokumentere at tilbud om IP er gitt. Det er ikke dokumentert at aktuelle brukere har fått tilbud om IP.

Psykisk helsetjeneste finner det krevende å dokumentere at tilbud om IP er gitt, og ønsker at dette kunne registreres i Profil. I løpet av kontrollen var vi inne på et bilde i Profil som omhandlet IP. Her var det mulig å legge inn følgende valg under IP: Ja, nei, ønsker ikke IP og ikke aktuelt. Dette bildet er slik vi oppfattet det ikke i bruk.

Det er videre ikke dokumentert at brukere har fått tilbud om koordinator. Vi har fått opplyst at brukerens primærkontakt ved psykisk helsetjeneste fungerer som koordinator, og legger til grunn at brukere har koordinator.

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 fire konkrete brukere som har IP. Innholdet i de fem IP'ene 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 |   | Samarbeidsparter |   |
|------------|-------------------------|---|---------------------------|---|-------------|---|---------------------------|---|-----------------|---|-------------------------|----|------------------------|---|----------|---|------------------|---|
|            | J                       | N | J                         | N | J           | N | J                         | N | J               | N | J                       | Ni | J                      | N | J        | N | J                | N |
| 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                |   |
| 4          | X                       |   | X                         |   | X           |   | X                         |   | X               |   | X                       |    | X                      |   | X        |   | X                |   |
| 5          | X                       |   | X                         |   | X           |   | X                         |   | X               |   | X                       |    | X                      |   | X        |   | X                |   |

Tabell 2. Brukere med IP – og kontroll av individuelle planers 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.<sup>75</sup>

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.<sup>76</sup>

De ansatte ved psykisk helsetjeneste fungerer i praksis som koordinatorene for sine brukere, selv om dette ikke er dokumentert formelt sett. Det kan være krevende å påta seg koordinatorrollen, og det er blitt sagt at det praktisk talt ikke er noen ansatte som ønsker å være koordinator. Den psykiske helsetjeneste har derfor valgt at den som er kontaktperson, automatisk også blir brukerens koordinator. Forøvrig har alle brukere en fast kontaktperson.

Overfor unge vil det ofte være mange personer og instanser involvert. Intervjupersoner har gitt uttrykk for det ofte nettopp overfor unge kan mangle en fast kontaktperson/koordinator.

Tildelingskontoret er koordinerende enhet og har formelt sett ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene. Vi har snakket med ansatte i øvrige tjenesteenheter, som er koordinator, men som ikke har mottatt opplæring i koordinatorrollen. Vårt inntrykk er at de ansatte generelt ikke har fått opplæring eller tilbud om opplæring i koordinatorrollen fra koordinerende enhet (tildelingskontoret). Det oppleves imidlertid som om at det er mulighet for å stille spørsmål til tildelingskontoret ved behov.

## 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 det oppleves at NAV ofte ikke viser forståelse for brukers problematikk, og at saker forløper lettere hvis bruker får hjelp og støtte fra øvrige ansatte i kommunen.

Kommunen har noen få avtaler som formaliserer samarbeidet mellom tjenesteyterne, f.eks. i form av samarbeidsavtale mellom hjemmesykepleien og psykisk helsetjeneste og i en samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket. DPS uttaler at de har et godt samarbeid med kommunen.

Internt i kommunen er det enkelte møtearenaer på tvers av tjenesteyterne til brukergruppen. Samhandlingen 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. Det ventes at samhandlingen på rusfeltet blir styrket, som et positivt resultat av at rusomsorgen blir overflyttet fra NAV til tildelerenheten.

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

<sup>75</sup> Helsedirektoratet: Individuell plan og koordinator.

<sup>76</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21.

blir lavere. Brukere med psykiske helseproblemer og rusmiddelmissbrukere 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.

Det stilles krav til samarbeid og inkludering av de frivillige organisasjoner, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10. Revisor har funnet at kommunen ikke har etablert samarbeid med noen brukerorganisasjoner. Revisor vurderer at kommunen ikke tilfredsstiller kravene i loven. Det noteres samtidig at Mental Helse ikke har vært aktiv i kommunen i det siste, men vi vet at det også er andre organisasjoner som har henvendt seg.<sup>77</sup>

Kommunens planarbeid er ikke oppdatert, og dokumenter som ifølge økonomiplan mv. skulle være utarbeidet/oppdatert i 2014, er ikke ferdigstilt (Utredning om felles boligkontor, Kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene<sup>78</sup> og Plan for psykisk helsetjeneste). Oppdatering av Rusmiddelpolitisk handlingsplan er utsatt til oktober 2015. 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.

I Eidskog kommune er det overordnet ansvaret for utarbeidelse av IP tillagt tildelingskontoret. I praksis er det de enkelte virksomheter som gir tilbud og utarbeider planene. Våre funn fra kontroll ved den psykisk helsetjeneste viser at det er mangler i forhold til individuell plan, spesielt synes det å være et lite strukturert system for å dokumentere at brukere 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 det. Vår kontroll gjør også at vi stiller spørsmål ved om alle brukere som ønsker IP, faktisk har dette. Det skal samtidig 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 helsetjeneste har fast kontaktperson. Vår kontroll viser at brukere som har IP, også får oppnevnt koordinator i praksis, idet at kontaktperson 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. Det kan imidlertid være et forbedringspotensial i forhold til å oppnevne og anvende koordinator overfor unge, som ofte er i kontakt med mange ulike tjenesteytere.

Tildelingskontoret 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 tildelingskontoret ikke har faste rutiner og praksis for opplæring og veiledning i koordinatorrollen. Revisor vurderer at dette utgjør et avvik fra krav i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

<sup>77</sup> Dette funn er beskrevet under problemstilling 2 i avsnitt 12.2.1.3.

<sup>78</sup> Dette er funn som er beskrevet under problemstilling 1.

Samlet sett konkluderer revisor med at Eidskog kommune i liten 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. Kommunen har ikke etablert samarbeide med brukerorganisasjoner. Videre bygger den psykiske helse- og rusomsorg på et utdatert planverk.

## 14 Konklusjon

På bakgrunn av funn kan revisor konkludere følgende:

**Problemstilling 1** har undersøkt om Eidskog kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Revisor mener Eidskog kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som i overveiende grad er i tråd med lovverk og statlige føringer. Revisor vurderer at Eidskog kommune har et godt tilbud på den psykiske helsetjeneste, og lavterskeltilbudene som Mulighuset, Frisklivssentral og Hjelper'n oppleves som velfungerende. Revisor finner videre at det er følgende avvik og forbedringspunkter:

1. Eidskog kommune har ikke selv et aktivt oppsøkende behandlingsteam på gateplan. Kommunen deltar i prosjektet ROS, men dette er lite benyttet i kommunen. Revisor stiller spørsmål ved om dette dekker kravet om å ha et aktivt, oppsøkende team på gateplan.
2. Kommunens rusomsorg inkluderer ikke lavterskeltilbud med aktivitet og kommunen har ikke en møteplass/varmestue for rusmiddelbrukere.
3. Kommunens rusomsorg synes å ha blitt nedprioritert på NAV til fordel for andre av NAVs oppgaver. Dette har også ført til dårlig samhandling mellom NAV og øvrige tjenesteenheter innen rusomsorgen.
4. Det mangler vedtak for noen brukere av NAVs miljøarbeidertjenester.
5. Kommunens ettervern synes ikke å være veletablert, blant annet som følge av mangelen på boliger med heldøgnsomsorg/bemanningsressurser blant de ansatte til å følge denne brukergruppe tett etter utskrivning fra institusjon/fengsel.
6. Kommunen 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. bofellesskap og hybler og at kommunen kan mangle egnede oppfølgingstiltak og arbeids- og aktivitetstilbud som er tilpasset unge.
7. Kommunen mangler boliger med heldøgnsomsorg/bemanningsressurser som er tilpasset personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelbruk.
8. Kommunen har ingen boliger som er øremerket/spesielt egnet for rusmiddelbrukere.
9. Eidskog kommune har til nå ikke hatt akuttboliger. Det er et avvik fra § 15 og § 27 i Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. NAV har etablert to akuttboliger pr desember 2014.
10. Det kan være vanskelig å finne informasjon om deler av tjenestetilbudet på kommunens hjemmeside.
11. Kommunen skal forebygge voldsepisoder og ivareta de ansattes sikkerhet. Etter revisors vurdering har ikke kommunen ivaretatt sitt ansvar på dette området. Revisor henviser til manglende rømningsvei ved psykisk helsetjeneste, voldsepisoder mot ansatte i NAV, alenearbeid hos risikogruppe uten ambulante alarmer og mangelfulle tiltak i forhold til svakheter i innredningen på NAV-kontoret. 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, og om dette er vurdert ved tilrettelegging av arbeidsoppgavene.

Kommunen er i en omstillingsprosess, hvor blant annet rusomsorgen blir overflyttet fra NAV til tildelerenheten. Revisor merker seg dette, men må samtidig forholde seg til det her-og-nå bildet, som våre data viser. Det skal imidlertid at de nevnte avvik i punkt 3, 4 og 9 ventes løst ved endringer/tiltak som er foretatt desember 2014.

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

Konklusjonen er at Eidskog kommune ivaretar hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen. På systemnivå foretas det brukerundersøkelser og det finnes brukerråd i relevante tjenesteenheter, men revisor har notert seg følgende:

1. 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 og hyppigheten av brukerundersøkelsene til den aktuelle gruppe.
2. På individnivå skjer brukermedvirkning løpende, men den psykiske helsetjeneste har ikke fast rutine for å evaluere tjenestetilbudet sammen med brukere. Brukermedvirkning er forøvrig dokumentert og anvendt i arbeidet med individuelle planer.

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

Samlet sett konkluderer revisor med at Eidskog kommune i liten 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. Kommunen har ikke etablert samarbeide med brukerorganisasjoner. Videre bygger den psykiske helse- og rusomsorg på et utdatert planverk.

## 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 avvik og svakheter som er funnet.

1. Kommunen bør foreta en vurdering av om ROS-prosjektet dekker kommunens samlede behov for oppsøkende team.
2. Kommunen bør styrke arbeids- og aktivitetstilbudet, slik at det også er et egnet lavterskeltilbud for de svakeste i målgruppen.
3. Kommunen bør styrke tilbudet til rusmiddelbrukere, slik at det er tilstrekkelig etablert ettervern og egnede boliger for brukergruppen. Samtidig kan det vurderes om det er grunnlag og behov for å etablere en møteplass for denne brukergruppe.
4. Kommunen bør sikre at det er vedtak på miljøarbeidertjenester for samtlige brukere.
5. Kommunen bør kartlegge om tilbudet til unge med hjelpebehov er tilstrekkelig og om det imøtekommer denne målgruppes behov. Det tenkes her på om det er egnede oppfølgingstiltak, arbeids- og aktivitetstilbud og om botilbudet er tilpasset unges behov.
6. Boliger med heldøgnsomsorg for personer med psykisk helseproblemer og/eller rusmiddelbruk bør være en del av kommunens tjenestetilbud. Tjenestetilbudet kan sikres ved kjøp fra eksterne leverandører. Det bør sikres at løsningen ikke blir å plassere denne brukergruppen i bomiljøer som er etablert og tilpasset for andre målgrupper.

7. Det bør skje forbedringer på kommunens hjemmeside slik at den er oppdatert med informasjon og dokumenter som angår kommunens psykiske helse- og rusomsorg, herunder om tildelingskontoret.
8. Kommunen bør foreta en vurdering av om gjeldende praksis på dette tjenesteområde, ivaretar de ansattes sikkerhet. Kommunen anbefales å foreta risikovurdering av de ansattes sikkerhet på alle tjenesteytende enheter med tjenester til brukere med psykiske helse- og rusmiddelproblemer.
9. 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 i Eidskog. Kommunen bør samtidig ta stilling til om brukerundersøkelser hvert fjerde år er tilstrekkelig for å ivareta kravet om jevnlig og regelmessige tilbakemeldinger fra brukerne.
10. Den psykiske helsetjeneste kan vurdere å innføre brukerevalueringer av tjenestetilbudet for å sikre fortløpende brukerinvolvering.
11. Kommunen bør styrke samhandlingen på systemnivå mellom de virksomheter som yter tjenester til brukere med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.
12. Kommunen bør ta initiativ til å forbedre samarbeidet med lokale brukerorganisasjoner.
13. Kommunen bør etablerere et mer strukturert system for å dokumentere at brukere har fått tilbud om individuell plan.
14. Det bør sikres at kommunens koordinerende enhet for helse- og rehabilitering ivaretar sitt ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene.
15. 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)*
- Eidskog kommune (2014): *Budsjett 2014. Økonomiplan 2015-2017*. Vedtatt av kommunestyret den 5.12.2013.
- Eidskog kommune (2014-2020): *Boligsosial handlingsplan*.
- Eidskog kommune (2013): *Saksutredning til kommunestyret. Boligsosial handlingsplan – mandat*. Arkivsaksnr 13/2112
- Eidskog kommune (2013): *Saksutredning til kommunestyret. Boligsosial handlingsplan Eidskog kommune 2014-2020*. Arkivsaksnr 13/3471
- Eidskog kommune (2014): *Saksutredning til kommunestyret. Arbeidstrening og mestring for sosialhjelpsmottakere – innføring av arbeid for sosialhjelp i Eidskog kommune*. Arkivsaksnr 14/158.
- Eidskog kommune (2013-2015): *Planstrategi for Eidskog kommune 2013-2015*.
- Eidskog kommune (2007-2010): *Plan for psykisk helsearbeid i Eidskog kommune 2007-2010*
- Eidskog kommune (2012): *Organisasjonskart for Helse og omsorg. 1.10.2012*.
- Eidskog kommune (2011): *Saksutredning til kommunestyret vedrørende handlingsplan mot vold i nære relasjoner*. Arkivsaksnr 10/2936.
- Eidskog kommune (2010): *Psykisk helsetjeneste (Formålsbeskrivelse)*. Gjeldende fra 1.10.2010.
- Eidskog kommune (2009-2012): *Eidskog kommunes rusmiddelpolitiske handlingsplan 2009-2012*.
- Eidskog kommune (2013): Årsberetning.
- Eidskog kommune (2011): Årsberetning.
- Glåmdal regionråd (2011): *Handlingsplan mot vold i nære relasjoner i Glåmdalsregionen*.
- Glåmdal Revisjon IKS (2013): *Rapport fra gjennomført forvaltningsrevisjon. Undersøkelse knyttet til NAV Eidskog*.
- 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 kommunal helse- og omsorgsinstitusjon*. Ikrafttredelse 01.01.2012, endret 01.04.2014.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Ikrafttredelse 01.01.2012.
- Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon*. Ikrafttredelse 01.01.2012.
- Fylkesmannen i Hedmark: *Rapport fra tilsyn med sosiale tjenester i NAV. Ved Eidskog kommune / NAV Eidskog 2011*.  
<https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Hedmark/2011/Eidskog-kommune-sosiale-tjenester-Nav-2011/>
- 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](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 behandlingsmåten 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 Opptrappingsplan 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.

Dokumenter som revisjonen har fått utlevert fra revidert enhet

| Dokumenter fra kontaktperson (saksbehandler tildelingskontoret og konstituert leder psykisk helsetjeneste)                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Artikkel om Hjelper'n i Eidskog                                                                                               |
| Artikkel om frisklivssentralen i Eidskog                                                                                      |
| Oversikt over bemanning/årsverk i Psykisk helsetjeneste pr august 2014                                                        |
| Årsrapport Psykisk helsetjeneste 2013                                                                                         |
| Prosedyre for brukerundersøkelse, Psykisk helsetjeneste                                                                       |
| Resultater fra forrige brukerundersøkelse ved Psykisk helsetjeneste 2011                                                      |
| Formålserklæring med den psykiske helsetjeneste                                                                               |
| Organisasjonskart (overordnet og for Helse- og omsorg)                                                                        |
| Plan for psykisk helsearbeid i Eidskog kommune 2007-2010                                                                      |
| Prosedyre «Dersom noen ringer å truer med suicid», Psykisk helsetjeneste                                                      |
| Rutine for utkallelse av Psykisk helsetjeneste ved f.eks. kriser, ulykker osv.                                                |
| Brosjyre for den Psykiske helsetjeneste                                                                                       |
| Samarbeidsrutine for hjemmesykepleien og psykisk helsetjeneste                                                                |
| Samtykkeerklæring (Enhet for helse og omsorg), Eidskog kommune                                                                |
| Dokumentasjon av samarbeidsprosjekt med spesialisthelsetjeneste vedrørende ernæringsfysiolog                                  |
| Samarbeidsavtale mellom BUP Kongsvinger, DPS Kongsvinger og kommunen Åsnes, Grue, Kongsvinger, Eidskog, Sør-Odal og Nord-Odal |
| Rutine ved trussel i arbeid, Psykisk helsetjeneste                                                                            |
| Oversikt over henvisninger til akutteam ved DPS Kongsvinger                                                                   |
| Henvendelse til Eidskog kommune fra Future – Fra dag En!                                                                      |
| Budsjett 2014 og økonomiplan 2015-2017 for Eidskog kommune.                                                                   |
| Handlingsplan mot vold i nære relasjoner i Glåmdalsregionen                                                                   |
| Boligsosial handlingsplan for Eidskog kommune 2003-2008                                                                       |
| Rutiner ved tvangsinnleggelse, Psykisk helsetjeneste                                                                          |
| Dokument om husbankens forutsetninger for tilskudd                                                                            |
| Oversikt over boliger i kommunen                                                                                              |
| Vedtekter for Eidskog boligstiftelse                                                                                          |
| Prosjektplan: Frisklivssentralen.                                                                                             |
| Beskrivelse av psykologisk lavterskeltilbud i et livsløpsperspektiv                                                           |
| Søknad til helsedirektoratet vedrørende psykologer i kommunehelsetjenesten (psykologisk lavterskeltilbud)                     |
| Dokumenter fra Frisklivssentralen                                                                                             |
| Brosjyre for Frisklivssentralen                                                                                               |
| Dokumenter fra kontroll av individuelle planer ved psykisk helsetjeneste                                                      |
| Uttalelse vedrørende individuelle planer fra ansatt ved den psykiske helsetjeneste                                            |
| Dokumenter fra Mulighuset                                                                                                     |
| Brosjyre for Mulighuset                                                                                                       |

| Dokumenter fra boligtildele ved Tildelerkontoret                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Boligsosial handlingsplan for Eidskog kommune 2003-2008                                                          |
| Oversikt over kommunale boliger i kommunen                                                                       |
| Foreløpig ny boligsosial handlingsplan                                                                           |
| PowerPoint-presentasjon av ny boligsosial handlingsplan v. daglig av Eidskog Næringssservice <b>Mangler noe?</b> |
| Søknadsskjema om pleie- og omsorgstjenester                                                                      |
| Skjema for kartlegging av bruker og samtykkeerklæring (IPLOS)                                                    |
| Skjema som viser saksbehandling ved Tildelerkontoret.                                                            |

## **17 Rådmannens høringsuttalelse**

Rapporten ble sendt på høring til rådmannen 12. desember 2014.

Rådmannen har i telefon til revisjonen 12.1.2015 bekreftet at det ikke er funnet feil i rapportens fakta. Videre har rådmannen gitt uttrykk for at han ikke har kommentarer til rapporten.

## 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 forhåndssatte 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 Eidskog 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.<sup>79</sup> 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.<sup>80</sup>

#### 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

<sup>79</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3, tredje ledd, jf. § 3-1 andre ledd.

<sup>80</sup> 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 smittevernhjelp, 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 pårørende<sup>81</sup> 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.<sup>82</sup>

<sup>81</sup> 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.

<sup>82</sup> 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 boligmarkedet<sup>83</sup>. Ved akutt behov har NAV-kontoret plikt til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv<sup>84</sup>. Opphold i midlertidig bolig skal ikke strekke seg over lang tid, og bør kun benyttes inntil det er mulig å finne en mer permanent løsning<sup>85</sup>. Husbanken<sup>86</sup> 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

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

#### 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 arbeidslivet<sup>87</sup>. 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 sosialhjelp<sup>88</sup> 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,

<sup>83</sup> Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i NAV (lov om sosiale tjenester i NAV) § 15 og helse- og omsorgstjenesteloven 3-7

<sup>84</sup> Rundskriv til lov om sosiale tjenester, R35-00-F12, lov om sosiale tjenester i NAV § 27

<sup>85</sup> Rundskriv U-5/2003 Veiledning for kvalitetskrav til midlertidig husvære etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 27

<sup>86</sup> Lov 29. mai.2009 nr. 30 om husbanken (husbankloven)

<sup>87</sup> Lov om sosiale tjenester i NAV kapittel 4, herunder §§ 29 flg.

<sup>88</sup> Lov om sosiale tjenester i Nav §§ 18 flg.

uansett årsaken til hjelpebehovet<sup>89</sup>. Retten gjelder inntil andre økonomiske muligheter kan gjøres gjeldende.

Økonomisk rådgivning inngår i NAV-kontorets råd- og veiledningsplikt<sup>90</sup>. 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.

<sup>89</sup> Lov om sosiale tjenester i NAV § 18

<sup>90</sup> 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.<sup>91</sup> 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.

<sup>91</sup> 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.<sup>92</sup>

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.<sup>93</sup>

<sup>92</sup> Kilde: *Sammen om mestring*. Helsedirektoratet. Side 33f og 60f.

<sup>93</sup> 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 tjenester<sup>94</sup>, skal tilbys en koordinator, uavhengig av om brukeren ønsker en individuell plan eller ikke.<sup>95</sup>

#### 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.

<sup>94</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2

<sup>95</sup> 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 Eidskog 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.<sup>96</sup>

#### 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).<sup>97</sup>

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 andre ledd, pålegger også en tilsvarende plikt til å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter<sup>98</sup>. 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 informasjon<sup>99</sup>. 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

<sup>96</sup> <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/Sider/default.aspx>

<sup>97</sup> <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>

<sup>98</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 andre ledd

<sup>99</sup> 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 prosessen<sup>100</sup>.

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 brukermedvirkning<sup>101</sup>. Tjenesteutøveren har samtidig et selvstendig ansvar<sup>102</sup> for at brukeren gis et likeverdig, frivillig<sup>103</sup> og forsvarlig tilbud med anledning til å medvirke<sup>104</sup>.

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 medvirkning<sup>105</sup>. 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.<sup>106</sup>

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 mål<sup>107</sup>. Planen utløser ingen rettskrav på bestemte tjenester, og gir ikke

<sup>100</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd & Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd annet punktum

<sup>101</sup> Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven)

<sup>102</sup> § 16 helsepersonelloven § 4

<sup>103</sup> Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 4-1

<sup>104</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

<sup>105</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd

<sup>106</sup> Kilde: Sammen om mestring, Helsedirektoratet. Side 16.

<sup>107</sup> 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 omsorgstjenester<sup>108</sup>. 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 plan<sup>109</sup> 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 funksjonsevne<sup>110</sup>. Helseforetakene er pålagt å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter<sup>111</sup>. 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.<sup>112</sup>

<sup>108</sup> Forskrift av 16.12.2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 16

<sup>109</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5

<sup>110</sup> Lov av 17.6. 2005 nr. 58 om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med Nedsett funksjonsevne m.m, se § 2, jf. § 1

<sup>111</sup> Lov av 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m (helseforetaksloven) § 35

<sup>112</sup> Kilde: Plan for brukarmedvirkning – 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 Eidskog 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 lokalt baserte tjenester og tilbud innen både offentlig og frivillig sektor. Utviklingen har vært positiv med tanke på å møte målgruppes 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.<sup>113</sup> Plikten forutsetter at tjenestene samhandler om tilbudet til den enkelte bruker. Nødvendig samhandling må skje mellom tjenestene innen kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten<sup>114</sup>. 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

<sup>113</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, helsepersonelloven §§ 4 og 16

<sup>114</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e, lov om sosiale tjenester i NAV § 13

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 avrusning, kartlegging, behandling og oppfølging<sup>115</sup>. 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

<sup>115</sup> Helsepersonelloven vil gjelde, jf. § 2

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 pårørendeorganisasjonene<sup>116</sup>.

Kommunen skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket, eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer<sup>117</sup>. 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 samarbeidsavtale<sup>118</sup>.

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 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 tjenesteutviklingen<sup>119</sup>, og ikke utvikle tjenester uavhengig av hverandre. Tjenestetilbudet må organiseres slik at en unngår tjenestetomme

<sup>116</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e

<sup>117</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6

<sup>118</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-4

<sup>119</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6

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

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 premisse 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, koordinatore 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 plan<sup>120</sup>.

Koordinator skal sørge for fremdrift i den individuelle planen, men virksomhetsledelsen skal sørge for at koordinatoren har gode rammebetingelser for å kunne ivareta rollen<sup>121</sup>.

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 rehabiliteringsvirksomhet<sup>122</sup>. Enheten har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for 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.

<sup>120</sup> Forskrift av 16.12.2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21

<sup>121</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Prop 91 L (2010-2011).

<sup>122</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3

- 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.

## 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]

### EIDSKOG

Enklere å få tak i folk. Man treffer en person, ikke bare "systemer"/ telefonsvarere osv. Man kan formidle alt til én person, og den "tar tak" og jobber videre med saken. Får opplevelse av at man der tenker helhetlig, interessert i samarbeid. Gode holdninger og god organisering.

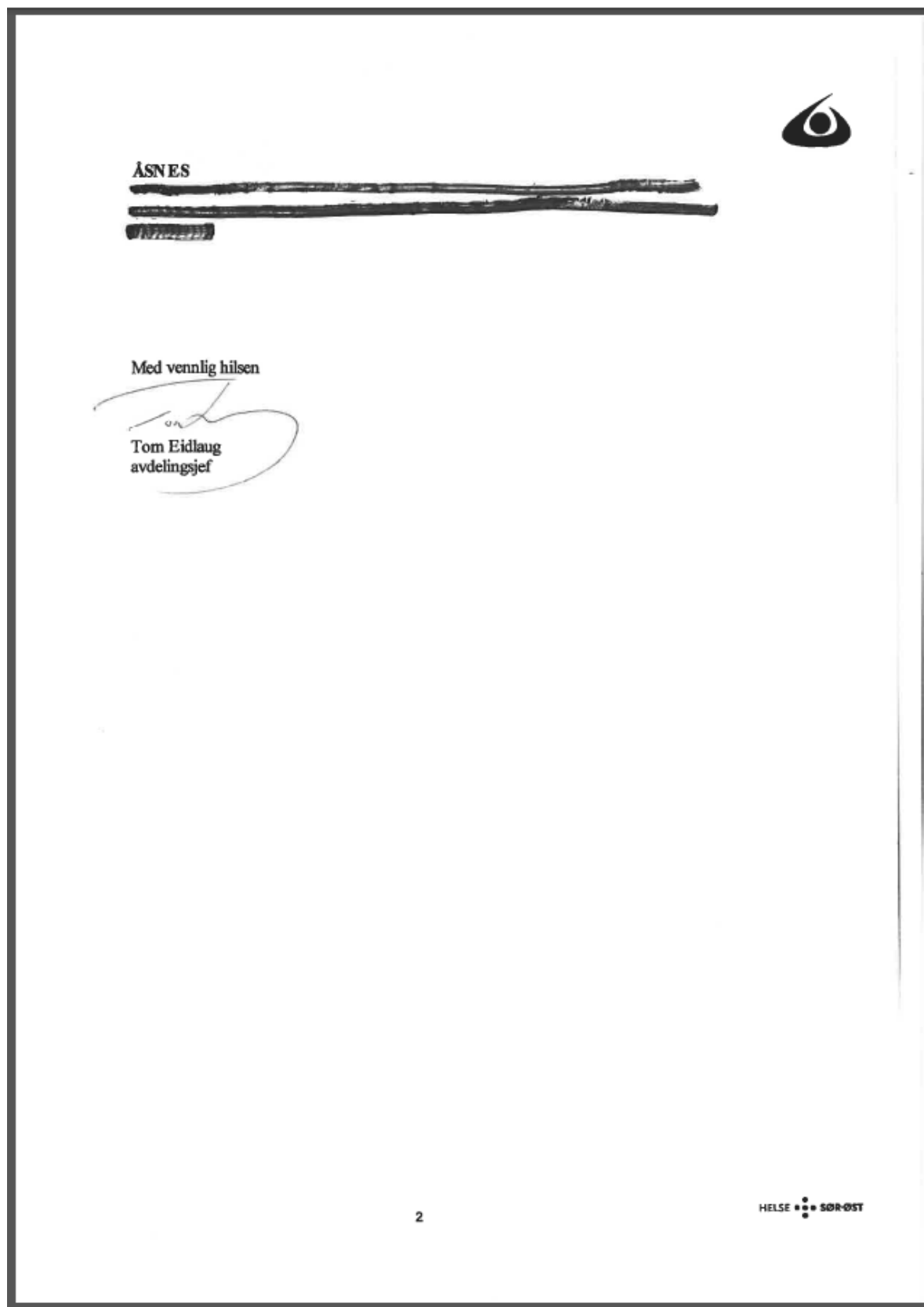
BESØKSADRESSE  
Parkveien 35  
2212 Kongsvinger

POSTADRESSE  
Postboks 104  
2381 Brumunddal

Tlf: 06200  
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no

Org.nr. 983 971 700

HELSE SØR-ØST



## 20 Vedlegg C: Kommentarer vedrørende revisjonskriterier

### KOMMENTARER VEDRØRENDE REVISJONSKRITERIER, VED MONICA ÅSBERG OG SIDSEL TROVÅG

Slik vi leser dette dokumentet er revisjonskriteriene som framlegges fra Hedmark Revisjon IKS og som Eidskog kommune måles opp mot relevante, ift prosjektet «Psykisk helse- og rusomsorg i Eidskog kommune».

Vi har blitt gitt anledning til å kommentere kriteriene som er utledet. Vi har lest igjennom kriteriene, og vi gjenkjenner disse i spørsmålene som ble stilt oss i intervjuet den 05.08.14. I referatet fra dette intervjuet som vi etterpå fikk tilsendt og anledning til å kommentere er det kommet noen tilføyelser fra oss, som også går direkte på kriteriene.

Utfra dette blir altså vår konklusjon at revisjonskriteriene er relevante, sett fra vår vinkel som midlertidig enhetsleder og tjenesteutøver i Psykisk helsetjeneste i Eidskog.

Med vennlig hilsen,

Monica Åsberg (midlertidig leder) og Sidsel Trovåg (psyk. spl).