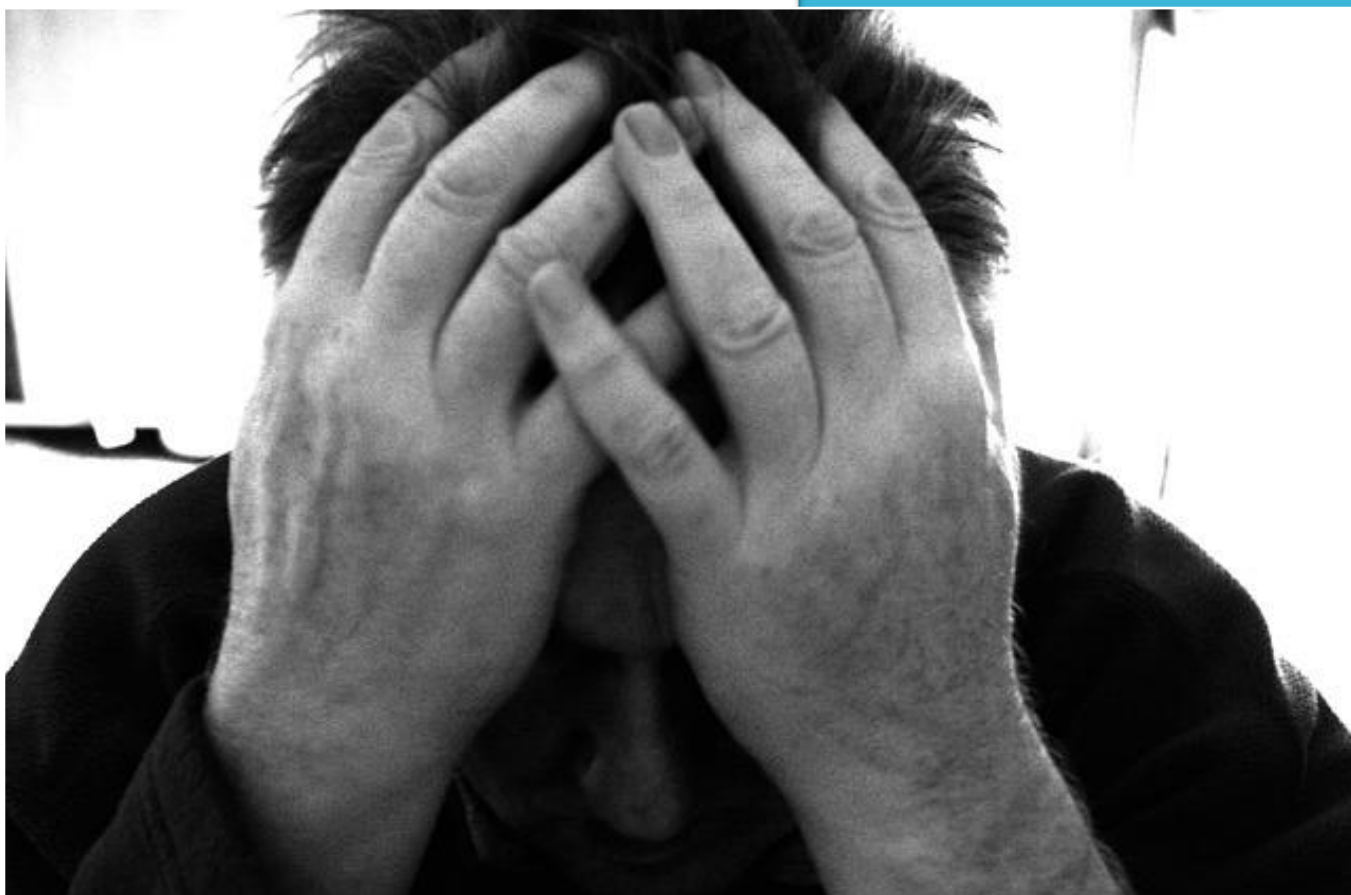


Forvaltningsrevisjon 2014

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

Psykisk helse- og rusomsorg i Kongsvinger kommune



1 Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet: *Psykisk helse- og rusomsorg i Kongsvinger kommune*. Rapportutkastet har vært sendt på høring til rådmannen i kommunen. Rådmannens høringsuttalelse fremkommer av kapittel 18 i rapporten. Rapporten, som utgjør prosjektets sluttprodukt, avleveres herved til revisjonens oppdragsgiver, kontrollutvalget i Kongsvinger 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 juni-september 2014.

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

Løten, den 13. oktober 2014

Laila Irene Stenseth



Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Inger Stensgaard Sørensen



Utvøvende forvaltningsrevisor

Innhold

1	FORORD	2
2	SAMMENDRAG	5
3	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	9
4	FORMÅL	10
5	PROBLEMSTILLINGER	10
6	OPPBYGGING AV RAPPORTEN	10
7	DET KOMMUNALE ANSVAR	11
8	AKTUALITET	12
9	METODE	16
9.1	KVALITATIVE INTERVJUER	16
9.2	DOKUMENTANALYSE	17
9.3	ANALYSE AV VEDTAK / INDIVIDUELLE PLANER	17
10	AVGRENSNINGER	17
11	PROBLEMSTILLING 1	19
11.1	REVISJONSKRITERIER	19
11.2	FUNN	21
11.2.1	GENERELT OM PSYKISK HELSE- OG RUSOMSORG I KONGSVINGER KOMMUNE	21
11.2.2	TEMA: FORVALTNINGSTEAMET OG TILDELING AV TJENESTER	24
11.2.3	TEMA: MILDE/KORTVARIGE FORLØP	28
11.2.4	TEMA: INNSATSTEAM	28
11.2.5	TEMA: FRISKLIVSSENTRALEN OG FYSISK AKTIVITET	28
11.2.6	TEMA: TOMMELSTADSGATE AKTIVITETS- OG MESTRINGSSENTER	28
11.2.7	TEMA: LINKEN OG JOBBEN	30
11.2.8	TEMA: OPPSØKENDE TEAM – RUSFELTET	31
11.2.9	TEMA: AVRUSNING OG ETTERVERN	31
11.2.10	TEMA: NAV	32
11.2.11	TEMA: ESKOLEIA AS	33
11.2.12	TEMA: PERSONLIG ØKONOMI OG GJELDSRÅDGIVNING	33
11.2.13	TEMA: BOLIG	33
11.2.14	TEMA: FASTLEGENE OG KOMMUNEOVERLEGE	41
11.2.15	TEMA: INTERKOMMUNALE SAMARBEIDER, PROSJEKTER OG SPESIALISTHELSETJENESTE	41
11.2.16	TEMA: ØVRIGE TILBUD	43
11.2.17	TEMA: PÅRØRENDE	44
11.2.18	TEMA: KOMPETANSE	44
11.2.19	TEMA: LETT TILGJENGELIGE TJENESTER	47
11.2.20	TEMA: ANSATTES SIKKERHET	50

11.3	REVISORS VURDERING: PROBLEMSTILLING 1	50
11.3.1	TJENESTETILBUDET / BREDDEN I TJENESTETILBUDET	51
11.3.2	TILBUD TIL PÅRØRENDE	53
11.3.3	KOMPETANSE	54
11.3.4	TILGJENGELIGHET	54
11.3.5	ORGANISERING AV FORVALTNINGSTEAMET	55
11.3.6	DE ANSATTES SIKKERHET	56
11.3.7	SAMLET VURDERING OG KONKLUSJON PROBLEMSTILLING 1	56
12	PROBLEMSTILLING 2	57
12.1	REVISJONSKRITERIER – PROBLEMSTILLING 2	58
12.2	FUNN	58
12.2.1	TEMA: BRUKERMEDVIRKNING PÅ SYSTEMNIVÅ	58
12.2.2	TEMA: BRUKERMEDVIRKNING PÅ INDIVIDNIVÅ	60
12.3	REVISORS VURDERING: PROBLEMSTILLING 2	61
13	PROBLEMSTILLING 3	63
13.1	REVISJONSKRITERIER	64
13.2	FUNN	65
13.2.1	TEMA: HELHETLIGE, FLEKSIBLE TILBUD OG KOORDINERING/SAMHANDLING	65
13.2.2	TEMA: PLANDOKUMENTER SOM SIKRER HELHETLIGE OG KOORDINERTE TJENESTER	67
13.2.3	TEMA: INDIVIDUELL PLAN	68
13.2.4	TEMA: KOORDINATOR OG FAST KONTAKTPERSON	71
13.3	REVISORS VURDERING: PROBLEMSTILLING 3	71
14	KOMMENTAR TIL DET FOREBYGGENDE ARBEID	74
15	KONKLUSJON	75
16	ANBEFALINGER	77
17	REFERANSELISTE	78
17.1	DOKUMENTER SOM REVISJONEN HAR FÅTT UTOLEVERT FRA REVIDERT ENHET	79
18	RÅDMANNENS HØRINGSUTTALELSE	82
19	VEDLEGG A: REVISJONSKRITERIER	83
20	VEDLEGG B: UTTALELSE FRA DPS KONGSVINGER	104

2 Sammendrag

I henhold til plan for forvaltningsrevisjon for Kongsvinger 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 Kongsvinger kommune har et tjenestetilbud som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Det er også blitt undersøkt og vurdert om hensynet til brukarmedvirkning 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 juni-september 2014, og har innebefattet 7 intervjuer, herav 4 gruppeintervjuer. Intervjupersonene inkluderer teamledere fra psykisk helse- og rusomsorg, brukerrepresentanter fra dagsenter, leder av Linken og Jobben, representanter for NAV, forvaltningsenheten og kommuneoverlege. I tillegg har vi fått informasjon via e-postkorrespondanse og dokumentanalyse.

Vi har videre kontaktet og mottatt skriftlig uttalelse fra Mental Helse Kongsvinger og DPS, liksom vi også har gjennomført en kontroll av brukarmedvirkning, dokumentasjon og samhandling på individnivå i en stikkprøvekontroll av pasientjournaler.

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

På bakgrunn av funn har revisor vurdert og konkludert følgende:

Problemstilling 1 har undersøkt om Kongsvinger kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Revisor har funnet og vurdert at Kongsvinger kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer, med følgende unntak og avvik:

1. Kongsvinger kommune har de seneste årene prioritert de tunge rusmisbrukere, noe som både avspeiler seg i kommunens driftsutgifter og tjenestetilbudet. Det kan se ut som om at satsningen på de tyngste rusmisbrukere har vært for omfattende eller feildimensjonert, noe som er skjedd på bekostning av innsatsen og tjenestetilbudet innenfor det psykiske helsearbeid.
2. Tommelstadsgate aktivitets- og mestringssenter har opplevd nedgang i tilstedevær av personale de seneste årene, noe som bevirker at brukere føler at tilbudet ikke er så velfungerende som det var år tilbake. Revisor vurderer at dagsenteret i Tommelstadsgate overordnet sett er et godt og velfungerende tilbud, men at senteret kan ha nytte av høyere bemanningsgrad. Alternativt bør tilknytningen opp i mot frisklivssentralen gjøres mer tydelig for brukerne og anvendes mer aktivt.
3. Revisor stiller spørsmål ved om kommunen har foretatt en tilfredsstillende innsats for å gjøre botilbudet i O. Skøyens vei 43, også kalt «Rusblokka», mer velfungerende og om omfanget av tilsyn er tilstrekkelig.

4. Revisor vurderer at botilbudet i Sofiesgate 2 samlet sett ikke er velfungerende i den utforming det har per dags dato. Revisor mener kommunen bør ta stilling til om tilbudet er overdimensjonert og om tilbudet kan endres/tilpasses slik at det blir velfungerende.
5. Det knytter seg en rekke utfordringer til at kommunen har en spredt boligmasse, samtidig som det boligsosiale arbeidet er fragmentert, og det skaper behov for koordinering. Revisor vurderer at det mangler en overordnet strategi for kommunens botilbud og tanker og koordinering bak tiltak og satsning, og at kommunen bør ha en boligsosial handlingsplan, som er forankret og kjent blant medarbeiderne.
6. Kommunens utgangspunkt er at de kommunale botilbud (bortsett for omsorgsboliger) skal være midlertidige. Dette er ikke i overensstemmelse med veiledning fra helsedepartementet, som fremhever at kommunen skal legge til rette for *varige* botilbud i gode bomiljø. Revisor har funnet og vurderer at kommunen ikke følger anbefalt praksis.
7. Kongsvinger kommune har ikke selv et aktivt oppsøkende behandlingsteam på gateplan. Kommunen deltar i prosjektet ROS. Revisor stiller spørsmål ved om ROS-prosjektet dekker kommunens samlede behov for oppsøkende team.
8. Kompetanseheving kan bli tilsidesatt til fordel for høy direkte tjenesteproduksjon. Revisor bemerker samtidig at stor utskiftning blant de ansatte, et stort arbeidspress, dårlig opplæring av nytilsatte og et stort saksområde, innvirker negativt på saksbehandlernes kompetansenivå ved NAV.
9. Det kan skje forbedringer i forhold til informasjon på kommunens hjemmeside. Lokalene på Rasta, hvor psykisk helse og rusomsorg holder til, er lite imøtekomende og virker ikke egnet som mottak for brukere.
10. Kommunen skal forebygge voldsepisoder og ivareta de ansattes sikkerhet. Etter revisors vurdering har ikke kommunen fullt ut ivaretatt sitt ansvar på dette området for Sofiesgate 2. Dette begrunner vi med at det ikke er rømningsvei fra personalrommet, samtidig som personalet har uttrykt at de er utrygge. Revisor bemerker samtidig at alenearbeid og arbeidsoppgaver som innebærer maktutøvelse øker risikoen for vold og trusler om vold, og spør om dette er tatt til overveieelse ved tilrettelegging av arbeidsoppgavene ved forvaltningsteamet, hvor de ansatte ofte reiser ut alene på hjemmebesøk.

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

Konklusjonen på problemstilling 2 er at Kongsvinger kommune ivaretar hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen. På systemnivå foretas det brukerundersøkelser og det finnes brukerråd i relevante tjenesteenheter. At brukerundersøkelsene gjennomføres på et overordnet kommunalt nivå, bevirker imidlertid at undersøkelsene virker lite relevante og brukbare for revidert enhet. Samtidig har den psykiske helse- og rusomsorg lite inkludering og samarbeid med lokale brukerorganisasjoner. Revisor vurderer at det finnes brukermedvirkning på systemnivå, men at det kan skje forbedringer i omfanget og organiseringen av denne brukermedvirkning, særlig hva angår utformingen av brukerundersøkelsene og inkludering av lokale brukerorganisasjoner. På individnivå skjer brukermedvirkning løpende, noe som også er dokumentert i pasientjournaler. Kommunens brukerstyrte tilbud, herunder Tommelstadsgate Mestrings- og aktivitetssenter samt brukerstyrt seng ved DPS, bidrar til å sikre brukermedvirkning på individnivå.

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

Revisor har funnet at Kongsvinger kommune i overveiende grad sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud. Kommunen har mange arenaer for samhandling og en koordinerende enhet. Kommunen har imidlertid følgende mangler og avvik:

1. På individnivå kan NAV oppleves som utilgjengelig og som en bremse for brukerens fremdrift i saksbehandling mv.
2. Kommunen tilfredsstiller ikke lovkrav til samarbeid og inkludering av de frivillige organisasjoner av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10.
3. De vesentligste plandokumenter på dette tjenesteområde er utdaterte, herunder «*Plan for psykisk helse*», «*Tjenesteanalyse for Enhet for psykisk helse- og rusomsorg*», og «*Ruspolitisk handlingsplan*». Revisor noterer det som en mangel at plandokumentene ikke er oppdaterte innenfor den psykiske helse- og rusomsorg.
4. Det er mangler i forhold til utarbeidelse av individuell plan (IP), spesielt synes det å være et lite strukturert system for å dokumentere at bruker har fått tilbud om IP. Ut fra praksis virker det som om at virksomheten jobber mer strukturert for å sikre at brukere med krav og ønske om IP får det, enn det som fylkesmannens tilsyn tilsier. Revisor merker seg at kommunen jobber med å etablere et IT-system som skal gjøre arbeidet med IP mer effektivt.
5. Revisor bemerker at intervju og stikkprøve-kontroll tilsier at det er en praksis for at brukere som ikke ønsker en IP, men likevel har behov for langvarige og koordinerte tjenester, ikke får oppnevnt koordinator. Revisor gjør oppmerksom på at kravet til koordinator gjelder uavhengig av om bruker har IP, i henhold til Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21.
6. Forvaltningsteamet utgjør kommunens koordinerende enhet for helse- og rehabilitering, og har ansvar for opplæring og veiledning av koordinator. Forvaltningsteamet foretar ikke noen opplæring og veiledning av koordinator, og dette utgjør et avvik fra krav i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

Konklusjonene på de tre problemstillingene resulterer i følgende anbefalinger:

1. Kommunen bør vurdere høyere bemanningsgrad ved Tommelstadsgate aktivitets- og mestringssenter. Alternativt bør tilknytningen opp i mot frisklivssentralen gjøres mer tydelig for brukerne og anvendes mer aktivt.
2. Kommunen anbefales å foreta en vurdering av om omfanget av tilsyn ved botilbudet i O. Skøyens vei 43, er tilstrekkelig.
3. Kommunen bør ta stilling til om botilbudet i Sofiesgate 2 er overdimensjonert og om tilbudet kan endres/tilpasses slik at det blir velfungerende.
4. Kommunen bør utarbeide en boligsosial handlingsplan, og sikre at den er kjent blant medarbeiderne.
5. Kommunen bør legge til rette for *varige* botilbud. Midlertidige botilbud skal avhjelpe akutt bostedsløshet.
6. Kommunen bør foreta en vurdering av om ROS-prosjektet dekker kommunens samlede behov for oppsøkende team.
7. Kommunen bør sikre at kommunens hjemmeside er oppdatert med informasjon og dokumenter som angår kommunens psykiske helse- og rusomsorg, inkludert forvaltningsenheten.
8. Kommunen bør foreta en vurdering av om gjeldende praksis på forvaltningsteamet og på Sofiesgate 2, ivaretar de ansattes sikkerhet, og om kommunen forebygger voldsepisoder mot ansatte på dette tjenesteområde.

9. Kommunen anbefales å foreta en vurdering av om brukerundersøkelsene kan utformes og gjennomføres på en annen måte, slik at resultater er mer fyllestgjørende og spesifikke for den psykiske helse- og rusomsorg.
10. Kommunen bør ta initiativ til å forbedre samarbeidet med lokale brukerorganisasjoner.
11. Kommunen bør oppdatere relevant planverk på tjenesteområdet.
12. Kommunen bør undersøke om det kan etableres et mer strukturert system for å dokumentere at brukere har fått tilbud om individuell plan.
13. Kommunen bør sikre at brukere som ikke ønsker individuell plan, blir tilbudt koordinator hvis det er behov for langvarige og koordinerte tjenester
14. Det bør sikres at kommunens koordinerende enhet for helse- og rehabilitering ivaretar sitt ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene.

Rapportutkastet har vært sendt på høring til rådmannen i kommunen. Rådmannens høringsuttalelse fremkommer av kapittel 18 i rapporten.

3 Bakgrunn for prosjektet

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

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

Vedtak i kontrollutvalget – 19.05.2014 (32/2014)

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

Prosjektet har følgende problemstillinger:

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

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

Prosjektet gjennomføres innenfor en ressursramme på 300 timer og kontrollutvalget ber om at endelig prosjektrapport ferdigstilles og legges fram for kontrollutvalget i møtet 14.10.14.

Kontrollutvalget gir sekretariatet fullmakt til å følge opp prosjektet på vegne av utvalget. Hvis det er vesentlig endringer i forhold til tidsplanene eller andre forhold, legger sekretariatsleder saken fram for kontrollutvalget.

Revisjonen har avholdt oppstartsmøte med rådmann Torleif Lindahl, kommunalsjef Helse- og Omsorg Marianne Birkeland og Enhetsleder Helse- og rehabiliteringsenheten Anne Christine Ringstad-Nerli. Møtet ga nødvendige innspill og informasjon, som bidro til gjennomføringen av denne forvaltningsrevisjon.

4 Formål

Formålet med en forvaltningsrevisjon innenfor psykisk helse og rusomsorgen er å avdekke om Kongsvinger 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 kapittel 8 og 10).

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

5 Problemstillinger

1. Har Kongsvinger 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 Kongsvinger kommune?
3. I hvilken grad sikrer Kongsvinger 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.

I kapittel 14 knytter vi en kommentar til det forebyggende arbeid som legger utenfor dette prosjekts undersøkelsesområde.

Rådmannens høringsuttalelse fremgår av kapittel 18.

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 15 og 16, som også oppsummerer det vesentligste innhold i kortform.

Anvendte referanser og oversikt over dokumentasjon fra revidert enhet, fremgår av kapittel 17.

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

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

7 Det kommunale ansvar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

² Nasjonal strategiplan for psykisk helse 2007-2012

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

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

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

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

8 Aktualitet

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

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

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

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

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

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

⁸ Kommuneproposisjonen 2015

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

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

Det er grunn til å forvente en økt belastning på de kommunale tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser eller behov for psykososial støtte. Verdens helseorganisasjon forventer at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020.¹¹ Dette blir trolig også en lokal og konkret utfordring for Kongsvinger kommune, hvor levekårsfaktorene i befolkningen kan tilsa at det blir en større press på kommunal tjenesteyter. Kongsvinger kommune har i forhold til landsgjennomsnittet et lavere utdanningsnivå, flere skilte og separerte, høyere arbeidsledighet, en stor andel uføretrygdete og en stor andel enslige forsørgere.¹²

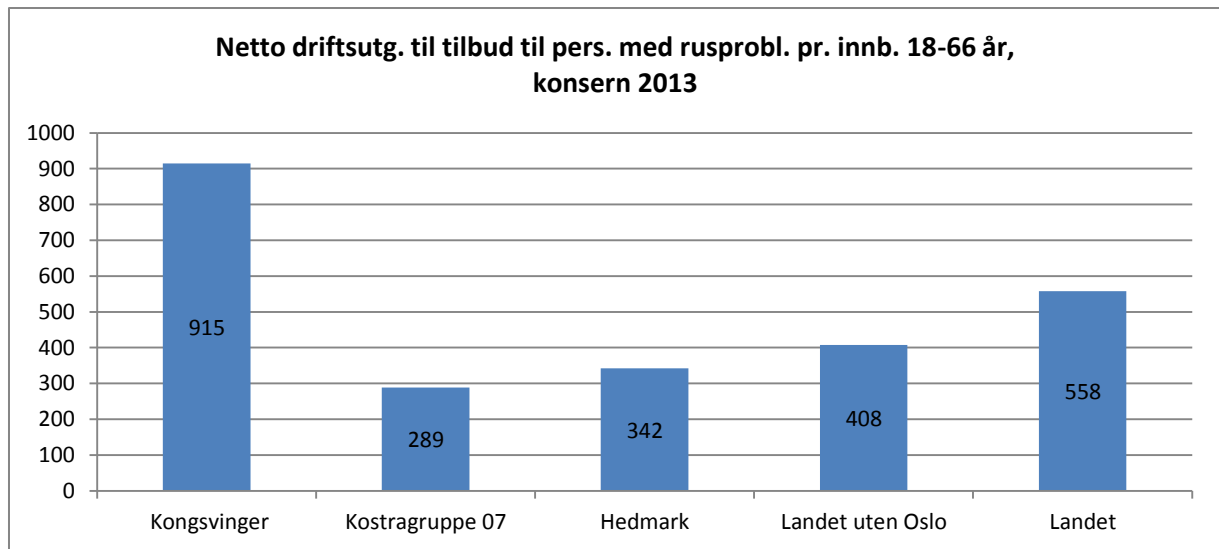
Fylkesmannen i Hedmark gjennomførte i 2013 et tilsyn av Kongsvinger kommunes helse- og omsorgstjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig langvarig rusmiddelbruk. Tilsynet avdekket avvik fra Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2, 3-4, 4-1, og 7-1, 7-2 og 7-3 jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 2-5, internkontrollforskriftens §4, helsepersonelloven kap 8 jf. journalforskriften §8. Konkret fremgikk det blant annet at 10 av 54 pasienter ikke hadde individuell plan, det var mangler på samhandlingsmøter og mangelfull journalføring mv. I tillegg resulterte tilsynet i en merknad om at Kongsvinger kommune har forbedringspotensialer når det gjelder å benytte anbefalte kartleggings- og screeningsverktøy som er tilpasset pasientgruppen.

Samtidig viser tall fra KOSTRA at Kongsvinger har meget høye driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer (målt per innbygger 18-66 år). Dette kan skyldes høy kvalitet på tilbudet, at det er mange rusmiddelbrukere i Kongsvinger eller andre årsaker (Se Figur 1 og Figur 2).

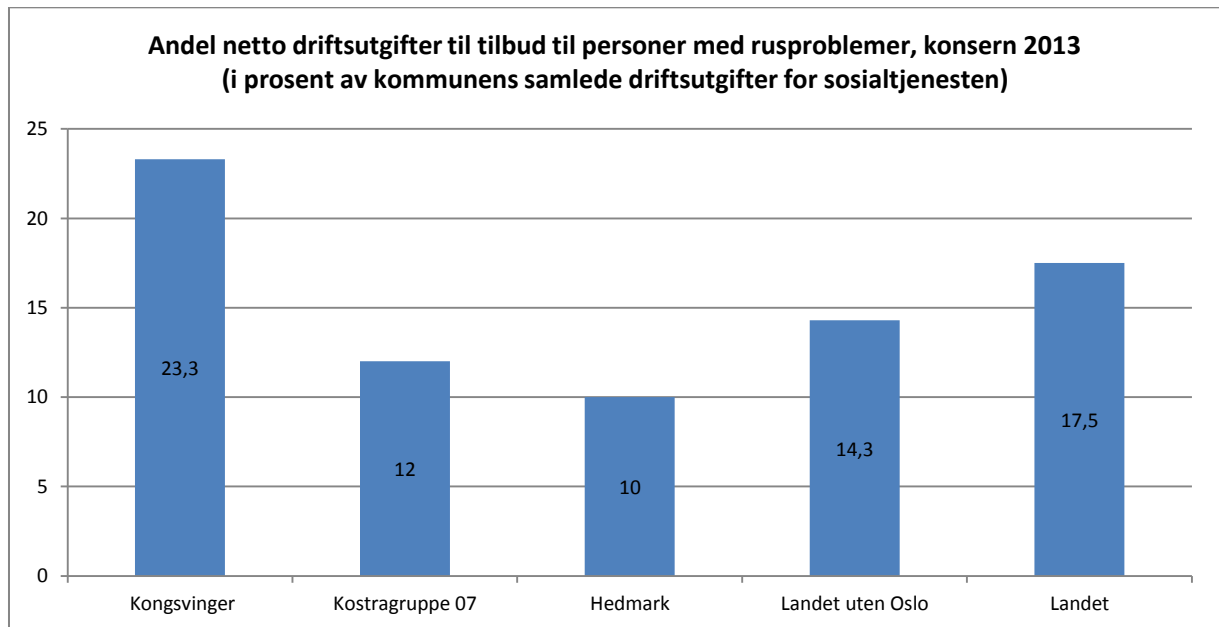
¹⁰ Meld. St. 16 2010-2011 og Helsedirektoratet: Samtidige rus og psykiske lidelser.

¹¹ Helsedirektoratet: Sammen om mestrings.

¹² Kilde: KOSTRA, levekårsdata og omtale i kommunale planer og avisartikkel i Glåmdalen 14.05.2014.



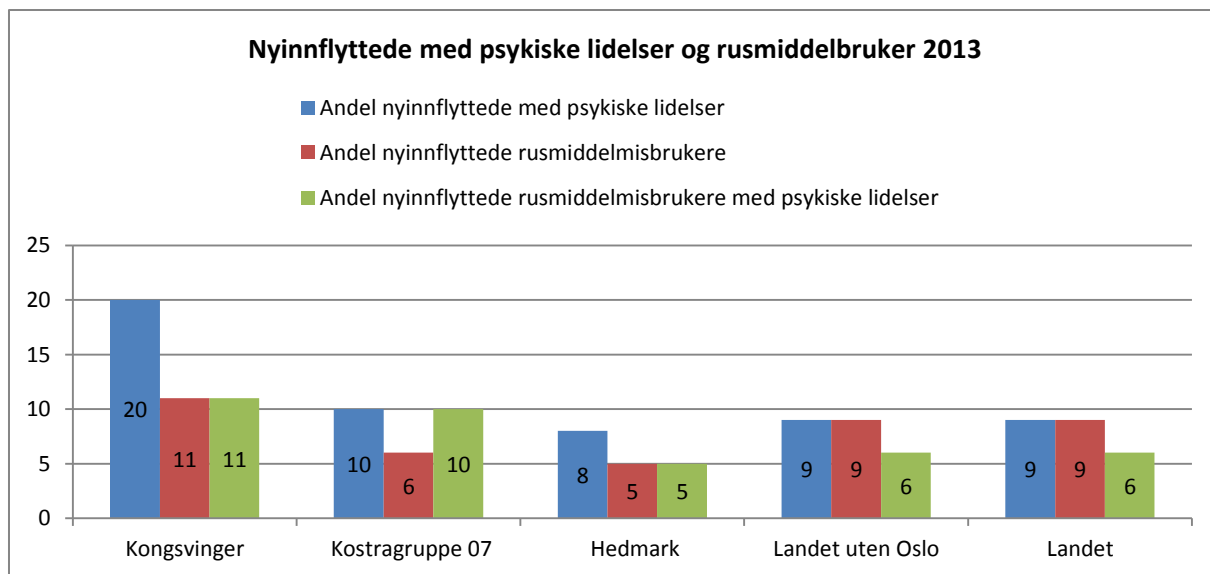
Figur 1. Kilde KOSTRA



Figur 2. Kilde KOSTRA.

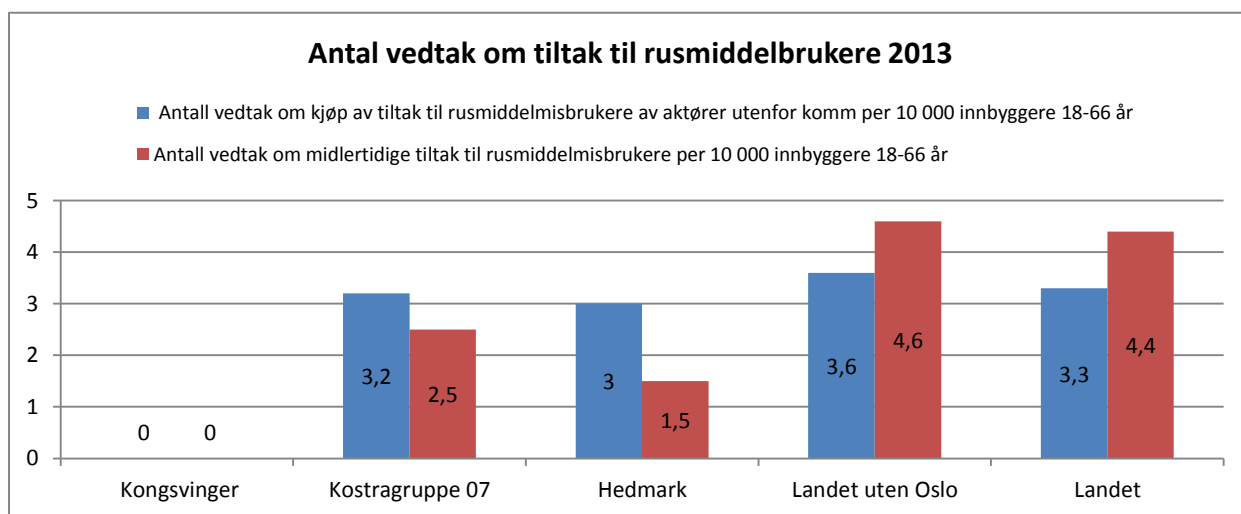
Tall fra KOSTRA¹³ viser også at kommunen i 2013 hadde stor tilflytting av brukere med psykiske lidelser og/eller rusmisbruk:

¹³ KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering.



Figur 3 Kilde KOSTRA

Kongsvinger kommune har spesielt hatt mange nyinnflyttede med psykiske lidelser. Det kan gi et ekstra press på kommunens tjenesteyting og det kan bli vanskelig å tilby et ensartet nivå til samtlige med behov (se figur 3)



Figur 4. Kilde KOSTRA.

I motsetning til øvrige kommuner har Kongsvinger ikke kjøpt tiltak til rusmiddelbrukere av aktører utenfor kommunen eller fattet midlertidige vedtak til rusmiddelbrukere i 2013 (se Figur 4).

Tallene fra KOSTRA gir ingen forklaringer, men de stiller spørsmål, som er med på å begrunne en forvaltningsrevisjon av området. Resultatene fra fylkesmannens tilsyn aktualiserer også, samtidig som det indikerer at det høy risiko for avvik fra gjeldende lover og regler på området. Samtidig har et tilbud om oppfølging av rusmisbrukere i Kongsvinger lenge vært etterspurt og etterlengtet, både fra fagfolk og brukere.¹⁴ Da ruspolitisk handlingsplan 2010-2013 ble utarbeidet, var det derfor også for å fokusere på feltet og konkretisere aktuelle tiltak.

¹⁴ Ifølge kommunedelplanen for Helse- og Omsorg

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

9 Metode

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

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

9.1 Kvalitative intervjuer

Vi har gjennomført i alt 7 intervju, hvorav flere har vært gruppeintervju med flere intervjupersoner (2-4 stk). Intervjupersonene er følgende:

1. **Kontaktperson:** Prosjektkoordinator ved Helse- og rehabiliteringsenheten Ingebjørg Skogli
2. **Teamledere ved Helse- og rehabiliteringsenheten:** Teamleder for dagsenter, friskliv- og mestringssenter og fysioterapi Kari Resellhagen, Ruskonsulent Eva Gjestvang, Teamleder bolig Synøve Kristiansen og teamleder psykisk helse Tormod Gulbrandsen
3. **Lavterskel værested- og aktivitetstilbud for rusmisbrukere:** Daglig leder av Linken og Jobben (Frelsesarmeen) Tony Bekkengen
4. **Kommuneoverlege:** Åge Henning Andersen
5. **Forvaltningsenheten:** Leder av forvaltningsenheten Siri Nygaard Hansen og saksbehandler June Presterud
6. **NAV:** Veileder og saksbehandler for unge Mette Hellerud, teamleder for prosjekt om arbeidsavklaring/jobbsjansen Stein Engebråten og teamleder av boligsosialt prosjekt Janne Aasvanger
7. **Brukere:** Brukerrepresentanter fra Tommelstadgate aktivitet- og motivasjonssenter

I tillegg har vi fått informasjon på oppstartsmøte og via e-postkorrespondanse med Marianne Birkeland, kommunalsjef Helse og Omsorg, Anne Christine Ringstad Nerli, enhetsleder av Helse- og rehabiliteringsenheten, teamleder ved psykisk helse- og rusomsorg Margrethe Haarr samt flere av de nevnte intervjupersonene ovenfor. Vi har også hatt kontakt med leder av natteravnene i Kongsvinger og Mental Helse Kongsvinger. Revisjonen har videre tatt kontakt med DPS Kongsvinger for å be om en uttalelse av deres oppfatning og erfaring med kommunens tjenester for innbyggere med psykiske helse- og rusproblemer.

Ved utvalget av respondenter har vi lagt vekt på at respondentene skal representere ulike roller og profesjoner. Vi har intervjuet brukerrepresentanter, den øverste ledelse, teamledere, saksbehandlere ved NAV mv. Vi har vurdert at det i dette prosjekt ikke ville være formålstjenlig å

intervjue 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 brukene 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 Analyse av vedtak / individuelle planer

I tillegg til dokumentanalysen har vi foretatt stikkprøver rettet mot et utvalg av aktive brukere i 2014. Formålet med stikkprøvekontrollen har vært å kontrollere om det er gjennomført en vurdering av brukerens tjenestebehov, om brukere tilknyttet den psykiske helse- og rusomsorg har mottatt tilbud om individuell plan, og om de har individuell plan, om brukere med behov for koordinator har mottatt tilbud om koordinator, og om de faktisk har fått oppnevnt en koordinator, om det er spor av samhandling dersom det er tre eller flere instanser/enheter som yter tjenester til bruker, om brukere har fast kontaktperson og om det er spor av brukermedvirkning.

Utvalget er gjort fra liste over brukere som har hatt tjenester fra psykisk helsetjeneste i tidsrommet 1.1 – 5.8.2014. Det var 221 brukere på listen, og vi kontrollerte ti brukere fra listen (ca. 5 %).

I denne rapporten vil vi ikke gå i dybden på innholdet eller forholdene rundt den enkelte bruker, men har kontrollert om utvalgte brukere har individuell plan (hvis de selv ønsker det), og om innsatsen virker koordinert mellom tjenesteyterne. All brukerinformasjon er blitt anonymisert.

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

10 Avgrensninger

Med psykisk helseomsorg menes den 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.

Med psykisk helsearbeid menes alle tjenester som ytes for å forebygge, lindre, behandle eller følge opp brukere med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Dette kan være lette lidelser, eller lidelser som krever heldøgns omsorgstiltak.

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

Prosjektet fokuserer i hovedsak på brukere innen psykisk helse/psykiatri, og ikke psykisk utviklingshemmede.

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 dog vært naturlig at prosjektet også både direkte og indirekte omhandler de med kun psykiske lidelser eller rusproblematikk.

11 Problemstilling 1

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

Problemstilling 1:

Har Kongsvinger 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.¹⁵

Utleddning og kilder for revisjonskriterier fremgår av vedlegg A.

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

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

¹⁵ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon pkt. 23 og 24.

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

11.2 Funn

11.2.1 Generelt om psykisk helse- og rusomsorg i Kongsvinger kommune

I Kongsvinger kommune er den psykiske helse- og rusomsorg underlagt helse- og rehabiliteringsenheten, som igjen er underlagt kommunalsjefen for Helse og omsorg. Psykisk helse- og rusomsorg består av fire team, som samlet sett utgjør kommunens «*psykiske helse og rusomsorg*». Det enkelte team har ulike ansvarsområder: Det er et boligteam, et team for dagsenter og frisklivssentral, et psykisk helseteam og et team som primært retter seg mot rusmiddelmissbrukere. I tilknytning til dette teamet er også kommunens ruskonsulent, som blant annet bidrar til at brukere får kontakt med lege som kan henvise dem videre i systemet, f.eks. til tilbud om avrusing.

De fire teamene under helse- og rehabiliteringsenheten yter tjenester til voksne mennesker med psykiske lidelser og personer med rusproblematikk. I tillegg ytes det tjenester til personer med dobbeltdiagnoser (psykisk helseproblem/rus). I løpet av første halvår 2014 har den psykiske helse- og rusomsorg betjent cirka 200 brukere pr måned.

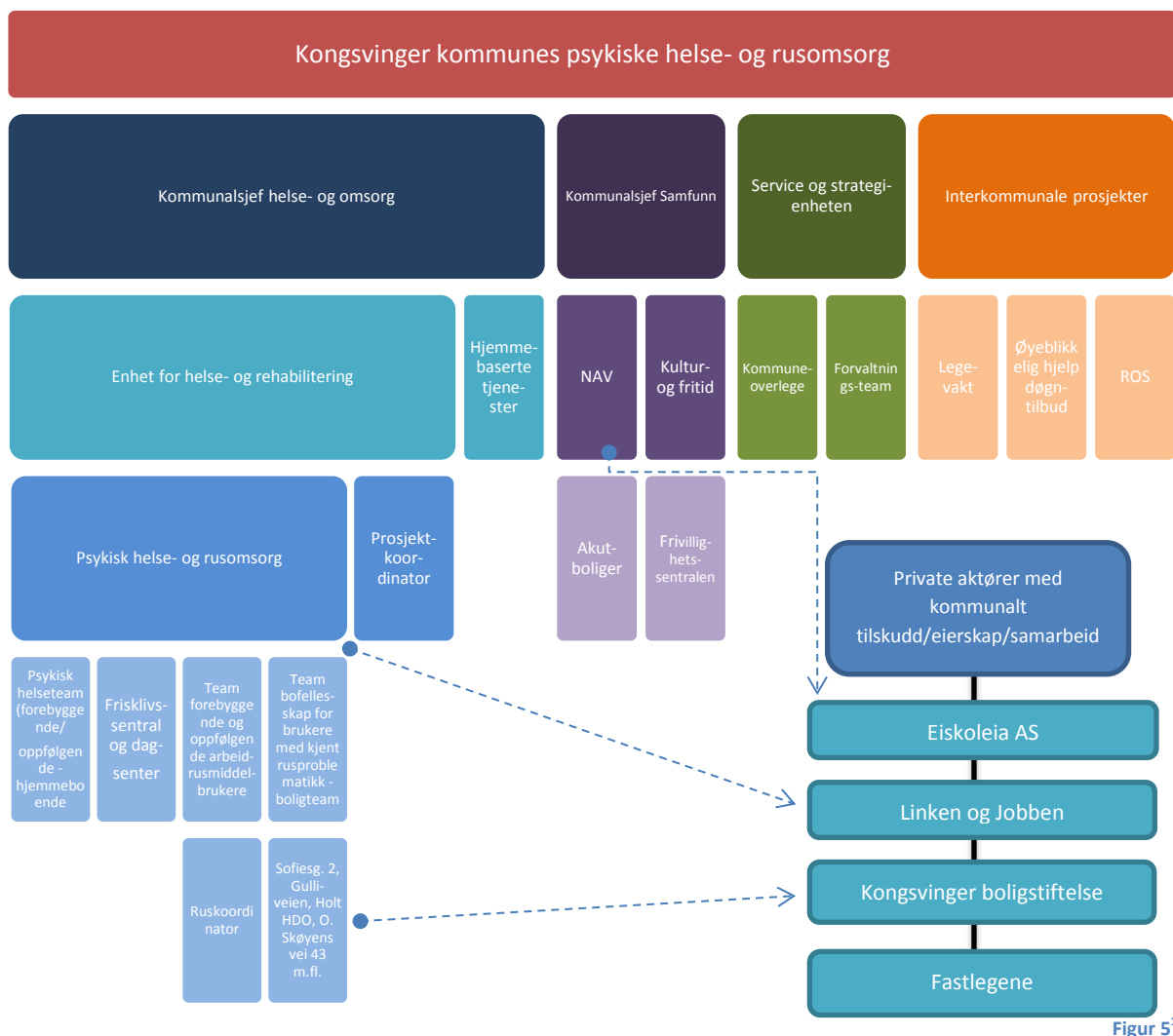
Den psykisk helse- og rusomsorg har som mål å bidra til at mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer bruker sine egne ressurser til å mestre utfordringene i sitt eget liv. Kommunen tildeler omsorgstjenester etter et prinsipp om at alt forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig (LEON¹⁶ – prinsippet). «Kongsvinger-modellen» er under utvikling, som er organisasjonsutvikling og praktiske arbeidsmetoder for å styrke brukere til å mestre eget liv og fremme livskvalitet. Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering er begreper som beskriver ny og endret praksis.

Det er mange ulike aktører i Kongsvinger kommunes psykiske helse- og rusomsorg. Primære tjenesteaktører utenom helse- og rehabiliteringsenheten er tildelerenheten (forvaltningsteamet), NAV, fastlegene, Kongsvinger boligstiftelse, Frelsesarmeen og Frivillighetssentralen.¹⁷ I tillegg er interkommunale samarbeidsprosjekter/prosjektansettelser og spesialisthelsetjenesten viktige aktører. I helse- og rehabiliteringsenheten er det også en prosjektkoordinator, som følger opp mål for kommunale og interkommunale prosjekter, rapporterer på økonomi og utarbeider nye prosjektsøknader. 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 forhold til brukergruppen av personer med psykiske problemer/lidelser og rusmisbruk.

¹⁶ Laveste Effektive Omsorgs Nivå

¹⁷ Det ses her bort fra tjenester som retter seg mot barn og ungdom.

Figur 5¹⁸

Det har skjedd en rekke omorganiseringer av den psykiske helse og rusomsorg i løpet av de siste årene. Som en del av Omstilling 2012, opprettet kommunen et felles forvaltningsteam. Forvaltningsteamet er organisert i Strategi og kommunikasjonsenheten. I Kongsvinger kommune er det derfor nå slik at alle søknader om tjenester skal behandles av forvaltningsteamet, som også fattet vedtak.

Det er videre slik at psykisk helse- og rusomsorg tidligere var en egen enhet, mens den i dag er slått sammen med helse- og rehabiliteringsenheten. Det er per i dag én enhetsleder for helse- og rehabiliteringsenheten, som har rundt 82 fast ansatte og 17 vikarer i ulike stillingsstørrelser. Det er ca. 35 leger som er tilknyttet interkommunal legevakt, og enheten forvalter også 14 driftstilskudd til private fysioterapeuter og 14 fastlønnstilskudd til leger. Enheten er inndelt i en rekke team, som har hver sin teamleder.

Vi har fått opplyst at det er en rekke samhandlings- og kompetansefordeler med sammenslåingen, samtidig som det kan ha blitt vanskeligere å synliggjøre hva psykisk helse- og rusomsorg gjør, sammenlignet med andre i samme enhet. Samtidig kan ansatte oppleve at det er mange ledelsesnivåer, som det kan være vanskelig å navigere i. For teamlederne kan det være krevende å

¹⁸ Helse- og rehabiliteringsenheten har et koordinerende ansvar for fastlegeordningen, interkommunal legevakt og interkommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (IKØ).

være leder/ivareta personalansvar og samtidig arbeide i praksis med brukere. Den utøvende delen av jobben kan lett gå på bekostning av teamleder-jobben og faglig oppdatering.

Tilbudene til brukere innen psykiatri og rus er lokalisert til flere deler av kommunen, både i ulike enheter og på ulike fysiske plasseringer i kommunen. Kommunen er selv i overveielser om, hvorvidt det vil være faglig og økonomisk utbytte av å samlokalisere i større grad.

Kongsvinger kommune har hatt høye driftsutgifter på dette tjenesteområde, men ifølge ledelsen er det forventninger om at driftsutgiftene for 2014 vil være noe lavere, ettersom det nå er gjennomført en større omstilling av området.

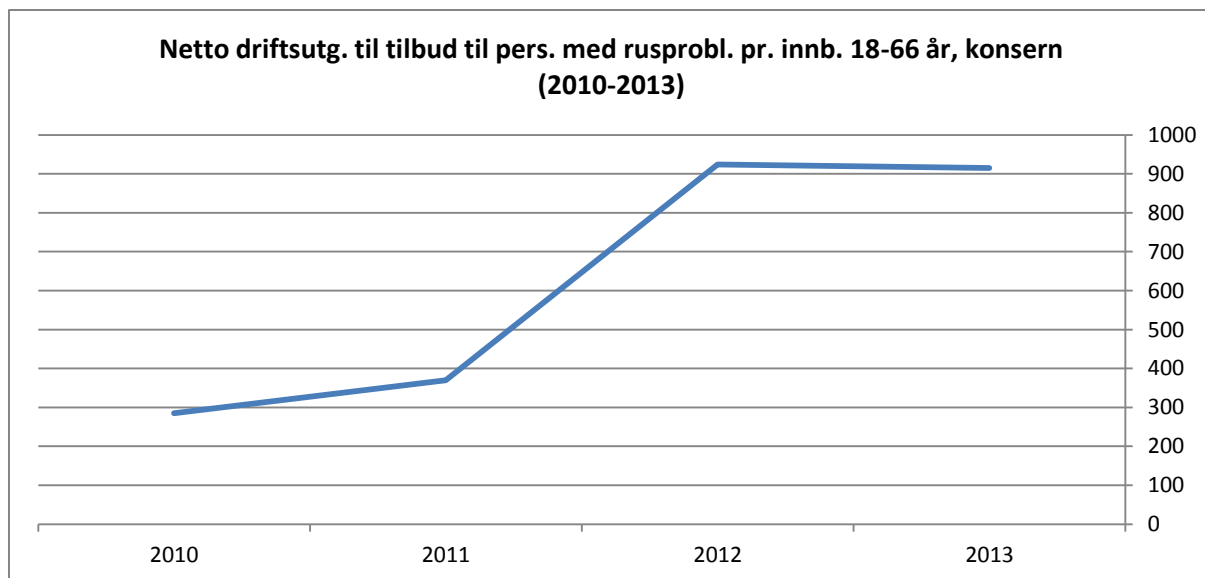
Kongsvinger kommune har et forholdsvis stort miljø av rusmiddelbrukere. Intervjupersoner har anslått det til å være rundt 400-500 personer med rusmiddelmisbruk i kommunen. Rusmiljøet har et godt fotfeste i byen, noe det kan gis en rekke forklaringer på. Flere intervjupersoner mener at tilbudet til rusmiddelbrukere er så godt og velutbygget i Kongsvinger at det tiltrekker brukere fra distriktene. Videre har byen en plassering tett på svenskegrensen, er den største byen i Glåmdalregionen, har kort vei til Oslo og har to fengsler – alle faktorer som kan bidra til et stort rusmiljø. Kongsvinger har vært/er blitt et knutepunkt for rusmiddelbrukere.

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.

NRK Brennpunkt fra mai 2011 omhandlet rusmiddelmiljøet i Kongsvinger kommune. Dokumentaren ga et dårlig inntrykk av den kommunale rusomsorgen, og intervjupersoner har også fortalt at tilbudet til rusmiddelbrukere var dårlig på den tiden. Noen kommunalt ansatte mener at dokumentaren ikke ga et rettviseende bilde av rusomsorgen, men forteller at de ikke kunne kommentere det som kom frem pga. taushetsplikten.

I sammenheng med øvrige forhold, bidro dokumentaren til at det gjennom de siste årene har vært stor innsats med tiltak innen rusmiddelomsorgen. Ifølge kommunen selv har de nå etablert et meget godt tilbud til rusmiddelbrukere, nesten for godt. Vi har fra ulike hold også fått tilbakemeldinger om at tilbudet til rusmiddelbrukere generelt er godt, og at dette kan ha gått på bekostning av tilbudet til personer med psykiske lidelser/problemer.

Tall fra KOSTRA viser samtidig at det siden 2010 er blitt brukt betraktelig mer midler på tilbud til rusmiddelbrukere. De ansattes oppfatning av satsningen på dette tjenesteområde, stemmer dermed med den konkrete økningen i ressursbruken (se Figur 6).



Figur 6. Kilde KOSTRA.

Økningen i ressursbruken kan også ha sammenheng med variasjoner av brukere og hvor ressurskrevende de er. Kommunen har for tiden eksempelvis en bruker som krever tilsyn 3:1 dvs. at tre personer har tilsyn med ham hele døgnet. Forøvrig kjøper kommunen per i dag tjenester til to brukere innenfor psykiatri og en bruker innenfor rusomsorgen.

Samhandlingsreformen har medført at flere og flere pasienter skrives ut tidligere fra spesialisthelsetjenesten og kommunen må ta imot stadig dårligere pasienter både innen somatikk og psykiatri. I 2013 hadde Kongsvinger kommune store kostnader på utskrivningsklare pasienter. Kommunen opplever et misforhold mellom ressursene som blir gitt til kommunene og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har fått fordoblet sine overføringer, mens kommunen i liten grad har fått tilført midler, selv om man skal ta imot flere og dårligere pasienter.

I de følgende avsnitt vil vi beskrive tjenestetilbudet i Kongsvinger kommune til rusmiddelmisbrukere og personer med psykiske lidelser/problemer. Avsnittene skal samlet sett vise bredden i tjenestetilbudet, samtidig som de enkelte avsnitt beskriver innholdet av de enkelte tjenestetilbud og tematikker.

11.2.2 Tema: Forvaltningsteamet og tildeling av tjenester

Service- og forvaltningsteamet utgjør Kongsvinger 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.

Service- og forvaltningsteamet ble opprettet 1.1.2013 slik det er nå med gruppene "forvaltning helse", "forvaltning oppvekst", dokumentsenteret og servicetorget. Forvaltningsteamet for helse ble opprettet i 2008, og tildeling av tjenester fra psykisk helse- og rusomsorg kom inn under forvaltningsteamet i 2010. All boligtildeling, vurdering av behov for IP og innsatsteam/hverdagsrehabilitering er nye områder fra 2013.

Servicetorget og arkiv er fysisk plassert i Fjellgata, men er planlagt samlokalisert med "forvaltning helse" og "forvaltning oppvekst" i rådhuset ved årsskiftet 2014/2015.

Forvaltningsteamet har fem saksbehandlere. Alle saksbehandlere har totalansvar for å vurdere samt å etablere tjenestetilbud til "sine brukere" som er fordelt etter alfabetet. Det er flere hundre brukere knyttet til hver av saksbehandlerne. I tillegg har hver saksbehandler et særansvar for det strukturelle samarbeidet med de ulike tjenesteytende enhetene, f.eks. samarbeidet med hjemmebaserte tjenester og kultur- og fritidsenheten. De som jobber ved forvaltningsenheten har god oversikt og kunnskap om tjenestetilbudet.

Saksbehandlerne tar imot telefoner fra sykehus, DPS, leger, brukere, pårørende, tjenesteytere og andre. De har også løpende dialog med sykehuset, fastlegene og DPS via elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger. De mottar søknader og henvisninger, innhenter dokumentasjon, deltar i samtaler og møter for å vurdere tjenestebehov og -tilbud.

Den viktigste oppgaven til forvaltningsteamet er å være tjenestetildeler for alle helse- og omsorgstjenester med unntak av lege, fysioterapi, ergoterapi og lavterskeltilbud som f.eks. frisklivsentral og dagsenter, og brukere tilknyttet ruskonsulenten. Forvaltningsteamet har oversikt over alle de tjenestetilbudene som kan tilbys, og det er et stort spekter av tjenester. Tildeling av ulike tjenester blir ofte samlet i et vedtak. Vedtaket gir brukeren en rettighet til å få de tjenestene som vedtaket innebærer. Intervjupersonene mener at det i hovedsak er overensstemmelse med vedtak og utført tjeneste i praksis.

Brukere har klagerett på vedtak. Forvaltningsteamet har fast prosedyre for behandling av klager fra brukere vedrørende vedtak av tjenester.

Brukere må selv søke om tjenester. Man kan søke om tjenester muntlig eller skriftlig. Når forvaltningsteamet mottar en søknad og evt. dokumentasjon fra lege, spesialisthelsetjenesten, pårørende eller andre, kontakter de brukeren pr telefon eller brev og avtaler et møte. Dette foregår typisk hjemme hos brukeren, alternativt kommer brukeren til samtale hos forvaltningsteamet. I dialog med bruker avgjøres hva slags tjenester som kan være aktuelle. Ved førstegangsmøte med brukere, anvender saksbehandler kartleggingsskjemaer i samsvar med nasjonale retningslinjer, og det gis informasjon om hvilke tjenester som finnes, og man diskuterer ulike løsninger med brukeren. Etterpå vil saksbehandler ta den endelige vurderingen, eventuelt i samarbeid med tjenesteyter. Forvaltningsteamet har utarbeidet skriftlige rutiner for behandling av innkomne søknader og for dokumentasjon i journalsystemet Profil. Dette for å sikre at brukers rettigheter blir ivaretatt på en forsvarlig måte og at det er klarlagt hvordan arbeidsfordelingen er mellom tjenestetildeler og – utøver.

Ventetiden på vedtak er ofte kort. Ved akutte behov iverksettes tjenester raskt, og vedtak fattes i ettermidd.

Ved endringer i tjenestemottakernes behov, er det normale at den enkelte tjenesteutøver tar dette opp med forvaltningsteamet, som deretter fatter et endret/nytt vedtak. Det hender også at psykisk helse og rusomsorg gir beskjed til forvaltningsteamet om at de avslutter et forløp før vedtaket går ut.

Brukere i den psykiske helse- og rusomsorg kan i prinsippet motta alle typer kommunale tjenester, men den vanligste er tjenesten "psykisk helsearbeid". Vedtak om rett til å leie kommunal bolig er også en vanlig tjeneste til brukere i denne gruppen. Noen tildeles rett til å leie kommunal bolig for sosialt vanskeligstilte, noen omsorgsbolig med tjenester og noen bolig tilknyttet bemanning.

I Kongsvinger kommune er det – ifølge forvaltningsteamet - ikke etablert kriterier for å tildele tjenester. Det er den enkelte søkers behov som er utgangspunktet og forvaltningsteamet vektlegger

et helhetsspektiv. Dette sees da opp mot det tjenestetilbudet kommunen har til enhver tid. Tjenestene er under stadig utvikling både med hensyn til type og innhold. Dette er en av grunnene til at kommunen ser det som lite hensiktsmessig med rigide "inntakskriterier" og "tjenestebeskrivelser". Revisjonen har funnet at det imidlertid er utarbeidet tildelingskriterier for noen tjenester, herunder boliger i Sofiesgate 2 og Gullivegen HDO. Disse tildelingskriterier er utarbeidet og tilknyttet psykisk helse- og rusomsorg.

Når en kommune organiserer seg med et forvaltningsteam som tildeler tjenester og utførende 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 (utføreroppgaver) på den annen side.¹⁹ I noen henseender har tildelerenheten dermed en bestiller rolle, som kan anta karakter av innkjøp/anskaffelse. Ut fra denne betraktning må tildelerenheten se sin rolle som en krevende kunde, med kompetanse til å sette relevante produktspesifikasjoner og raskt kunne identifisere den beste leverandør. I den andre rollen må tildelerenheten være en konstruktiv samarbeidspartner, med evne til å identifisere brukerbehov og som forholder seg til innbyggerens rettigheter og krav på omsorgstjenester. Dette kan være en vanskelig balansegang.

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

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

Tankegangen ved å skille bestiller og utfører, er at det er snakk om forskjellige roller; forvaltning er én ting, tjenesteproduksjon er én annen. De som stiller seg positive til modellen, mener modellen fordrer en rolleavklaring mellom forvaltning og produksjon. Vurderingsfunksjonen når det gjelder å vurdere hvem som skal motta omsorgstjenester, blir profesjonalisert. Noen mener at rettssikkerheten til den enkelte bruker kan bli bedre ivaretatt når det ikke er utfører som vurderer hjelpebehovet. Alle innbyggere skal sikres et forutsigbart og likeverdig tilbud på tjenestene, uavhengig av alder, hjelpebehov og bosted. Hvis det ikke skilles mellom bestiller og utfører, kontrollerer utføreren seg selv.²⁰

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

¹⁹ KS 2004: Kortversjonen av KS' veileder om bestiller-utfører organisering i pleie og omsorg.

²⁰ NF-rapport nr. 12/2012, side 76 – med henvisning til en artikkel i Kommunale rapport 24. januar 2001.

velge mellom det som er bestilt og det de selv vurderer som faglig og moralsk viktig for å dekke brukernes behov.²¹ 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 bestillerkontorene får den nødvendige avstanden til pasientene slik at ressursene kan gis i samsvar med budsjettet og ikke ut fra behov.

Det er gjort ulike studier av effektene av bestiller-utfører modeller i kommunal sektor. I disse studiene pekes det ofte på at det er oppnådd produktivetsgevinster og at tjenestene er blitt billigere. Det ser ikke ut til å være dokumentert noen systematiske kvalitetsforbedringer i disse studiene. Dette skyldes trolig at kvalitet, særlig i helse- og sosialtjenesten, er vanskelig å måle. Andre erfaringer med modellen viser at det lett kan etablere seg større administrative kostnader ved bestiller-utfører modellen enn ved de tradisjonelle hierarkiske løsningene. For at en slik type bestillerorganisasjon skal ha reell innflytelse, er det viktig at den gis fullmakter og disposisjon over budsjettmidler.²²

I Kongsvinger kommune er det de enkelte utøvende enheter som er tildelt budsjettbevilgning som skal dekke tildelte tjenester. Forvaltningsteamet er ikke ansvarlig for de økonomiske konsekvenser av tildelte tjenester. Det er derfor for eksempel psykisk helse- og rusomsorg, som må dekke husleien for de leiligheter som står tomme i Sofiesgate 2, dvs. betale til boligstiftelsen. Intervjupersoner uttaler at saksbehandlere ved forvaltningsteamet likevel har økonomi og forsvarlighet i bakhodet når de tildeler tjenester til brukere. Forvaltningsteamet har oversikt over kapasitet, og prøver å finne løsninger for brukerne.

Det at kommunen – ifølge forvaltningsteamet selv - ikke har kriterier for tildeling av tjenester, og at forvaltningsteamet ikke er ansvarlig for økonomiske konsekvenser av tjenestetildelinger, bekrefter at kommunen ikke opererer med en klassisk bestiller-utfører-modell.

Vi har bedt intervjupersoner gi uttrykk for om det etter deres oppfatning har blitt tildelt flere eller færre tjenester etter at forvaltningsteamet ble etablert. Noen stiller spørsmål ved om det av og til er for lett å få vedtak om tjenester, f.eks. ved hendelser som mange opplever (dødsfall, samlivsbrudd mv.). Det er ikke sikkert at dette er oppgaver for kommunen, og om enkelte brukere kunne bruke andre frivillige tilbud eller eget nettverk i høyere grad. Forvaltningsteamet er enig i at det ikke er gitt at slike livshendelser skal sykliggjøres og være en del av tilbudet i kommunens psykiske helsetjenester, men mener samtidig at det må utvises skjønn og det kan være vanskelig å vurdere dybden av en krise.

Forvaltningsteamet er enig i at det kan hende at flere brukere tildeles tjenester nå enn tidligere, men mener at dette ikke det samme som at den samlede tjenesteytingen er økt. De antar at det ble utført en del tjenester uten vedtak tidligere. Forvaltningsteamet benytter også stor grad av skjønn ved tjenestetildelinger, selv om diagnoser og vurderinger er gjort av lege eller spesialisthelsetjenesten. Dersom saksbehandlerne er i tvil om nødvendigheten av tjenesten eller omfanget, fatter de et vedtak av kort varighet eller med krav til evaluering etter kort tid.

²¹ NF-rapport nr. 12/2012, side 77. Med henvisning til forskning utført av NOVA

²² NOU 2005:3:8.1.7 – Bestiller-utfører organisering. Helse- og omsorgsdepartementet

Dersom brukere har vedtak om tjenester på 1 time per uke over en fast periode, utløser det rett til gratis tannlege. Det kan forekomme at brukere «utnytter» denne fordelene.

11.2.3 Tema: Milde/kortvarige forløp

For brukere med kortvarige og milde forløp er tjenestilbudet typisk et vedtak om målrettede samtaler, eventuelt en henvisning til familievernkontoret. Brukere som selv ønsker livsstilsendring og selv er motivert blir prioritert.

Ved akutte kriser vil brukere normalt henvende seg til DPS eller legevakt. Kongsvinger kommune har samtidig en kriseberedskap i form av et kriseteam.

11.2.4 Tema: Innsatsteam

Kommunen har opprettet et innsatsteam, som består av ergo-, fysioterapeut og sykepleier. Teamet er ambulant og de jobber etter hverdagsrehabiliterende arbeidsform. Etter oppstart i mai 2013, har teamet hatt 30 brukere. Det er forvaltningsteamet som tildeler disse tjenester.

11.2.5 Tema: Frisklivssentralen og fysisk aktivitet

Frisklivssentralen er et tilbud for de som ønsker livsstilsendring og tilbyr kostholdsveiledning, treningstilbud, herunder gruppetreninger av 12 ukers varighet. Frisklivssentralen ønsker å rette fokus mot mestring fremfor sykdom.

Frisklivssentralen hadde i 2013 totalt 104 brukere, og aktiviteten er økende. Det kan være ventetid på gruppetreninger, men det blir startet opp grupper løpende. Det avholdes kurs i røykeslutt, veiledning i søvnhygiene, KOLS-brukergrupper, *Lyspunktet* – for kreftpasienter, og det kan gis veiledning i sunt kosthold. De ansatte har helsefaglig bakgrunn (kostholdsrådgiver og fysioterapeut). Frisklivssentralen er for alle, og hit kan man komme uten vedtak. I praksis er langt de fleste brukere henvist fra øvrige kommunale tjenester. Frisklivssentralen har et registrert frafall på 50 %, og det er høyest frafall for deltakere som har psykisk helseproblemer. En årsak kan være at gruppetilbud kan være for krevende og at mer individuell oppfølging ville gitt høyere deltakelse.

Frisklivssentralen har vært drevet med prosjektmidler relatert til samhandlingsreformen. Kommunen har en utfordring i å få frisklivssentralen inn under kommunal drift (bevilgning), når det ikke lenger foreligger prosjektmidler.

Forøvrig har kommunen gjennomført et pilotprosjekt som het «*Aktiv på dagtid*», hvor brukere kunne få tilbud om gratis trening på Puls eller i svømmehall eller liknende, mot kontroll av oppmøte og evt. trekk i sosialhjelp. Vi har fått opplyst at det ville ha kostet kr 150.000 å videreføre prosjektet, men det er ikke blitt videreført. Dette prosjekt var – ifølge NAV – et godt alternativt tilbud til en målgruppe som typisk er utenfor frisklivssentralens primære målgruppe.

11.2.6 Tema: Tommelstadsgate aktivitets- og mestringssenter

Tommelstadsgate aktivitets- og mestringssenter (TAM) ligger i Tommelstadgate 21 i Kongsvinger og er et tilbud for innbyggere i kommunen uansett nasjonalitet, livssyn og kultur. Det skal ikke søkes/fattes vedtak for å delta på senteret. TAM er et møtested for voksne mennesker med psykiske lidelser (fra 18 år og oppover), hvor rusmidler ikke er tillatt. Brukergruppen innbefatter både personer med milde problemer/forløp og brukere med alvorlige langvarige lidelser samt ensomme, hjemmeboende eldre mv. Dagsentertilbudet er et lavterskeltilbud, og tilbudet kan virke forebyggende mht. å forhindre innleggelse, og/eller forebyggende generelt. Brukene bor primært i

egen bolig. Antallet brukere som er innom huset varierer fra dag til dag mellom 4-15 personer. På en måned er det typisk 30-40 personer innom huset.

TAM har åpent hus med følgende åpningstider:

- Mandag, tirsdag, onsdag og fredag mellom 09-15.
- To onsdager i måneden er det ungdomsgruppe fra 17-20.
- Torsdag mellom 09-12 er det frokostgruppe for menn.
- Torsdag kveld er det åpent mellom 15-20.30.

Ulike aktiviteter skal bidra til å gi innhold og struktur i hverdagen og en opplevelse av å være til nytte. Likså mye som psykisk mestring/trening, vektlegges fysisk trening. Onsdager er turdag. Det avholdes også ungdomsgruppe, frokostgruppe for menn mv. Disse aktiviteter er sammen med miljøarbeidere/øvrige ansatte fra psykisk helse- og rusomsorg. TAM samarbeider også med flere for å ha et variert aktivitetstilbud, bl.a. kulturnettverket i Sør-fylket og Mental Helse.

For noen brukere kan det oppleves som en stor fordel at dagsentret er åpnet noen kvelder, da DPS og øvrige tilbud lukker etter kl. 16.00. Da har man et sted å gå, hvis man har behov for å være sammen med noen/får behov for støtte etter «kontortid».

Brukere på TAM lager lunsj hver dag, ofte varm mat. Lunsjen er et sosialt samlingspunkt, som mange benytter. Brukere betaler 30,- pr måltid, kaffe/te koster 10,-. De pengene som betales for mat og drikke, går tilbake til innkjøp av mat og aktiviteter ved dagsentret.

Brukerrepresentanter ved senteret har ansvar for fordelingen og gjennomføringen av aktiviteter/oppgaver ved huset. Rengjøring, innkjøp av mat, matlaging, hagearbeid og enkelt vedlikehold er gjøremål som brukere av dagsenteret utfører.

Der står i senteres årsplan at huset drives av brukere og ansatte i fellesskap. Vi har fått tilbakemeldinger fra brukere om at det er veldig positivt at huset er brukerstyrt, men at de savner mer personale i huset. Et brukerstyrt tilbud er ikke det samme som at brukene kan/skal klare seg uten personale. Slik det er nå er blir mange oppgaver lagt på få av brukerne, og de brukere som er mest «friske» kan lett komme til å skulle ta ansvar for en svakere brukergruppe. Noen oppgaver bør brukere ikke ta ansvar for, som f.eks. hjelp til å gi andre brukere medisiner. Slik kan det imidlertid bli når det er lite tilgjengelig personale på huset. Vi har fått opplyst at brukere fra omsorgsboliger som vanligvis har personale omkring seg, blir kjørt til dagsenteret og oppholder seg der uten personale. Det betyr at en del brukere trenger støtte/evt. er ustabile og egentlig trenger personale rundt seg. Når det er mange perioder på dagsenteret uten personale, blir brukere utrygge – og denne brukergruppe har et stort behov for et trygt miljø. Det kan oppstå situasjoner hvor noen blir syke, evt. voldsepisoder, og da føler brukerne at det er veldig utrygt uten personale.

Brukere forteller at det var mere personale til rådighet for noen år siden, da pengene var øremerket til psykiatri. Etter at midlene ikke lenger er øremerket, har brukerne en opplevelse av at det er færre midler til det psykiske helsetilbudet og dagsenteret har spesielt opplevd nedgang i personale/tilstedeværelse av personale på huset. Vi har fått opplyst at i 2011 var det tre hele stillinger + student tilknyttet dagsentret. Nå er det en 50% stilling og en 20% stilling som er på huset torsdag kveld vanligvis. Brukere uttaler at de mener at *«tilbudet har falt litt fra hverandre og at det ikke er så godt som det var for noen år siden»*. Brukere har inntrykk av mye midler har gått til de svakeste brukerne og rusmiddelbrukere, mens et brukerstyrt tilbud som Tommelstadsgate har blitt mer overlatt til seg selv. Intervjupersonene tilføyer også at de tror at brukerne på dagsenteret kan

være engstelige for å si i fra om hva de synes om tilbudet i Tommelstadsgate, fordi de frykter at de kan miste tilbudet.

Brukerne mener at en miljøarbeider som er i huset mer fast, vil kunne bidra til at tilbudet blir mer organisert. Noen brukere kan også ha behov for samtaler med en profesjonell person. Slik det er nå er dette nesten ikke mulig (ifølge brukeres vurdering).

Denne brukergruppe trenger et forutsigbart tilbud som skaper trygghet og trivsel. For lite tilgjengelig personale kan bidra til at tilbudet ikke blir forutsigbart. For en tid tilbake var det planlagt at huset skulle på overnattingstur til Lillehammer for å se Maihaugen og brukere skulle bo sammen i en hytte. Brukerne hadde selv betalt for turen og hytten (egenandel + penger fra dagsenteret). Hytten var bestilt og betalt, men rett før turen skulle foregå, ble den avlyst, fordi kommunen ikke kunne stille med tilstrekkelig personale. Det endte med at turen ble endret til en dagstur uten overnatting. Brukerne ble veldig skuffet, fordi de hadde gledet seg til denne turen lenge.

Brukerne forteller forøvrig at de har gode erfaringer med det personalet som allerede er tilknyttet dagsenteret, og at de er flinke på hver sine måter.

Vi har fått opplyst at kommunen har planer om at dagsentret for fremtiden skal knyttes nærmere opp mot frisklivssentralen og hverdagsmestring. Kommunen gir uttrykk for at den aktivt har jobbet for å frigjøre ressurser fra dagsenteret ved å gjøre det mer brukerstyrt. De frigjorte ressurser skal brukes til å styrke tilbudet ved frisklivssentralen. Frisklivssentralen skal bidra til å rette fokus mot sunnhet/bedring fremfor sykdom. Kommunen gir uttrykk for at den ønsker å jobbe for å forebygge at innbyggere blir «kronikere».

11.2.7 Tema: Linken og Jobben

Linken og Jobben eies og drives av Frelsesarmeen på oppdrag fra og finansiert av Kongsvinger kommune. Linken og Jobben har eksistert i ca. 3,5 år. Tilbudet er et lavterskeltilbud for voksne rusavhengige over 18 år. Tilbudet kan benyttes av aktive og/eller tidligere rusavhengige. Linken og Jobben er ikke et behandlingstilbud, men det skal bidra til at rusmiddelbrukere får en bedre hverdag. Dette kan indirekte bety at noen brukere blir rusfrie.

Linken holder åpent alle hverdager unntatt tirsdager fra kl. 08.30 – 14.30. Jobben holder åpent mandag, onsdag og torsdag fra kl. 09.30-13-30.

Linken er et værested/varmestue, og kan bl.a. tilby lunsj, kaffe og vafler, dusj, vaskemaskin, treningsrom/aktivitetsrom, enkle helsetjenester, utdeling av tøy, PC med internettilgang/telefon, NADA akupunktur samt samtaler, råd og veiledning. Det blir avholdt fellestur for brukene en gang pr måned og diverse kurstilbud. Alle tilbud og aktiviteter på Linken er gratis. Det er cirka 40 brukere innom Linken daglig. Noen brukere går ikke på Linken og Jobben fordi dette kan virke stigmatiserende. Brukere på Linken og Jobben er typisk godt «etablerte» rusmiddelmissbrukere.

Jobben er et lavterskel arbeidstreningstilbud for tidligere og-/eller aktive rusmiddelavhengige. Jobben er åpen tre dager i uken og aktiviteten består av 4 timer inkludert 30 minutters lunsjpause. Deltagerne jobber sammen med en arbeidsveileder, og det er krav om at hver deltaker må stille arbeidsfør på jobb. Hver deltaker har dagskontrakt, er forsikret og mottar motivasjonspenger ved endt arbeidsdag pålydende 250 kr. Jobben som tiltak har – på papiret - mulighet til å ta imot inntil 12 deltakere pr dag som blir fordelt i lag/arbeidsstasjoner. I praksis er det ofte flere enn 12 som ønsker å delta, og Frelsesarmeen forsøker å inkludere alle. Jobben har en stor mengde oppdrag, mer enn de

klarer å utføre. Kundene betaler 100 kr i timen pr person, og Jobben får en rekke ulike, større eller mindre arbeidsoppdrag.

Det er utarbeidet en kontrakt mellom Kongsvinger kommune og Frelsesarmeen om driften. Det fremgår av kontrakten at partene forutsetter at personalet har et tett samarbeid med Enhet for Psykisk helse og Rusomsorg i Kongsvinger kommune og NAV Kongsvinger.

Kongsvinger kommuner betaler et årlig vederlag på 2.8 millioner for driften av Linken og Jobben. Det har blitt uttalt at Linken og Jobben er et kostbart tilbud for kommunen, men at et slik tilbud er nødvendig. Kommunen har tre måneders oppsigelsestid på avtalen. Linken og Jobben har ikke inntrykk av at tilbudet for rusmiddelbrukere er overdimensjonert. Etter deres oppfatning driver kommunen nærmere med «brannslukking» på området, men er enige i at tilbudet er blitt bedre i løpet av de siste årene, og at det nå er på et akseptabelt nivå. De gir videre uttrykk for at ressursene som kommunen har til rådighet, blir disponert på en fornuftig måte. Linken og Jobben gir uttrykk for at de godt kunne godt bruke flere midler til å kunne arrangere aktiviteter, turer mv.

Ved opprettelse av Linken og Jobben ble det avtalt at kommunen skulle bidra med en medarbeider, som kunne gi enklere medisinskfaglig oppfølging til brukere på Linken (f.eks. sykepleier en dag pr. uke). Dette ble aldri realisert fra kommunens side, og Linken står derfor selv for sårstell, blodsuktermåling mv. Kommunen forteller at de har utøvende tjenesteytere som er innom Linken hver dag for å hilse på brukere og spørre om det er noe de kan hjelpe med.

I tillegg til Linken og Jobben har Frelsesarmeen ansvar for et tilbud om Gatefotball. Dette er et tiltak som skal bidra til at deltakerne er mer rusfrie og at de har en bedre hverdag. Deltakerne deltar i både NM og ulike Cuper, herunder World Homeless Cup.

11.2.8 Tema: Oppsøkende team – rusfeltet

Vi har 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 interkommunale prosjekt ROS kan – ifølge intervjupersoner - ikke erstatte et gatenært og oppsøkende team.

Intervjupersoner mener at mangelen på et gatenært oppsøkende team skyldes for få ressurser, og foreslår at man kan anvende interkommunale samarbeider for å kunne finansiere et oppsøkende team. Forøvrig sies det at det oppsøkende team vil jobbe forebyggende og derfor virke besparende ved at man kan få unge og øvrige «vekk fra gaten» og ut i jobb eller utdanning. Det uttales at kommunen mangler et langsiktig perspektiv. Forøvrig hadde kommunen to slike utekontakter for noen år siden.

11.2.9 Tema: Avrusning og ettervern

Fastlege kan henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten for avrusning, mens LAR-konsulenten kan bistå. NAV betaler for brukerens avrusning. Det er brukeren selv som må søke.

Vi har fått utsagn som tilsier at kommunen har utfordring knyttet til avrusning og ettervern og at det skjer at brukere «faller mellom to stoler». Avrusning skjer som oftest ved Sanderud (spesialisthelsetjeneste), og brukeren bør deretter få institusjonsplass. Det kan være lang ventetid på en slik plass, og i mellomtiden kan noen brukere bli «glemt» av kommunen, fordi kommunen ikke kan tilby midlertidig omsorgsbolig eller har øvrige tilbud i ventetiden. Andre intervjupersoner har

imidlertid fortalt at det er vanskelig å få avrusing uten at institusjonsplass er bestilt og på plass. Det normale er derfor at brukere reiser rett fra avrusing til institusjon, og at det er derfor ikke vanlig med ventetid mellom avrusing og institusjonsopphold.

Etter opphold på institusjon er det også viktig med et godt ettervern. I desember 2013 ble det gjennomført en brukerundersøkelse av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Undersøkelsen viser i samsvar med våre funn, at pasienter som er på rusinstitusjon opplever å måtte vente for lenge på behandling og at forberedelsen og oppfølgingen etter behandling er mangelfull. Mange opplever å vente for lenge før de får behandling og altfor mange opplever at de ikke får god nok hjelp til å mestre livet etter behandling.²³

Kommunen har utarbeidet prosedyre for nedtrapping fra substitusjonslegemiddel i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering.

11.2.10 Tema: NAV

NAV er organisert med en partnerskapsavtale som regulerer de statlige og kommunale oppgaver. I praksis jobber alle ansatte på tvers, uavhengig av om de er statlig eller kommunalt ansatt.

Mange innbyggere som er i kontakt med NAV har en eller annen psykisk utfordring. Det har også ofte sammenheng med at langt sykdomsforløp eller et langt forløp som arbeidsledig. NAV erfarer at det er spesielt mange «utsatte» brukere i Kongsvinger, og det bidrar til et press på NAV Kongsvinger.

Der er ikke noe rusteam tilknyttet NAV, som det var tidligere.

NAV har etablert et prosjekt, som forsøker å få avklart arbeidsevnen hos personer utenfor arbeidsmarkedet. Prosjektet forsøker å få personer i jobb, bl.a. gjennom jobbsjansen, hvor man hjelper ikke vestlige kvinner i jobb. Det er generelt et fokus på mestring, og hva personene kan, og derfor ikke så mye fokus på personers evt. psykiske problemer og evt. rusmiddelbruk. Det er cirka 95 brukere pr måned i dette prosjekt, og de er ute i aktivitet etter 3 dager til 1 års tid i prosjektet. Prosjektet skal bidra til at det blir avklart hvor mye personene kan jobbe. I tillegg har NAV et ungdomsteam, som i mange tilfelle kommer i kontakt med ungdommer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelmisbruk.

Vi har fått tilbakemeldinger om at det mangler et lavterskel-aktiveringstilbud i Kongsvinger, hvor man kan forsøke å jobbe i en kortere eller litt lengre periode. Dette kan spesielt være et behov for ungdommer. Det som mangler er økonomiske ressurser til en koordinator, som kan stå for aktiveringen. De tilbud som allerede er i Kongsvinger «skyter for høyt», og det er altså derfor spesielt et lavterskel-tilbud som mangler. Et slikt tilbud skulle være noe annet/til annen brukergruppe enn Jobben (Linken og Jobben) som er målrettet tilbud for rusmiddelbrukere og Eskoleia AS (som omtales nedenfor).

Et tiltak kunne være å etablere «Aktivitet for sosialhjelp», som er noe andre kommuner har gode erfaringer med. Et slikt tilbud kan få personer «opp av sengen om morgen» og de kan inngå en i forpliktende jobbrelasjon. Et tilbud om «Aktivitet for sosialhjelp» er p.t. under politisk behandling i Kongsvinger kommune.

NAV omtales også i avsnitt 11.2.19 vedrørende tilgjengelighet.

²³ 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

11.2.11 Tema: Eskoleia AS

Kongsvinger kommune har inngått i et samarbeidsprosjekt med NAV Kongsvinger og DPS om Eskoleia AS, som er en attføringsbedrift med tre forretningsområder: personalutvikling, barnehage og produksjon. Barnehagen og produksjonsavdelingen er ordinære virksomheter hvor Eskoleia sine tiltaksdeltakere kan trene i reelle bedriftsmiljøer. Eskoleia drifter også andre interne treningsarenaer som jobbfrukt, byggservice, kantine mm. Selskapet ble etablert i 1992 og eies av Eidskog og Kongsvinger kommuner.²⁴

11.2.12 Tema: Personlig økonomi og gjeldsrådgivning

NAV tilbyr hjelp til personlig økonomi og gjeldsrådgivning, men det må skje på frivillig basis. Vi har mottatt tilbakemeldinger om at det ønskelig med forbedring på dette tjenesteområdet. Det er ansatt en gjeldsrådgiver hos NAV, men denne har ofte mange saker og er ikke alltid tilgjengelig for henvisning av nye brukere. De øvrige NAV-ansatte kan gi råd om «hverdagsøkonomi», men ikke nødvendigvis hvis det er mer kompliserte saker.

Samtidig har et fåtall brukere frivillig forvaltning av privat økonomi. Ifølge intervjupersoner er dette et virkemiddel som nesten ikke brukt i Kongsvinger kommune, og at «*en kunne ønske at det var mer brukt*». Det er dog funn som tilsier at det skjedd forbedringer knyttet til dette innenfor de senere årene.

11.2.13 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.²⁵

11.2.13.1 Botilbudene

Det er Kongsvinger kommunes forvaltningsteam som fatter vedtak om tildeling av bolig. Forvaltningsteamet har til enhver tid oversikt over kommunens boliger og hvor det er noe ledig, og en saksbehandler er hovedansvarlig for samarbeidet med Kongsvinger boligstiftelse.

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 være et aktuelt tiltak, som NAV administrerer. Boligtilbudene er generelt både et ansvarsområde for forvaltningsteamet (som tildeler), for psykisk helse- og rusomsorg (som praktiserer/følger opp) og for NAV (som har eget boligteam).

NAVs boligsosiale team er ansvarlige for et boligsosialt prosjekt. Dette er et interkommunalt prosjekt for økonomisk rådgivning og gjeldsrådgivning rettet mot ungdom, bosetting av flyktninger og introduksjonsprogram. Teamet hjelper bostedsløse, herunder flyktninger, til å få seg en bolig (bl.a. kommunal bolig) og gir gjeldsrådgivning. Prosjektet ble startet i 2012, og har fått støtte fra

²⁴ Kilde: <http://www.eskoleia.no/om-oss>

²⁵ Lov om sosiale tjenester i NAV § 27.

fylkesmannen. På dette prosjektet er det en del miljøarbeid, og dette teamet jobber derfor litt annerledes enn de øvrige NAV-tjenester. NAV-veiledere veileder og følger opp personer som bor i kommunale boliger eller med å komme inn på det private leiemarked. Dette skjer også ved at veilederne reiser ut til brukere. DPS Kongsvinger uttaler for øvrig at kommunens botilbud/-oppfølging er blitt bedre etter at dette boligsosiale teamet ble opprettet (se vedlegg B).

Kongsvinger kommune disponerte i 2013 totalt over 340 boliger. Kommunen har ulike typer boliger, herunder leiligheter for aktive rusmisbrukere, boliger for personer med alvorlige psykiske lidelser, boliger for brukere av ikke illegale rusmidler (alkohol) og vanlige omsorgsboliger. I enkelte tilfelle kjøper kommunen tjenester/botilbud for brukere. NAV har tre akuttboliger som de selv disponerer.

Vi presenterer i det følgende de vesentlige botilbud for gruppen av personer med psykiske lidelser/problemer og rusproblematikk.

SOFIESGATE 2

Kommunen har opprettet 10 leiligheter i Sofiesgate 2 for aktive rusmisbrukere. De som bor i leilighetene har vedtak på dette fra kommunen, og det har vært en forutsetning for å motta bolig, at brukere tar imot oppfølging. Beboere skal samtidig ha inngått avtale med NAV om betaling av boutgifter. Det er en forutsetning at det utformes samarbeidsavtale mellom bruker, NAV og den psykiske helse- og rusomsorg. I utgangspunktet er Sofiesgate 2 midlertidige botilbud, men i praksis blir det fort til et varig botilbud.

Boligene har ambulerende bemanning på dagtid og stasjonær bemanning kveld og natt på hverdager. I helgene er det stasjonær bemanning hele døgnet, med unntak av tidsrommet 07.30-09.30. Ifølge kommunens rutiner for den stasjonære bemanning i Sofiesgate, er formålet med denne å yte veiledning til den enkelte beboer, samt å utføre tilsyn. Tilsynet går ut på å legge til rette for at husordensreglene blir fulgt, og det skal utføres tilsynsrunder hver halvtime på kveld og natt i fellesarealene.

Vi har mottatt signaler om at det har variert hvordan vaktordningen i Sofiesgate har fungert, og at tilsynet for ofte har vært ambulerende. Vi har også sett i et teammøtereferat at praksis er endret, slik at nattevaktene jobber ambulerende mellom Sofiesgate 2 og Gulliveien. Dette stemmer ikke overens med de beskrevne rutiner for Sofiesgate 2, som beskriver at tilbudet har fast stasjonær nattevakt.

Personalet har vaktrom i tilknytning til Linken, mens selve boligene ligger i etasjen over. Denne innretning virker ikke spesiell fordelaktig, da det lett kan bli for stor avstand mellom de ansatte miljøarbeidere og brukerne. Videre er det i praksis få rutiner på tilsynet og aktivitetsopplegget for beboerne. Det kunne – ifølge intervjupersoner – være en ide med mer faste rutiner på tilsynet, faste aktiviteter for beboere og at disse blir tillagt et større ansvar for å holde boligene i brukbar stand.

En del brukere passer ikke inn eller ønsker ikke å bo i boligene i Sofiesgate 2. Kommunen har følgelig hatt vanskelig ved å få fylt opp alle boligene, og en del boliger står fortsatt tomme. I tjenesteområdets årsrapport for 2013, kommenterer kommunen selv at tjenestetilbudet kan være overdimensjonert. Det har samtidig vært en del utgifter til å oppussing av leilighetene etter de har blitt ødelagt av brukere. Det er den psykiske helse og rusomsorg som blir belastet for utgiftene til Sofiesgate 2, og dette tilbudet har medført høye driftsutgifter på tjenesteområdet.

Frelsesarmeen har uttrykt interesse for å drifte leilighetene, da det kan oppstå utfordringer når kommunen drifter boligene, mens Frelsesarmeen drifter Linken. Eksempelvis er det en utfordring at leilighetene i Sofiesgate har samme inngang som Linken. Det skjer at brukere blir bortvist fra Linken,

og da er det uheldig at deres bolig ligger i samme bygning som Linken, og med samme inngang. Det er også problemer med at beboere slipper andre misbrukere inn i boligene, og at boligene blir et samlingssted for misbrukere uten tilstrekkelig tilsyn. Det er blitt oss fortalt at det kommer ungdommer helt ned i 13-årsalderen til boligene her for å kjøpe narkotiske stoffer.

O. SKØYENS VEI 43

O. Skøyens vei 43, også kalt «Rusblokka», er en rekke kommunale leiligheter, hvor det primært bor eldre alkoholikere. Vi har fått opplyst at botilbudet her i hovedsak er varig og fungerer som et hospits uten tilsyn, at husleia her er lav i forhold til andre tilbud, og mange er fornøyd med botilbudet.

Rusblokka ble portrettert i NRK Brennpunkt-dokumentaren som dysfunksjonell og uverdig. Vi har tilbakemeldinger om at det fortsatt er kaotisk ved rusblokka, og at noen av de som bor her, ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Det er blitt sagt at det som skjer ved rusblokka er uverdig, innebærer helserisiko og at det ikke er noe godt tilbud. Det meldes om mye uro, bråk og branntilløp i rusblokka, og intervjupersoner mener at kommunen i større grad burde tilby tilsyn og unngå å samle så mange misbrukere under samme tak. Vi har fått signaler om at noen beboere her bør vurderes mht. omsorgsbolig. Andre intervjupersoner er enig i at det er en del uro ved disse boligene, og at kommunen bør være mere tilstede. Likevel er det blitt bedre de siste årene, hvor brukergruppen er blitt mer ensartet. Noen intervjupersoner mener også at det bedre å rendyrke botilbudene slik at eldre alkoholikere bor et sted, mens yngre rusmisbrukere bor et annet sted. Dette for å forbedre livskvaliteten for eldre alkoholikere og for å unngå konflikter. I rusblokka har man nå samlet en gruppe av eldre misbrukere som lever rolig og trygt sammen, og noen mener derfor at dette tilbudet fungerer godt og at beboerne trives med å bo her og i stor grad passer seg selv.

GULLIVEIEN OG HOLT HDO

I 2013 ble det etablert et psykiatrisk tilbud for seks brukere med behov for heldøgntilsyn i Gulliveien. Her er det nattevakt og aktivitetstilbud på dagtid. Samtidig åpnet 5 nye plasser ved Holt HDO (Heldøgns omsorgstilbud). Her er det dag- og kveldsstøtte. Boligene hadde en periode ansatte med for lav kompetanse til å håndtere brukergruppen, og det ble derfor gjennomført en omstilling der man internt flyttet på fagpersoner og styrket totalkompetansen i tjenesten rettet mot de dårligste pasientene. Tidligere var kommunen avhengig av å kjøpe en del plasser fordi de ikke selv hadde boliger med heldøgnsomsorg. Kommunen kjøper fremdeles slike plasser i de tilfellene hvor de ikke selv har nødvendig kompetanse.

ØVRIGE BOLIGER

Øvrige boliger som er relevante for denne målgruppen er kommunens akuttboliger. Kommunen har to akuttboliger i Holtvegen, samt enkelte i O. Skøyens veg 43. NAV råder som nevnt også over akuttboliger.

Forøvrig er det NAVs boligsosiale team som bistår brukere i å skaffe seg egen bolig.

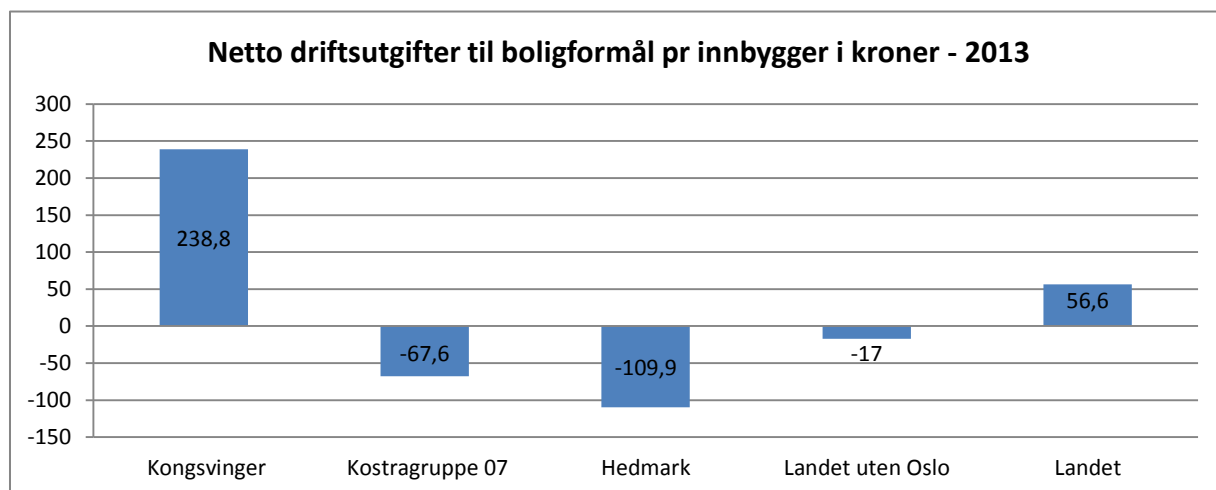
11.2.13.2 Utgiftsnivå på kommunale boliger

Tall fra KOSTRA viser at Kongsvinger kommune har et høyt utgiftsnivå på kommunale boliger. I landet forøvrig er det mer vanlig at kommunene har inntekter på kommunale boliger (se Figur 7). Samtidig har kommunen lave investeringsutgifter til boligformål (se Figur 8). Kongsvinger skiller seg ut ved at en liten andel av de kommunalt disponerte boliger er eid av kommune selv (se Figur 9). Dette forklarer sannsynligvis lave investeringsutgifter og høye driftsutgifter. Ser man på brutto

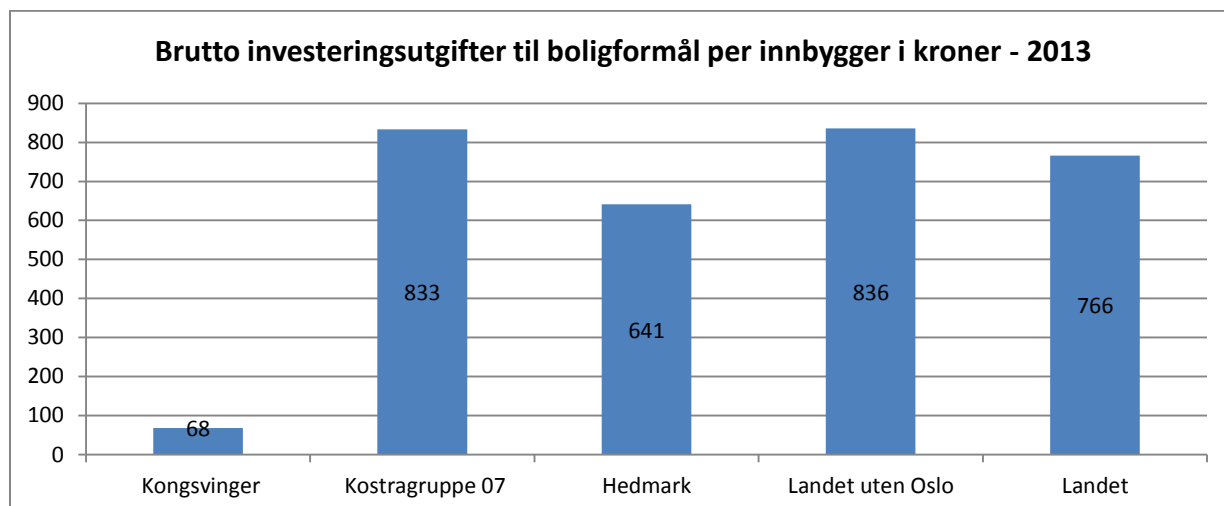
driftsutgifter på kommunalt disponerte bolig, viser tallene at Kongsvinger har høyeste kostnadsnivå i forhold til øvrige kommuner (se Figur 10).

Kommunen har fortalt at en del beboere i kommunale boliger ikke klarer å betale husleie, hvilket også medfører at kommunen dekker en del husleierestanser. Antall personer med mer enn to husleiers restanse er imidlertid redusert fra 47 til 24 i løpet av 2013. Av disse 24 har 7 fått frivillig forvaltning og 12 av de 24 har nedbetalingsavtale som resultat av samarbeidet og tettere oppfølging fra NAV. Vi har fått opplyst at reduksjonen på husleierestanser tilsvarer kr 249 000. Samtidig har kommunen redusert omfanget av restanser på strømgjeld med 23,7 %. Det er NAV som er husleiansvarlig for ordinære kommunale boliger.

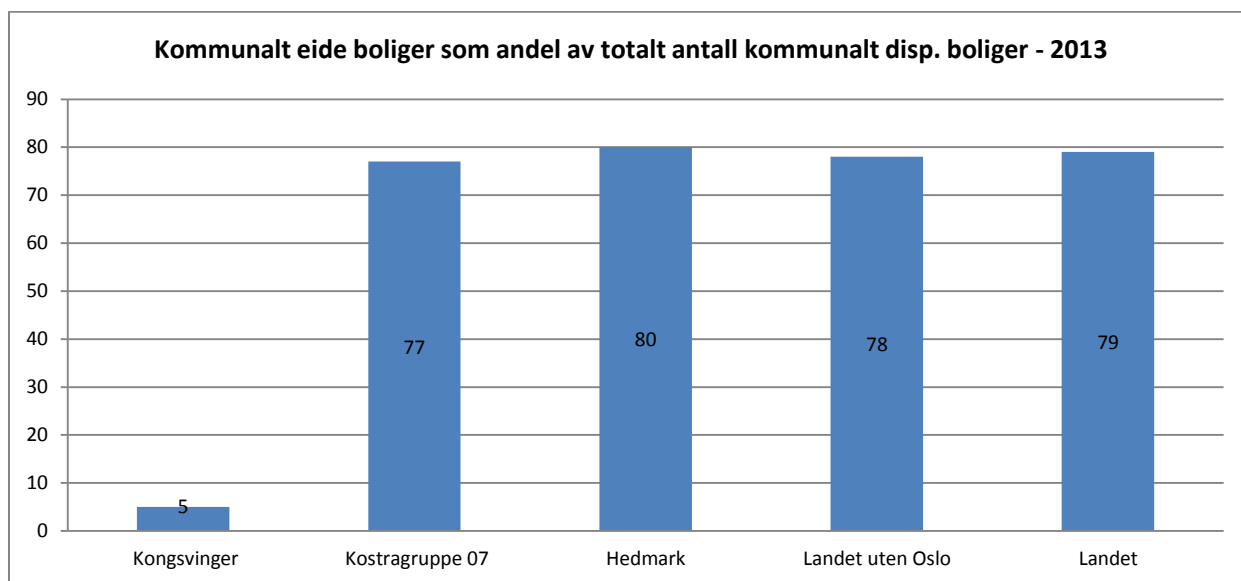
At Kongsvinger kommune eier en liten andel av boligene, skyldes trolig at kommunen har stiftet Kongsvinger boligstiftelse, Stiftelsen har eksistert siden 1969 som et samarbeid mellom Kongsvinger kommune og Kongsvinger og omegn boligbyggerlag (Kobbl). Kongsvinger boligstiftelse har som formål å erverve eller forestå oppføring av boligbygg og leie ut boligene i slike bygg til vanskeligstilte boligsøkende i Kongsvinger. Stiftelsen er et selvstendig rettssubjekt uten eget økonomisk formål annet enn langsiktighet og forutsigbarhet i drift og forvaltning. Fra 2005 har stiftelsen hatt egen administrasjon, og denne består i dag av 4 årsverk. Styret velges for 2 år av gangen. I henhold til vedtektene skal Kongsvinger kommune velge tre medlemmer, Kobbl et medlem, og et medlem skal velges av en av brukernes interessegrupper.



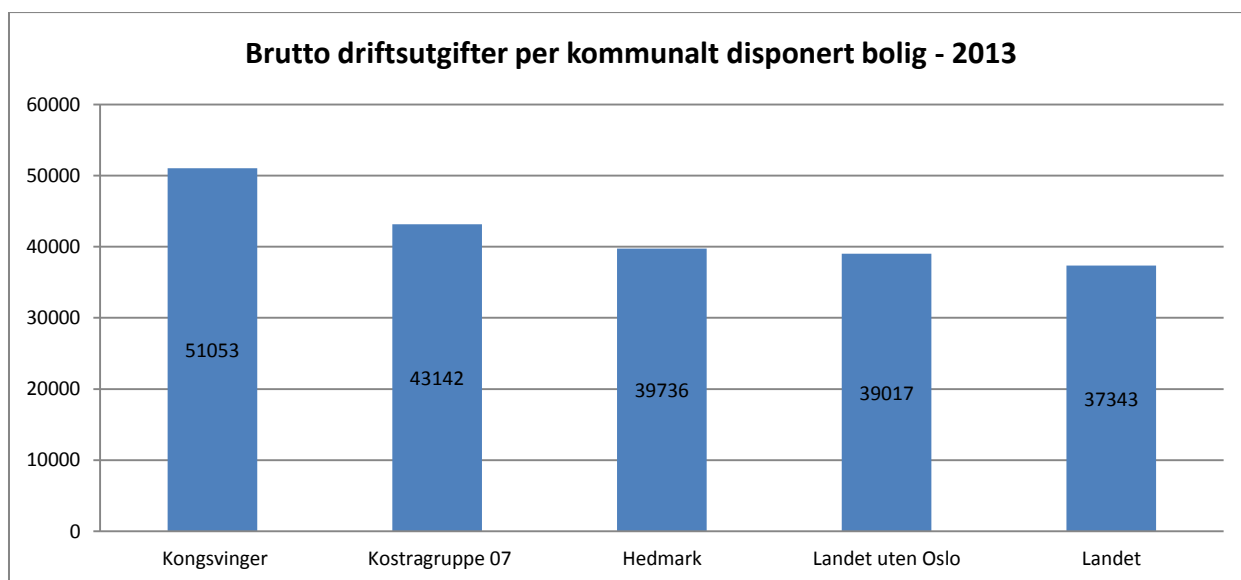
Figur 7



Figur 8



Figur 9



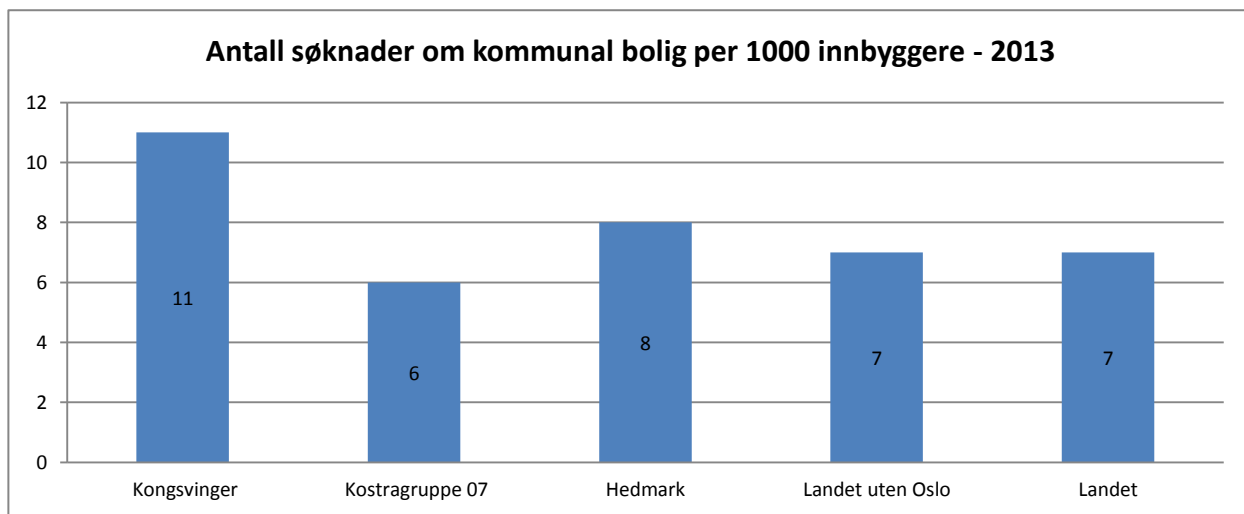
Figur 10

11.2.13.3 Ventetid og søknad på kommunal bolig og startlån/bostøtte

Vi har funnet data som indikerer at det kan være vanskelig å få en kommunal bolig, og at det på nettopp dette tjenesteområde kan være noe ventetid. Noen uttaler at er det er ekstra vanskelig å få en kommunal bolig, hvis man ikke har tilknytning til byen fra før. Boligmangel kan også skape problemer for pasienter som utskrives fra spesialisthelsetjenesten. Ventetiden er spesielt lang i forhold til boliger med heldøgnsomsorg.

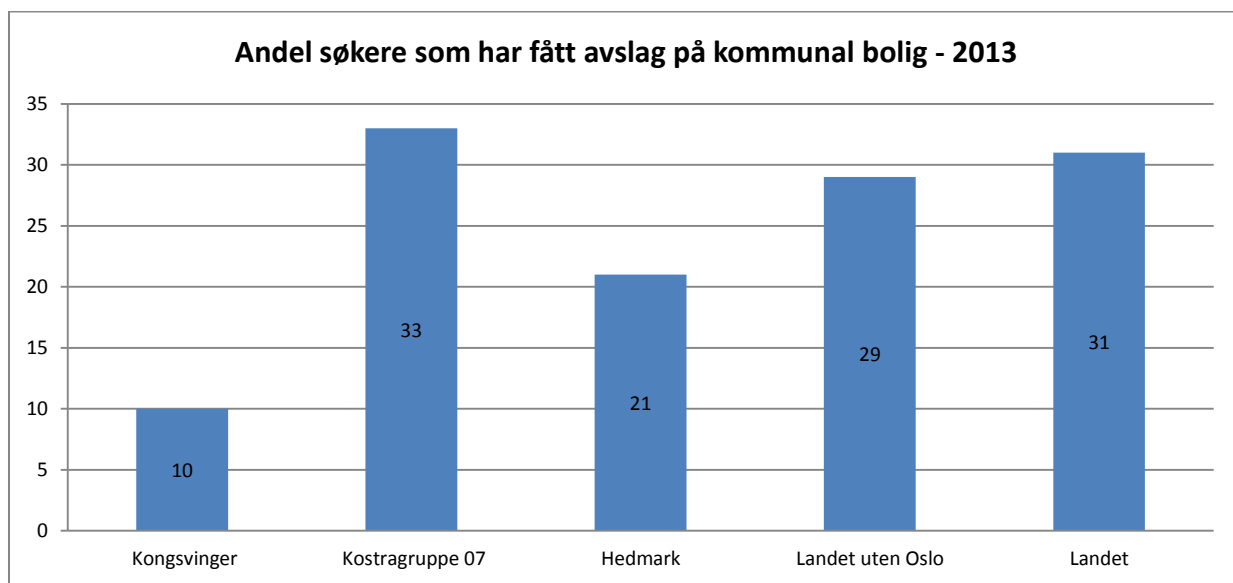
Kongsvinger kommune har mange søknader på kommunal bolig per 1000 innbyggere (se Figur 11). Få søkere får avslag i kommunen (se Figur 12). Antallet av kommunalt disponerte boliger pr innbygger er litt under landsgjennomsnittet (se Figur 13). Samtidig er antallet av nye boliger godkjent for finansiering av Husbanken (per 1000 innbyggere) markant lavere enn landsgjennomsnittet (se Figur 14). Likevel er antallet av husstander tilkjent statlig bostøtte fra Husbanken høyere enn i landet

forøvrig (se Figur 15). Beløpet som blir gitt i startlån er i gjennomsnitt lavere i Kongsvinger enn i

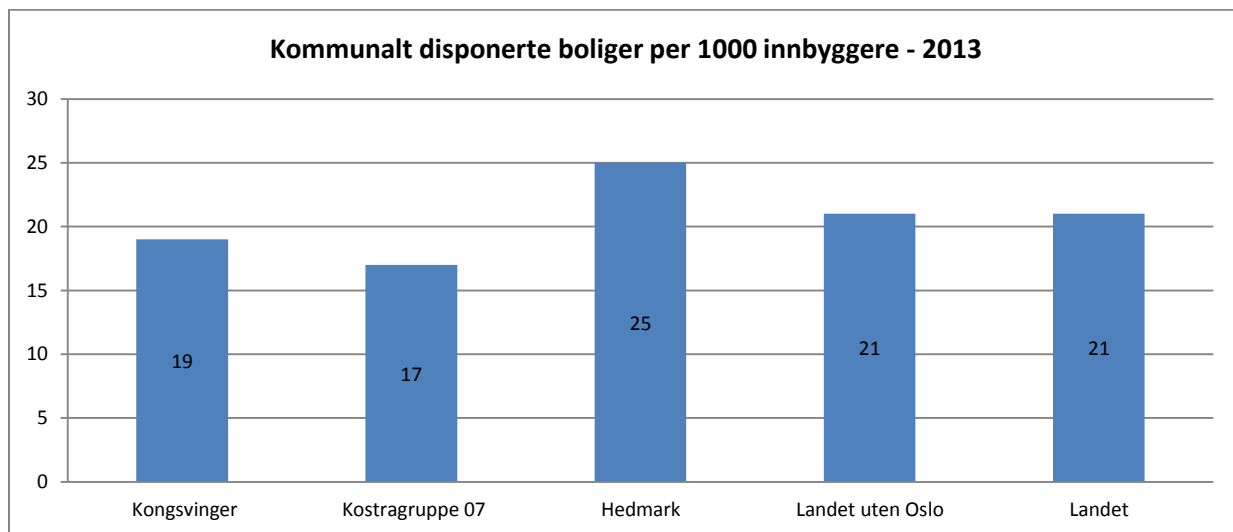


landet forøvrig (se Figur 16).

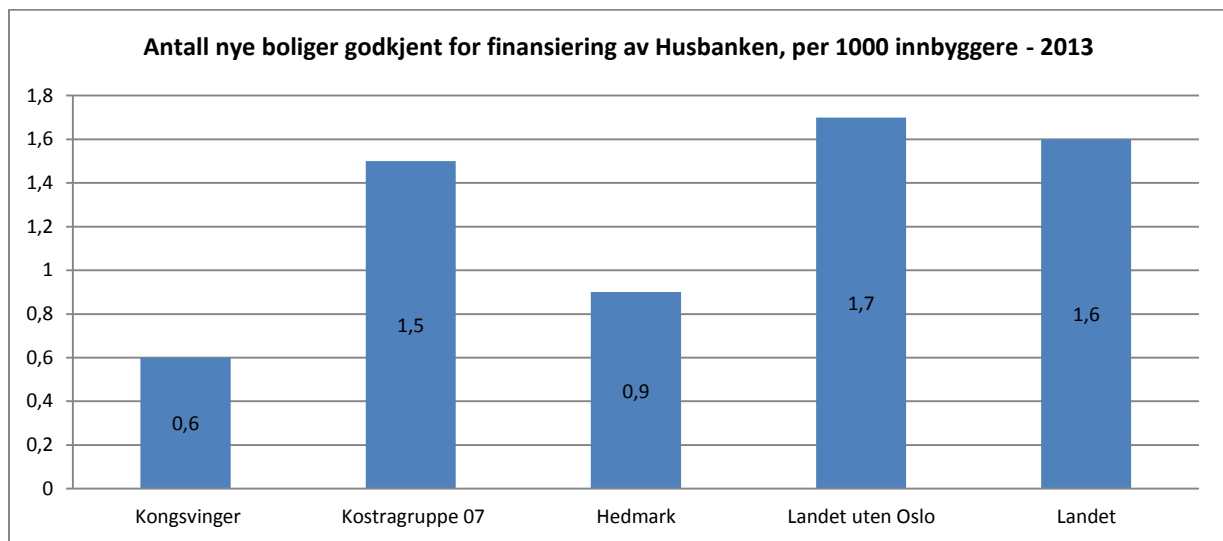
Figur 11



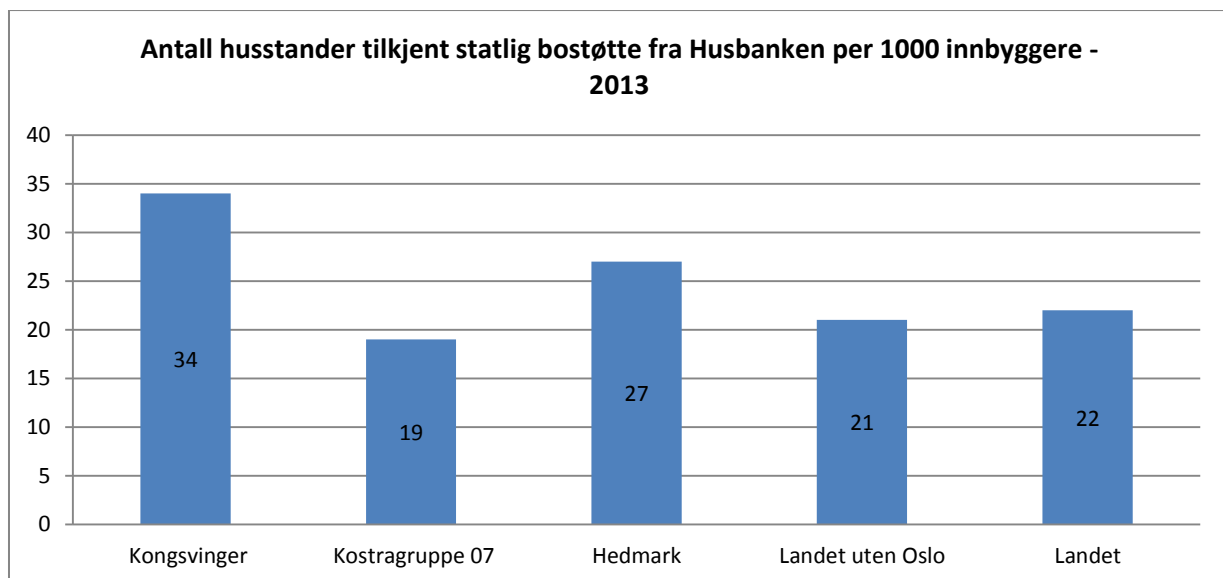
Figur 12



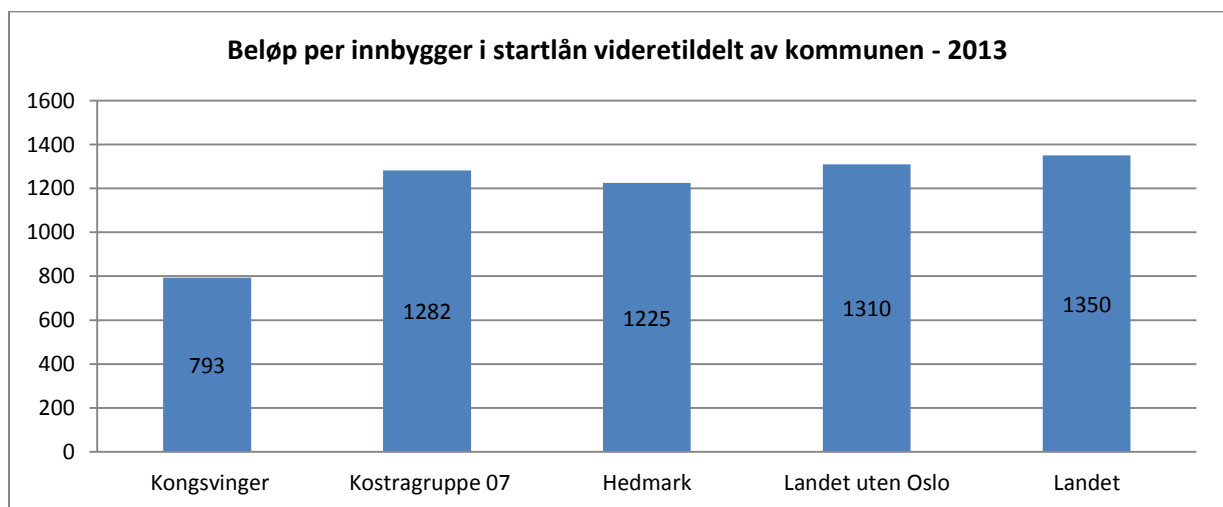
Figur 13



Figur 14



Figur 15

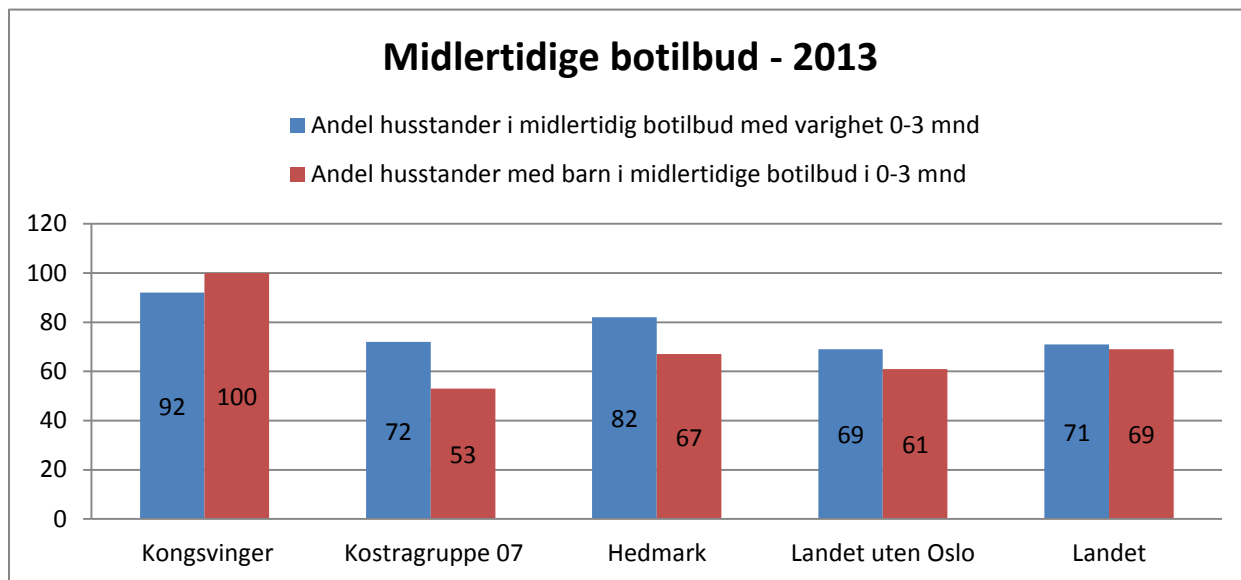


Figur 16

11.2.13.4 Midlertidige botilbud

Kommunens utgangspunkt er at de kommunale botilbud (bortsett fra omsorgsboliger) skal være midlertidige, men i praksis blir de ofte varige. En del beboere kan ha angst for å flytte vekk fra botilbudet, ha bodd der veldig lenge mv.

Tall fra KOSTRA bekrefter at bruken av midlertidige boliger er vanlig og høyere enn i landet forøvrig. Alle husstander med barn bor i midlertidige botilbud med varighet 0-3 måneder.



Figur 17

11.2.13.5 Generelt om kommunens botilbud

Som en del av kommunens deltakelse i det boligsosiale utviklingsprogram, ble det i 2011 utarbeidet en foranalyse av det boligsosiale arbeidet i kommunen.²⁶ Kongsvinger hadde etter eget utsagn på daværende tidspunkt følgende utfordringer: Dårlig dekning og manglende samsvar mellom behov og tilbud, mangelfullt bolig- og oppfølgingstilbud til ulike vanskeligstilte grupper, en boligpolitikk preget av for lite helhetlige løsninger, dårlig samordning av virkemiddelbruken grunnet fragmentert organisering, dårlig forankring av det boligsosiale arbeidet i egen organisasjon, dårlig integrering av den boligsosiale virksomheten i den generelle boligpolitikken, uutnyttede muligheter for fysisk tilpasning av den eksisterende boligmasse til aktuelle brukergruppers behov og for liten bruk av Husbankens økonomiske virkemidler. Rapporten kom med en rekke anbefalinger som gikk på bygging eller innkjøp av boligtyper som mangler, gjennomgang av husleiefastsettelse, boligenes tilgjengelighet, koordinering av det boligsosiale arbeidet, administrativ forankring av boligpolitikken og økt bruk av husbankens individrettede virkemidler.

På noen av de ovennevnte punkter tilsier våre funn at det er skjedd forbedringer, bl.a. i forhold til bygging og innkjøp av boligtyper som mangler. Men det er også noen forhold som fortsatt synes å ha et fortsatt forbedringspotensial:

Kongsvinger kommune har en forholdsvis spredt boligmasse. Det skaper utfordringer. Det kan være vanskelig å utnytte personalets fagkompetanse og ressurser optimalt. Noen intervjupersoner mener

²⁶ Rapporten ble utarbeidet av NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

det er ønskelig å samle kommunens boliger mer, spesielt når det gjelder omsorgsboliger. Noen mener også at kommunen mangler et bofellesskap for brukere som per i dag bor for seg selv.

Kommunen har i mai 2013 etablert et sentralisert forvaltningsteam for boligtildeling i kommunen, og det er også blitt opprettet et boligsosialt team under den psykiske helse- og rusomsorg. Kommunen etablerte i 2013 også et boligsosialt forum, som i hovedsak består av enhetsledere som er involvert i boligsosialt arbeid. Boligsosialt forum er et strategisk forum med ansvar for administrative beslutninger og strategisk utvikling innen det boligsosiale arbeidet. Kommunen deltar også i boligsosialt utviklingsprogram i regi av Husbanken region Øst. Målet med programsatsingen er at kommunene som deltar, gjennom et forpliktende og langsiktig partnerskap med Husbanken, skal bli dyktigere til å løse sine boligsosiale utfordringer.

På tross av satsningen på det boligsosiale område, synes det likevel fortsatt å mangle en administrativ forankring av det boligsosiale arbeid. NAV, forvaltningsteamet, det boligsosiale teamet og Kongsvinger boligstiftelse er alle viktige aktører, som er plassert i ulike tjenesteområder og som sitter spredt på ulike lokalisasjoner i byen.

Kommunen har ikke noen overordnet boligsosial handlingsplan. Som en del av det boligsosiale utviklingsprogram ble det i 2012 utarbeidet en program- og aktivitetsplan for de kommunale botilbud, men det er ikke noen overordnet ny, politisk forankret og lokal handlingsplan. I St.meld. nr. 49 (1997-98) oppfordres kommunene til å utarbeide lokale handlingsplaner for boligetablering. Den kommunale boligsosiale handlingsplanen skal ta for seg vanskeligstilte på boligmarkedet og de som har problemer med å etablere seg og bli boende i bolig. Disse problemstillingene må sees i sammenheng med kommunens generelle boligpolitikk og øvrige planprosesser og plandokumenter.

11.2.14 Tema: Fastlegene og kommuneoverlege

Vi har fått opplyst at den kommunale psykiske helse- og rusomsorg har en koordinerende rolle i forhold til brukere med psykiske vansker/lidelser og rusmisbruk, mens behandlingen skjer hos fastlegen og i spesialisthelsetjenesten. Fastlegene har dermed et behandlingsansvar for egne pasienter.

Fastlegene er forskjellige og noen påtar seg oppgaver selv, mens andre sender mer av oppgavene videre i systemet/til kommunal tjenesteyter.

Vi har fått opplyst at det forekommer at leger sender søknader for brukere om tjenester, uten at brukeren selv har vært kjent med det. Saksbehandler på forvaltningsteamet ønsker en funksjonsvurdering fra legen, mens bruker selv må søke om eller være enig i at det søkes om tjenester.

Forøvrig har Kongsvinger en kommuneoverlege som har en rådgiverrolle for ansatte i hele kommunens helse- og omsorgstjenester. Kommuneoverlegen er organisert i service- og strategienheten. Kommuneoverlegen har slik vi har fått det beskrevet ansvar og oppgaver i forhold til tvungne undersøkelser av personer, men ikke i forhold til tvangsinnleggelse.

11.2.15 Tema: Interkommunale samarbeider, prosjekter og spesialisthelsetjeneste

Kongsvinger kommune har ansatt egen prosjektkoordinator og deltar en lang rekke prosjekter med statlig/fylkeskommunal støtte. Videre er det etablert flere interkommunale prosjekter.

Vi har fått innspill om at satsningen på prosjekter er positivt for kommunen, men at slike prosjekter ofte slutter når prosjektperioden er over. Det bør være en plan for hvordan prosjektene kan inngå i kommunens ordinær drift, dersom de er vellykkede. I motsatt fall blir gode prosjekter og erfaringer borte.

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

11.2.15.1 IKØ – interkommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Med Kongsvinger som vertskommune ble det i juni 2013 etablert et interkommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i samarbeid med Grue, Eidskog, Sør-Odal, Nord-Odal samt Nes kommune i Akershus. Tilbudet har sykepleierkompetanse og fast tilsatt lege. IKØ er et resultat av at det i 2016 vil bli innført en ny 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, og målet er å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten for pasienter som kan ivaretas på et lavere nivå. Tilbudet fullfinansieres av staten.²⁷

11.2.15.2 GIL – Glåmdal interkommunale legevakt

Med Kongsvinger som vertskommune har de samme kommunene med unntak av Nes etablert interkommunal legevakt 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.

11.2.15.3 Glåmdal krisesenter

Kongsvinger kommune er vertskommune for 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.

11.2.15.4 Brukerstyrt plass ved Kongsvinger DPS, Døgnerheten

I oktober 2013 startet distriktpsikiatrisk senter 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.

Kongsvinger kommuner har en målsetning om at det etableres to korttidsplasser og en akutt plass, for å forebygge og å unngå utvikling av situasjoner slik at det ender med bruk av tvang / politi. Det er erfaring med at brukere som har akutte behov for hjelp på natten blir hasteinnlagt til Sanderud for deretter å bli utskrevet igjen neste dag. Denne praksis kan være traumatisk for brukerne, og det

²⁷ Helsedirektoratet: Øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommune.

jobbes derfor for at kommunen (i samarbeid med DPS) i høyere grad selv kan håndtere kortvarige akuttinnleggelser. Forøvrig arbeides det i Sykehuset Innlandet med et tilbud om en «psykiatri-ambulanse», som vil bedre tilbudet og håndteringen av pasienter som trenger akuttinnleggelse i spesialisthelsetjenesten.

11.2.15.5 Akutteam

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

11.2.15.6 ROS²⁸

Prosjekt ROS 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.

ROS har til nå vært prosjektbasert. Vi har fått opplyst i intervjuer at det nå skal bli et fast tilbud/tiltak.

11.2.15.7 Kulturnettverket

Kulturnettverket 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.

11.2.15.8 Bo- og oppfølgingsprosjekt

Kommunen har fått midler fra fylkesmannen i Hedmark til et bo- og oppfølgingsprosjekt for aktive rusmisbrukere. Midlene har gjort det mulig å ansette en person. Prosjektet skal også omhandle kostveiledning.

11.2.16 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 til å fungere godt i praksis.

Frivillighetssentralen er en aktuell aktør, som er relevant for enkelte. Frivillighetssentralen har kommunal ansatt leder og har bestått i 20 år. Kulturkontoret arrangerer også noen turer, som kan være tilpasset denne brukergruppe. Kultur og fritid har egen avdeling for tilpasset kulturtilbud som er aktuelt, og som inngår i Kulturnettverket.

Det er blitt uttalt at det kan være ønskelig med flere aktivitetstilbud for brukere med psykiske helseproblemer, men at kommunens samlede tilbud ellers er bredt og veletablert.

²⁸ Regionalt Oppsøkende Samhandlingstiltak

Med hensyn til bruk av brukerstyrt personlig assistent (BPA) er dette ikke noe som per i dag blir brukt av noen innen for den psykiske helse- og rusomsorg. Det har vært anvendt tidligere. Det er enhet for hjemmebaserte tjenester som administrerer denne tjenesten.

Kongsvinger har en gruppe av «Natteravnere», som er en folkebevegelse som er basert på frivillighet. Natteravnene er ganske alminnelige voksne som jobber på gateplan for å sikre den lokale trygghet. Natteravnene er ikke en del av det kommunale omsorgstilbud, men kan være i samarbeide med det. Natteravnene er aktive i Kongsvinger, ikke med faste aktiviteter, men stiller opp til særlige begivenheter i byen mv.

11.2.17 Tema: Pårørende

Kommunen har ikke noe fast organisert tilbud til pårørende, f.eks. grupper hvor pårørende kan møtes og utveksle erfaring etc. I enkelte tilfelle er det blitt avholdt nettverksmøter med pårørende, og det skjer også at pårørende deltar i ansvarsgrupper rundt den enkelte bruker. Noen pårørende møter opp på Jobben og Linken, dagsenteret i Tommelstadgate mv. DPS har tilbud om pårørendegruppe til rusmiddelavhengige.

Vi har fått tilbakemeldinger fra en bruker om at tilbudet til pårørende innen for psykisk helse generelt er dårlig. Kommuneoverlegen melder imidlertid om at han ikke har mottatt noen signaler fra pårørende om at de ikke føler seg ivaretatt. Når brukere er over 18 år, medfører taushetsplikten at pårørende ikke kan få informasjon om behandlingsforløp i kommunen, medmindre den det gjelder har samtykket til dette.

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

11.2.18 Tema: Kompetanse

Samhandlingsreformen utfordrer i stor grad kommunens behov for spesialisert kompetanse. Av Kongsvinger kommunes budsjett 2014 fremgår det at alle enheter innenfor helse- og omsorg etterspør kompetanseheving.

Kongsvinger kommune deltar som følge av dette i et interkommunalt kompetansenettverk i Glåmdalsregionen. Dette er etablert med midler fra Fylkesmannen og Kompetansesenter rus/region øst (KoRus Øst). Samarbeidet er et tiltak for å sikre at regionen klarer å rekruttere og beholde kvalifisert personell knyttet både til felles drift av spesialiserte tilbud samt for basisorganisasjonen i den enkelte kommune. Kongsvinger kommune er vertskommune for tiltaket. Prosjektet er et hovedprosjekt, med flere underprosjekter. Prosjektet har mottatt 1 mill.kr. fra fylkesmannen i Hedmark, mens KoRus Øst og Helsedirektoratet har bidratt med hhv kr. 150.000 og 250.000 til underprosjektet *Styrking av kompetanse innenfor Rus*.

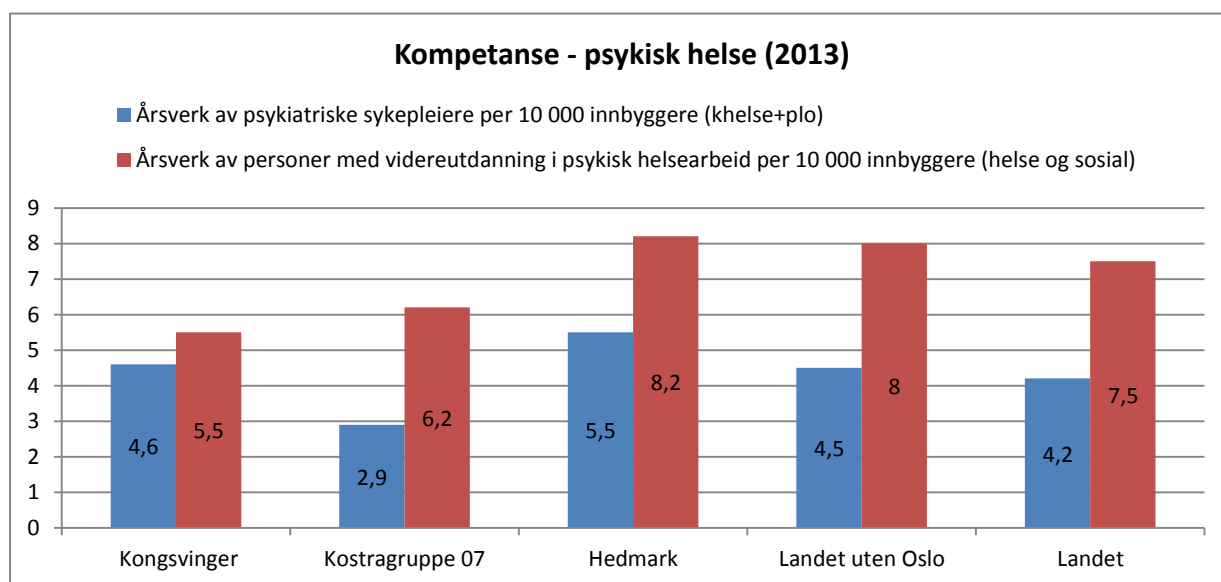
Kommunen har på sensommeren hatt utlyst en stilling som psykolog. Planen er at psykologen skal arbeide med lavterskeltilbud til mennesker med lettere psykiske plager ved Frisklivs- og mestringssenteret, selektiv forebygging og veiledning av ansatte mv.

Forvaltningsteamet har kompetanse innenfor saksbehandling og regelverk. Dette gjelder helse- og sosiallovgivning, men også forvaltningsrett. Leder av service- og forvaltningsteamet er bl.a. utdannet jurist og har arbeidet i Kongsvinger kommune fra 2010. Saksbehandlere i forvaltningsteamet har typisk en type helsefaglig bakgrunn, f.eks. sykepleier, ergoterapeut etc. Forvaltningsteamet har

etterhvert utviklet god kompetanse innenfor psykiatri og rus gjennom erfaring, arbeid med saker, og etterutdanning. De ansatte kan også rådføre seg med kommuneoverlege som de møter jevnlig.

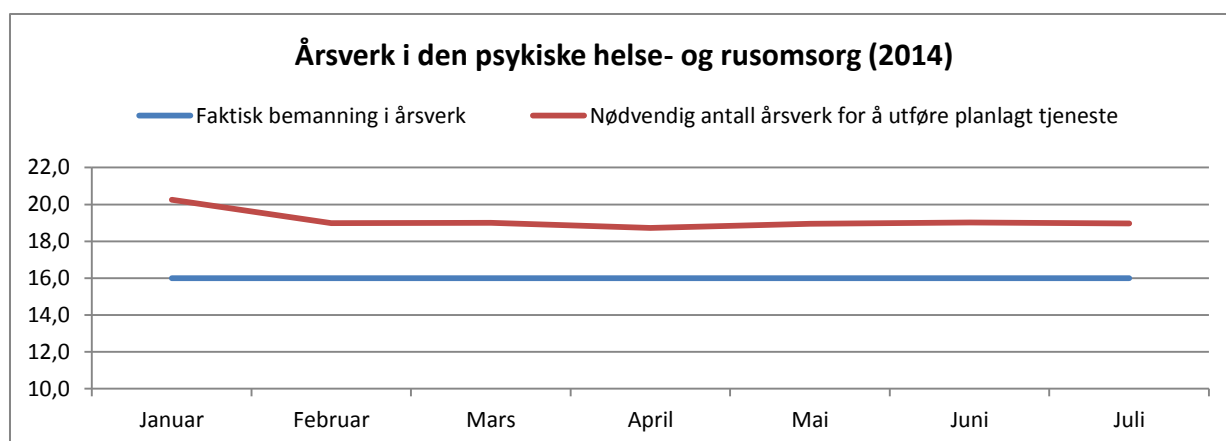
Psykisk helse og rusomsorg har samlet 22,66 årsverk til disposisjon (fordelt på 26 personer). Intervjupersoner melder om at omorganiseringene som har ført til at psykisk helse og rus er underordnet helse- og rehabiliteringsenheten, har bidratt positivt til å kunne utnytte tverrfaglig kompetanse. Samtidig vurderer de ansatte generelt at kompetansen er høy og at arbeidsstaben er stabil. Dette bekreftes av resultater fra brukerundersøkelse 2012, som generelt gir positiv score i forhold til de ansatte, deres kompetanse, at de opptrer profesjonelt mv. Likevel mener de ansatte at det viktig med faglig oppdatering og kurs, og noen savner fokus på kompetanse. Kompetanseløft kan også bidra til bedre samhandling på tjenesteområdet.

Tall fra KOSTRA viser at andelen av psykiatriske sykepleiere er på nivå med landsgjennomsnittet. Andelen av ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid er under landsgjennomsnittet (Se Figur 18.)



Figur 18. Kilde KOSTRA.

Vi har fått tilbakemelding om at psykisk helse- og rusomsorg er blitt tildelt flere saker, men at det ikke er skjedd en tilsvarende økning i årsverk/ansatte. Dette blir bekreftet av tall som viser at det er et misforhold mellom de årsverk som kreves for å utføre planlagte tjenester, og de faktisk årsverk som enheten har tilgjengelig (se Figur 19) .



Figur 19. Enhetens egne tall og beregninger.

Det er samtidig slik at enheten har en norm som tilsier at 60% av de disponible personalressurs skal anvendes til direkte tjenesteyting. I praksis har over 70% av personalressursene blitt brukt til direkte tjenesteyting (tall for første halvår 2014). Enheten oppnår og overstiger dermed egen målsetting. Det er positivt at så stor en andel av personalressursene blir brukt til direkte tjenesteyting, men det bør samtidig ikke skje på bekostning av faglig oppdatering, personalpleie, ledelsesarbeid mv.

Vi har fått opplyst at alle ansatte i den psykisk helse- og rusomsorg har eller skal snart gjennomføre kurs i motiverende intervju, og alle teamledere har videreutdanning innen psykisk helsearbeid eller rus. Kommunens ansatte og DPS har også kurs og opplæring for hverandre, herunder har DPS hatt kurs for kommunalt ansatte i kognitiv terapi. Kurs knyttet til rusmisbruk er ofte gratis, mens opplæring knyttet til psykiatri / psykisk helse typisk er kostbare.

Helse- og rehabiliteringsenheten har utarbeidet rutine for inkludering av nyansatte, og det er foretatt tiltak som retter seg mot de utfordringer som finnes i enkelte teams i den psykiske helse- og rusomsorg.

I forhold til kommunens botilbud, har tre botilbud blitt samordnet i et boligteam for å kunne bruke de ansatte og deres kompetanse på tvers.

Ifølge intervjupersonene skal alle ansatte skal ha nødvendig kunnskaper om individuell plan og koordinator.

De NAV-ansatte har ikke spesialkompetanse på brukergruppen med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. Det skyldes at det fokuseres mer på hva man kan/mestrer. Saksbehandlingen på NAV kan være personavhengig pga. kompetansenivået/-behovet hos NAV-ansatte. Kompetansenivået blant NAV-ansatte er varierende. Mange har god kompetanse, men de ansatte jobber på et stort tjenesteområde, og det er vanskelig å være kompetent på alt. Som saksbehandler skal man forholde seg til mye lovverk, 4-5 datasystemer, mange samarbeidsparter og en blandet brukergruppe. De ansatte lærer mye av erfaring. Det er ikke noen grundig og god opplæring av nyansatte. Selv om det er en kort introduksjonsperiode, med opplæring har vi fått opplyst at det ikke er tilstrekkelig. NAV har etablert en fadderordning, men ofte har faddere det så travelt selv at de ikke har tid til å være en god fadder for nytilsatte. Nyansatte kan derfor lett bli «kastet ut på åpent vann» tidlig. Samtidig har NAV-veiledere ofte flere klienter enn de bør. Vi har fått opplyst at man maksimalt bør ha 150 stykk, men enkelte ansatte har hatt over 200 i perioder. Det påvirker hvorvidt man kan gjøre en god jobb og følge sine klienter opp ordentlig. Vi har fått opplyst at det ikke blir tatt hensyn til om en brukergruppe er belastet i en gitt kommune når det foretas vurdering av bemanningsbehov på det enkelte NAV-kontoret.

Det har vært en del utskiftning blant de ansatte på NAV. Det påvirker kompetansenivået. NAV Kongsvinger har en kompetanseplan, som skal bidra til bedre kompetanse blant ansatte.

På Linken og Jobben er det fire hele årsverk inklusive daglig leder. Kompetansen ved Linken og Jobben er preget av at ansatte har erfaring med rusmiljøet. Frelsesarmeen som organisasjon har god kompetanse på rus, som de ansatte ved Linken og Jobben kan trekke på. I jobben med rusmiddelbrukere har vi fått opplyst at erfaring og personlig egnethet er viktig.

Medarbeidere melder generelt om at de har tilstrekkelig kompetanse i forhold til å håndtere selvmordsrisiko. Kommunen har samtidig en prosedyre ved melding om truende selvmord som omfatter alle ansatte i enhet for psykisk helse og rusomsorg.

I forhold til håndtering av pasienter med behov for tvangstiltak, blir dette ofte håndtert av spesialisthelsetjenesten. Enkelte medarbeidere i kommunen kan bli involvert i saker vedrørende tvangsopphold på institusjon. Det er veiledninger fra fylkesmannen som kan anvendes som støtte for medarbeiderne i slike saker, samtidig som kommunen bruker egen jurist for å sikre at kommunen handler i samsvar med regelverket. Enheten har også utarbeidet rutiner som kan brukes i slike saker.

Når det gjelder håndtering av vold og uttagende oppførsel, har vi fått opplyst at kommunen som oftest vil bli varslet fra spesialisthelsetjenesten om at det kan være voldsrisiko knyttet til enkelte brukere. Ansatte har opplevd perioder med vold og trakassering, og ansatte mener det kan være ønskelig med mer midler til opplæring. En enkelt ansatt har deltatt i VOLTRA-utvalget, hvor målet har vært å bli bedre på å ivareta ansatte som blir utsatt for vold og trakassering. Dette er i samarbeid med DPS. Vi har fått opplyst at taushetsplikt ikke er til hinder for samarbeidet. Videre har det for flere år tilbake vært avholdt kurs i voldshåndtering/vergekurs. Ansatte er flinke til å snakke sammen og «debriefe» hverandre. Vold og trakassering mot ansatte skal meldes i et standardisert meldeskjema. Det er utarbeidet rutiner ved akutsituasjoner og ved vold og utagerende oppførsel.

Fastlegene har selv ansvar for egen kompetanse. De fleste fastleger er spesialist i allmennmedisin og re-sertifiseres hver 5. år. Det varierer hvor mye utdanning fastlegene har i psykiatri, men det er et tema innen allmennstudiet, og alle leger vil således ha basiskunnskaper om emnet.

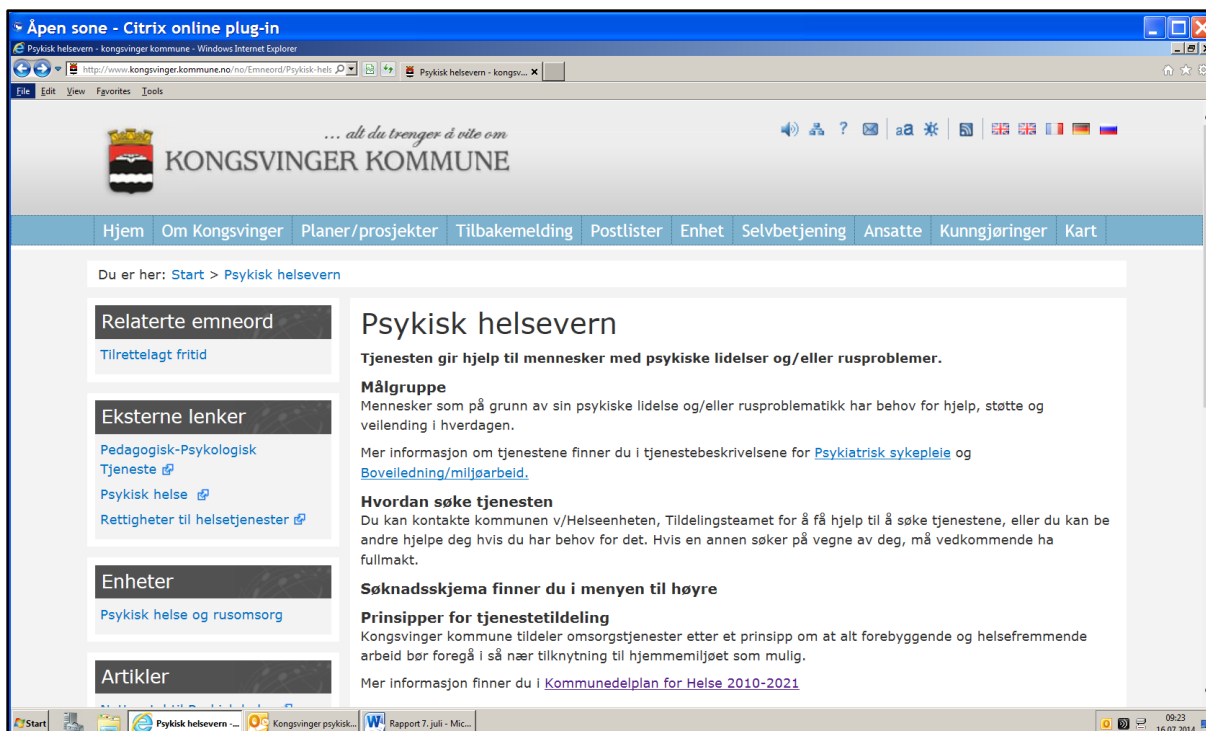
På et overordnet nivå har flere intervjupersoner fremhevet de ansattes kompetanse som et av kommunens styrker innenfor den psykiske helse- og rusomsorg. De ansatte «snur seg fort» og tilpasser seg lett til nye utfordringer.

11.2.19 Tema: Lett tilgjengelige tjenester

Det er egne sider på kommunens hjemmeside som beskriver tjenestetilbudet innenfor psykisk helse og rusomsorg. Sidene virker ikke oppdaterte. Som vist på bildet nedenfor, står det på hjemmesiden at man søker ved å kontakte kommune v/helseenheten, Tildelingsteamet. Det er ikke korrekt informasjon. Det er forvaltningsteamet som tildeler tjenester.

Det står også på hjemmesiden (som vist nedenfor) at man finner søknadsskjema i menyen til høyre. Det er ikke noen meny til høyre.

Endelig henvises det til prinsippene for tjenestetildeling og det er en link til kommunedelplan for Helse 2010-2021. Linken viser til høringsutkastet av dette dokumentet og viser ikke det endelige dokumentet, som ble vedtatt i desember 2010.



Figur 20. Det er tatt bilde fra kommunens hjemmeside den 16. juli 2014.

Psykisk helse og rusomsorg har åpnings- og telefontid fra 08.00-15.30. Både intervjupersoner og revisors egen oppfatning er, at lokalene på Rasta, hvor psykisk helse og rusomsorg holder til, fremstår som lite imøtekomende og egnet som mottak for brukere. Det å komme seg dit kan oppleves som en barrikade for brukere. Når du kommer dit, må du sitte å vente på å bli hentet av en ansatt. Det er ikke alltid at du blir hentet til rett tid etc. Det er ingen sekretærfunksjon/mottak, hvor man kan henvende seg umiddelbart. De ansatte som jobber på Rasta opplever også at det kan være tidskrevende å skulle reise til brukere, og at dette i mange tilfelle krever bil. Vi har fått uttalelser om at det ville være mer lettvinnt og gi større tilgjengelighet hvis enheten lå i sentrum, slik den gjorde tidligere. Samtidig opplyser de at lokalene på Rasta er av god standard ift. tidligere kontorlokaler.

De ansatte ved psykisk helse og rusomsorg har egne jobbtelefoner og har mulighet for å kommunisere med brukere via SMS. Vi har videre fått opplyst at også fastlegene i større og større grad benytter SMS-kommunikasjon med pasienter.

Den psykiske helse- og rusomsorg har utarbeidet rutiner for oppfølging av brukere ved fravær av personalet, både ved planlagt fravær/ferie og ved akutt korttidsfravær.

Forvaltningsteamets åpningstid er fra 08.00 – 15.30. En søknad må ikke være skriftlig, den kan også komme pr. telefon. Da hjelper forvaltningsteamet til med å fylle ut et søknadsskjema. Saksbehandler ringer til brukere, når de har søkt om tjenester eller ved øvrige henvendelser. Det tar sjelden lang tid før det tas kontakt, men det kan ta noe tid før man får etablert tid for samtale. Utredning og vurdering kan ta noe tid, avhengig av problemstillingene og hvor mye dokumentasjon som må innhentes. Det skal gis skriftlig svar på søknader i løpet av fire uker. Det er saksbehandler som fatter vedtak, mens leder signerer. Når leder er på ferie har saksbehandlerne fullmakt til å fatte og sende ut vedtak, og det er alltid minimum to saksbehandlere på jobb.

Det kan være vanskelig å finne informasjon om forvaltningsteamet på kommunens hjemmeside, spesielt hvis man som bruker ikke kjenner til tjenestene fra før og vet at kommunen har et

forvaltningsteam. Intervjupersoner er enige i at det er et forbedringspotensial i forhold til kommunens hjemmeside og tilgjengeligheten av informasjon om forvaltningsteamet, søknadsskjema mv. Kommunens forvaltningsteam har ikke brosjyrer for egen enhet, og sender ikke SMS til brukere.

En del brukere henvender seg til kommunes servicetorg, som viser videre til rett enhet, som ofte er forvaltningsteamet. Psykisk helse- og rusomsorg forteller at de mottar en del direkte telefoner fra brukere som ennå ikke har vedtak på tjenester. Da blir brukere veiledet i hvordan de går frem ift. søknad til forvaltningsteamet, saksgang mv.

Det er kun enkelte tjenester hvor det er mulig for brukere med drop-in (lavterskeltilbud som dagsenter, frisklivssentral og Linken og Jobben). For øvrige tjenester skal man ha vedtak om tjeneste fra forvaltningsteamet før man kan motta hjelp. Det kan være en utfordring i forhold til milde psykiske forløp, som ikke nødvendigvis er egnet for de typiske lavterskeltilbud. Ønsker du en støttende samtale ved psykiske helse- og rusomsorg, må du søke og ha vedtak om dette først. Mental Helse Kongsvinger uttaler da også at deres oppfatning er at kommunen har få lavterskeltilbud, i og med at de fleste tjenester krever vedtak fra forvaltningsteamet.

Linken og Jobben oppleves som tilgjengelig. Det er informasjon via brosjyre, på kommunens sine internettsider, på egen hjemmeside og via Facebook. Mange får kjennskap gjennom bekjente i miljøet. Det er lav terskel for å komme seg dit.

Dagsenteret i Tommelstadgate oppleves som tilgjengelig. Senteret har brosjyre som beskriver tilbudet, og det omtales på kommunens hjemmeside. Det samme gjelder frisklivssentralen, som også har egen Facebook-side.

NAV holder til i Kongsvinger Sentrum og har åpningstider mandag - fredag kl. 09:00 - 14:30. Det er telefontid fra kl. 08:00 - 15:30. På NAV må nesten samtlige telefoniske henvendelser gå igjennom 55-nummer. Enkelte ansatte, herunder de i boligsosialt team, har som unntak mobiltelefon for å bli mer tilgjengelige for brukere. For øvrige ansatte kan det være en fordel at de ikke har mobiltelefon, da de ellers ville bli kontaktet hele tiden. De NAV-ansatte har forøvrig mulighet for å sende gruppe-SMS fra PC.

Når NAV fatter vedtak er det den enkelte saksbehandler som fatter vedtaket og leder signerer i tillegg. Ved ferieavvikling mv. vil det alltid være en ansatt tilstede som har fullmakt til å signere vedtak.

Det er generelt problemer med at NAV ikke klarer å besvare henvendelser innen 48 timer. Dette skyldes antallet av saker som den enkelte saksbehandler har. På NAV har det vært mange saker «på vent» i perioder hvor ansatte er syke/har sluttet mv. Når det så blir ansatt nye, jobber de ofte en del overtid og får ned ventetiden. Ventetiden kan være på flere måneder og er i noen tilfelle mer enn brukerne bør kunne forvente.

Det er ikke uvanlig at brukere må bytte saksbehandler pga. sykdom og utskiftning av de ansatte ved NAV-kontoret. Koordinatorer forteller også om at det å hjelpe brukere med saksbehandlingen ved NAV kan være tidskrevende, og at NAV kan forsinke fremdriften for brukeren.

I tillegg opplever DPS Kongsvinger at de ofte bruker lang tid til å motivere pasienter til selv å kontakte NAV. Deres erfaring er at NAV ofte viser liten forståelse til pasientenes problematikk, og at saker ofte løser seg bedre hvis ansatte fra DPS kontakter NAV, enn hvis brukerne selv tar kontakt. DPS Kongsvinger opplever at NAV gir liten veiledning/hjelp til pasient og behandler, og at saksbehandling

ikke blir utført dersom det ikke allerede foreligger et tilbud pr. dags dato. De har erfaring på dårlig oppførsel/nedlatende tone til pasienter og samarbeidsinstanser, og det er vanskelig å få tak i saksbehandlere. Det uttales videre at det virker som om det er mange ledd/dårlig organisering og mangel på koordinering (se vedlegg B).

11.2.20 Tema: Ansattes sikkerhet

I forvaltningsteamet reiser de ansatte ofte ut alene på hjemmebesøk hos nye brukere. Dersom de er i tvil om det er sikkert å reise ut alene, reiser de to ansatte sammen eller sammen med kollega fra tjenesteytende enhet, lege eller DPS. Brukere kan også bli bedt om å komme til kontoret. Teamet har ikke faste rutiner for vurdering av voldsrisiko, men det uttales at de som regel vet på forhånd hvis det er en risiko. De ansatte har ikke spesialkompetanse ift. vold- og uttagende adferd, men enkelte har gjennomført selvforsvarskurs. Psykisk helse- og rusomsorg ved Helse- og rehabiliteringsenheten har samme rutiner for hjemmebesøk som forvaltningsteamet.

På Linken skal det alltid være to medarbeidere for å kunne håndtere situasjoner med vold etc. På Jobben er en ansatt ute alene på oppdrag med de som skal jobbe den dagen. Vi har fått opplyst at det er en indre justis i gruppen, slik at det sjeldent oppstår voldelige situasjoner.

Ansatte som jobber i tilknytning til leilighetene i Sofiesgate 2, har gitt uttrykk for at de føler seg usikre og utrygge på jobb. En ansatt som følte seg utrygg har vært sykemeldt. Det er ingen rømningsvei fra personalrommet i Sofiesgate 2 og døra går innover i rommet.²⁹ Enhetens arbeidsmiljøutvalg har tatt en tilsynsrunde og foretatt en risikoanalyse, som seneste ble evaluert i 2014. Vi har fått signal om at det per i dag fortsatt ikke er foretatt noen endringer ift. manglende rømningsvei og døren til personalrommet.

Enhetens team for psykisk helse og rusomsorg har døgntkontinuerlig bemanning med minimum to ansatte på jobb. Personalet i Sofiesgate 2 har derfor mulighet til å kontakte/tilkalle en kollega i Gullivegen/Holtvegen dersom de skulle ha behov for dette.

Helse- og rehabiliteringsenheten har tre alarmer med direkte tilknytning til Securitas. En alarm benyttes permanent av de ansatte i Gullivegen, en benyttes permanent av de ansatte i Sofiesgate og en er disponibel for resten av de ansatte i Helse- og rehabiliteringsenheten. Det gjøres fortløpende vurderinger om/eller når denne skal benyttes (dette er noe de ansatte selv regulerer). Hver alarm har sin egen aksjonsplan tilpasset alarmens formål. Alarmene testes månedlig.

På NAV er det skjedd en del forbedringer knyttet til deres sikkerhet ved møte med brukere/klienter. De har alarmknapper og det er utarbeidet HMS-planer.

11.3 Revisors vurdering: Problemstilling 1

På bakgrunn av de funn som fremkommer av forrige avsnitt, skal revisjonen vurdere de innsamlede data i forhold til revisjonskriteriene. Revisor vurderer om praksis eller tilstand er i tråd med kriteriene. På grunnlag av vurderingene trekke vi en samlet konklusjon på problemstilling 1, som fremgår sist i dette avsnittet.

²⁹ Dette fremgår bl.a. av referat fra teammøte september 2013 og referat fra arbeidsmiljøutvalg mars 2013.

11.3.1 Tjenestetilbudet / bredden i tjenestetilbudet

Tommelstadsgate aktivitets- og mestringssenter er et møtested for voksne mennesker med psykiske lidelser fra 18 år og oppover, hvor rusmidler ikke er tillatt. Ulike aktiviteter skal bidra til å gi innhold og struktur i hverdagen og en opplevelse av å være til nytte. Det er tilbud om fysisk trening, tur-dager, ungdomsgruppe, frokostgruppe for menn mv. Lunsjen er et sosialt samlingspunkt som mange benytter. Der står i senteres årsplan at huset drives av brukere og ansatte i fellesskap. Vi har fått tilbakemeldinger fra brukere om at det er veldig positivt at huset er brukerstyrt, men at de savner mer personale i huset. Et brukerstyrt tilbud er ikke det samme som at brukene kan/skal klare seg uten personale. Dagsenteret har opplevd nedgang i tilstedevær av personale på huset de seneste årene, og brukere uttaler at de mener at tilbudet har falt litt fra hverandre og ikke er så godt som det var for noen år siden. Kommunen har planer om at dagsentret for fremtiden skal knyttes nærmere opp mot frisklivssentralen og hverdagsmestring. Kommunen melder også at den aktivt har jobbet for å frigjøre ressurser fra dagsenteret ved i høyere grad å gjøre det brukerstyrt. De frigjorte ressurser skal brukes til å styrke tilbudet ved frisklivssentralen. Revisor vurderer at dagsenteret i Tommelstadsgate overordnet sett er et godt og velfungerende tilbud, men at senteret kan ha nytte av høyere bemanningsgrad. Alternativt bør tilknytningen opp i mot frisklivssentralen gjøres mer tydelig for brukerne og anvendes mer aktivt.

Linken og Jobben eies og drives av Frelsesarmeen på oppdrag fra og finansiert av Kongsvinger kommune. Linken og Jobben er et lavterskeltilbud for voksne rusavhengige over 18 år, som benyttes av aktive og/eller tidligere rusavhengige. Linken og Jobben er ikke et behandlingstilbud, men det skal bidra til at rusmiddelbrukere får en bedre hverdag. Linken er et værested/varmestue, hvor alle tilbud og aktiviteter er gratis. Jobben er et lavterskel arbeidstreningstilbud for tidligere og/eller aktive rusmiddelavhengige. Hver deltaker har dagskontrakt og mottar motivasjonspenger ved endt arbeidsdag pålydende ca. 250 kr. Jobben har en stor mengde oppdrag, mer enn de klarer å utføre. Kongsvinger kommuner betaler et årlig vederlag på 2.8 millioner for driften av Linken og Jobben. I tillegg til Linken og Jobben har Frelsesarmeen ansvar for et tilbud om Gatefotball. Revisor vurderer at Linken og Jobben er kostnadskreven, men også nødvendige tilbud for en kommune som Kongsvinger, hvor det er et stort og veletablert rusmiljø.

Kommunen har frisklivssentral, som har behandlingstiltak for å etablere godt kosthold, fremme fysisk aktivitet og bedre ernæringsstatus. Frisklivssentralen kan også tilby hjelp til røykeslutt og opplæring om søvn og forebygging av søvnvansker.

Kommunen har et ambulerende innsatsteam som jobber med hverdagsrehabilitering. Kommunen deltar samtidig i en rekke interkommunale samarbeider, som sikrer at de kan tilby øyeblikkelig hjelp døgntilbud, kriesenter for kvinner, menn og barn som er utsatt for vold i nære relasjoner og aktivitetstilbud via Kulturnettverket. Kommunen samarbeider med DPS om akutteam og en brukerstyrt plass ved døgnenheten ved DPS Kongsvinger.

Kommunen har vært aktiv i forhold til å søke om prosjektmidler og deltar blant annet i et bo- og oppfølgingsprosjekt for aktive rusmisbrukere.

Frivillighetssentralen er en relevant aktør for enkelte i denne målgruppe, og har en kommunalt ansatt leder. I tillegg arrangerer kommunens kulturkontor tilpassede kulturtilbud. Kommunen kan tilby støttekontakt, selv om dette kun har vært et relevant tilbud for et fåtall brukere i denne målgruppen.

Boliger er et sentralt tjenesteområde for personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelbrukere. I Kongsvinger kommune har den psykiske helse- og rusomsorg et boligteam, samtidig som NAV har et boligsosialt team som følger opp personer som bor i kommunale boliger eller hjelper dem med å komme inn på det private leiemarked. Kommunen har de seneste år utbygget boligmassen for brukergruppen av psykisk syke og rusmiddelbrukere, og har nå ulike tilbud, herunder leiligheter for aktive rusmisbrukere, boliger for personer med alvorlige psykiske lidelser og boliger for brukere av ikke illegale rusmidler (alkohol). Kommunen kjøper i enkelte tilfelle også botilbud uten for kommunen. Kommunen har akuttboliger, hvorav NAV disponerer tre stk., og botilbud med heldøgnsomsorg. Det er kommet frem signaler i intervju om at det kan overveies om kommunen har mangler i forhold til tilbud om bofellesskap for brukere som per i dag bor for seg selv og/eller tilbud om hospits.

O. Skøyens vei 43, også kalt «Rusblokka», ble portrettert i NRK Brennpunktdokumentaren som dysfunksjonell og uverdig. Revisor stiller spørsmål ved om det er foretatt en tilfredsstillende innsats for å gjøre dette botilbudet mer velfungerende og om omfanget av tilsyn er tilstrekkelig.

Leilighetene i Sofiesgate 2 for aktive rusmisbrukere har fungert med varierende suksess. Tilsynet i Sofiesgate har ofte vært ambulerende, selv om rutine tilsier at boligene skal ha stasjonær nattevakt. Innretningen av botilbudet, hvor inngangen til Linken og boligene er den samme er ikke spesiell fordelaktig. Videre er det heller ikke praktisk å ha personalrom i etasjen under selve boligene. Det kan oppstå utfordringer når kommunen drifter boligene, mens Frelsesarmeen drifter Linken. Vi har fått inntrykk av at det i praksis er lite rutiner på tilsynet og aktivitetsopplegget for beboerne. Uten tilstrekkelig tilsyn, kan boligene bli et samlingssted for misbrukere med kjøp og salg av rusmidler. Kommunen har også hatt en del utgifter til oppussing av leilighetene etter de er blitt ødelagt av brukere. En del brukere passer ikke inn eller ønsker ikke å bo i boligene i Sofiesgate 2, og kommunen har følgelig hatt vanskelig ved å få fylt opp alle boligene, og en del boliger står fortsatt ubebodd. Revisor vurderer at botilbudet i Sofiesgate samlet sett ikke er velfungerende i den utforming det har per dags dato. Revisor mener kommunen bør ta stilling til om tilbudet er overdimensjonert og om tilbudet kan endres/tilpasses slik at det blir velfungerende.

Forøvrig synes kommunens botilbud i Gulliveien og Holt HDO å være velfungerende, og overordnet sett vurderer revisor at kommunen har de nødvendige botilbud til denne brukergruppe, men merker seg at det kan være vanskelig å få en kommunal bolig, og det på nettopp på dette tjenesteområde er noe ventetid, spesielt for boliger med heldøgnsomsorg.

Kongsvinger kommune har en forholdsvis spredt boligmasse. Det skaper utfordringer. Det kan være vanskelig å utnytte personalets fagkompetanse og ressurser optimalt. Videre har kommunen et høyt utgiftsnivå på kommunale boliger. Kommunen har hatt problemer med mange husleierestanser, men dette problemet er blitt redusert i den senere tid.

Alle vi har intervjuet har sagt at kommunens utgangspunkt er at de kommunale botilbud (bortsett for omsorgsboliger) skal være midlertidige. Dette er ikke i overensstemmelse med veiledning fra helsedepartementet, som fremhever at kommunen skal legge til rette for *varige* botilbud i gode bomiljø.³⁰ Med varig bolig menes et sted hvor man kan bo uten tidsbegrensing. Opphold i midlertidig bolig skal ikke strekke seg over lang tid, og bør kun benyttes inntil det er mulig å finne en mer

³⁰ Ny nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (Bolig for velferd) 2014-2020 fremhever på samme måte som i helsedepartementets veileder at bruk av midlertidige botilbud skal begrenses i omfang og lengde.

permanent løsning. Tall fra KOSTRA bekrefter at bruken av midlertidige boliger er vanlig og høyere i Kongsvinger enn i landet forøvrig. Alle husstander med barn bodde i midlertidige botilbud med varighet 0-3 måneder i 2013. Revisor ser at det fra kommunens side også kan være av hensyn til brukere at de tildeler boligene med tidsbegrensing, og at bruken av midlertidige tilbud i praksis ofte er varige for brukerne. Likevel er denne praksis ikke i overensstemmelse med anbefaling fra helsedirektoratet. Revisor har funnet og vurderer at kommunen ikke følger anbefalt praksis.

Det er en utfordring at det boligsosiale arbeidet er fragmentert, og det skaper behov for koordinering. Kommunen har ikke noen overordnet boligsosial handlingsplan. Revisor vurderer at det mangler en overordnet strategi for kommunens botilbud og tanker og koordinering bak tiltak og satsning. Dette er nok å finne på enhetsledernivå, men det synes ikke å festet seg på medarbeidernivå. Revisor vurderer at kommunen bør ha en boligsosial handlingsplan, som er forankret og kjent blant medarbeiderne.

Kommunen kan ha utfordringer knyttet til avrusning og ettervern. Man vet fra nasjonale undersøkelser at pasienter som er på rusinstitusjon opplever å måtte vente for lenge på behandling og at forberedelsen og oppfølgingen etter behandling er mangelfull. Vi har enkelte utsagn fra våre intervjuer som tilsier at det også kan være problemer med ettervernet i Kongsvinger kommune, men vi mener ikke vi har tilstrekkelig datagrunnlag for å foreta en vurdering. Revisor stiller derfor et åpent spørsmål om hvorvidt det kommunale ettervern er tilstrekkelig etablert og tilfredsstillende.

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 hva personene kan, og derfor ikke så mye fokus på personers eventuelle psykiske problemer og/eller rusmiddelbruk. NAV har et ungdomsteam, boligteam, prosjekt om «jobbsjanse» mv., som er aktuelle aktører/tilbud for denne brukergruppe. NAV tilbyr også hjelp til personlig økonomi og gjeldsrådgivning.

Kongsvinger kommune har inngått i et samarbeidsprosjekt om Eskoleia AS, som er en attføringsbedrift. Til tross for at kommune deltar i dette tilbudet, har vi likevel funn som tilsier at det mangler et lavterskelaktiveringstilbud i Kongsvinger. Dette kan spesielt være et behov for ungdommer.

Revisor vurderer at NAV Kongsvinger kan bistå personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelmisbruk med arbeid eller annen meningsfull aktivitet og hjelp til personlig økonomi. Det er indikasjoner av at saksbehandlere ved NAV har et stort arbeidspress, og tilbudet kan derfor virke underdimensjonert.

Kongsvinger kommune har ikke selv et aktivt oppsøkende behandlingsteam på gateplan. Kommunen deltar i prosjektet ROS, som består av to prosjektansatte som er ute i seks kommuner. Revisjonen bemerker at flere kilder fra ulike enheter mener at kommunen mangler et oppsøkende team på gateplan. Noen mener ROS-prosjektet utfyller denne funksjon, mens andre mener at dette ikke kan stå som erstatning for et mer ordinært oppsøkende team med utekontakter. Revisjonen vurderer at kommunen må ta stilling til om ROS-prosjektet dekker kommunens samlede behov for oppsøkende team, og viser til at flere uttaler at kommunen ikke har noe oppsøkende team.

11.3.2 Tilbud til pårørende

Kommunen har ikke noe fast organisert tilbud til pårørende, f.eks. grupper hvor pårørende kan møtes og utveksle erfaring etc. I enkelte tilfelle er det blitt avholdt nettverksmøter med pårørende, og det skjer også at pårørende deltar i ansvarsgrupper rundt den enkelte bruker. DPS har tilbud om

en pårørendegruppe til rusmiddelavhengige. Kommunen bør legge til rette for at pårørende som ønsker det får tilbud om å delta i grupper med andre pårørende i tilsvarende situasjon. Revisor konstaterer at kommunen ikke selv har slike tilbud, men vurderer at det ikke nødvendigvis betyr at kommunen ikke kan ivareta pårørende på en god måte. Revisor bemerker samtidig at de lokale bruker- og pårørendeorganisasjoner ikke er spesielt aktive og/eller ikke har noe etablert samarbeid med kommunen, og det stilles derfor spørsmål ved om tilbudet til pårørende er godt nok.

11.3.3 Kompetanse

Alle ansatte i den psykisk helse- og rusomsorg har eller skal snart gjennomføre kurs i motiverende intervju, og alle teamledere har videreutdanning innen psykisk helsearbeid eller rus. Kommunens ansatte har kompetanse og rutiner for å kunne vurdere selvmordsrisiko, vold- og utagerende atferd og håndtere tvangslovgivningen.

Saksbehandlerne ved NAV jobber på et stort tjenesteområde, og det er vanskelig å være kompetent på alt. Det er ikke noen grundig og god opplæring av nyansatte. Samtidig har NAV-veiledere ofte så mange klienter at det blir vanskelig å gjøre en ordentlig jobb for alle brukere. Det har vært en del utskiftning blant de ansatte på NAV, og det kan også bidra til at kompetansenivået blir svekket.

Kompetansen ved Linken og Jobben er preget av at ansatte har stor erfaring med rusmiljøet.

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. Kommunens deltakelse i et interkommunalt kompetansenettverk og snarlige tilsetting av psykolog, bidrar til å høyne kompetansen. Vi har imidlertid også funnet at den psykiske helse- og rusomsorg har fått flere saker, men at det ikke er skjedd en tilsvarende økning i årsverk/ansatte. De ansatte mener kompetanseheving kan bli tilsidesatt til fordel for høy direkte tjenesteproduksjon. Revisor bemerker samtidig at stor utskiftning blant de ansatte, et stort arbeidspress, dårlig opplæring av nytilsatte og et stort saksområde, innvirker negativt på saksbehandlerne kompetansenivå ved NAV.

11.3.4 Tilgjengelighet

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

Det er brosjyrer som beskriver de fleste av kommunens tilbud. Forvaltningsteamet har ikke brosjyre for egen enhet, og sender ikke SMS til brukere. Linken og Jobben samt dagsenteret oppleves som tilgjengelig og har informasjon i brosjyrer og på internett.

Kommunens tilbud har romslige åpningstider, og flertallet av de ansatte har jobbtelefon og det kan kommuniseres via SMS. På NAV må nesten samtlige telefoniske henvendelser gå igjennom 55-nummer, men enkelte ansatte, herunder de i boligsosialt team, har mobiltelefon for å bli mer tilgjengelige for brukere. Samtlige tjenesteytere har rutiner for oppfølging av brukere/utarbeidelse av vedtak ved fravær av personale. Lokalene på Rasta, hvor psykisk helse og rusomsorg holder til, er lite imøtekommande og virker ikke egnet som mottak for brukere. Det å komme seg dit kan oppleves som en barrikade for brukere.

Forvaltningsteamet har kort saksbehandlingstid og er fleksible ved endringer i brukeres tjenestebehov. Overordnet sett er det kort ventetid på tjenester ved den psykiske helse- og rusomsorg. Det er generelt problemer med at NAV ikke klarer å besvare henvendelser innen 48 timer

og saksbehandlingstiden og fleksibiliteten oppleves som dårligere ved NAV. Det er ikke uvanlig at brukere må bytte saksbehandler ved 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.

I Kongsvinger kommune skal man ha vedtak for å motta de fleste tjenester, også når det dreier seg om milde og kortvarige forløp eller livskriser. Det betyr at det er høy terskel for å få denne type hjelp, f.eks. hvis det dreier seg om en enkelt støttende samtale. Man kan anta at organiseringen med et forvaltningsteam skal sikre en mer restriktiv tildeling av denne type tjenester, og at den lave tilgjengelighet derfor er et vern mot at kommunen gir et for omfattende tjenestetilbud til milde problemer. Våre funn tilsier imidlertid at det ikke er blitt færre vedtak om tjenester etter at forvaltningsteamet ble opprettet. Det kan bety at tilgjengeligheten er blitt dårligere, mens det ikke er skjedd en reduksjon i tjenesteomfanget. Revisor stiller spørsmål ved om dette er en optimal og ønskelig utvikling av tjenestetilbudet, og bemerker at noen kommuner har tilbud om «*Rask psykisk helsehjelp*», hvor det tilbys veiledet selvhjelp og kognitiv terapi mot ulike angstproblemer, og/eller depresjon av lett til moderat grad. Tilbudet, som er gratis og lett tilgjengelig for målgruppen, gir direkte hjelp uten henvisning. Faglig ansvarlig for et slik tjenestetilbud skal være utdannet psykolog.³¹

11.3.5 Organisering av forvaltningsteamet

Revisor ønsker å knytte en kommentar til tematikken som ble omtalt ovenfor vedrørende tildeling av tjenester og organiseringsmodellen med et forvaltningsteam. I Kongsvinger kommune er det – ifølge forvaltningsteamet – ikke etablert kriterier for å tildele tjenester. Revisjonen har funnet at det imidlertid er utarbeidet tildelingskriterier for noen tjenester, herunder boliger i Sofiesgate 2 og Gullivegen HDO. Disse tildelingskriterier er utarbeidet og tilknyttet psykisk helse- og rusomsorg. Revisor er overrasket over å ha funnet tildelingskriterier hos utøvende enhet, mens de som tildeler tjenester selv sier at de ikke anvender tildelingskriterier. Samtidig er det de enkelte utøvende enheter som er tildelt budsjettbevilgning. Forvaltningsteamet er ikke ansvarlig for de økonomiske konsekvenser av tildelte tjenester. Det er derfor for eksempel psykisk helse- og rusomsorg, som må dekke husleien for de leiligheter som står tomme i Sofiesgate 2. Det at kommunen – ifølge forvaltningsteamet selv – ikke har kriterier for tildeling av tjenester, og at forvaltningsteamet ikke er ansvarlig for økonomiske konsekvenser av tjenestetildelingen, bekrefter at kommunen ikke opererer med en klassisk bestiller-utfører-modell. Likevel fremhever revidert enhet noen av 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. 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 Kongsvinger kommune enn det beskrives og anbefales i veileder fra KS. Samtidig 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.³² Kongsvinger kommune har utgifter til både tildelende enhet (forvaltningsteamet) og de utøvende tjenester, men har altså ikke sikret seg potensielle innsparinger

³¹ Kilde: Helsedirektoratet: *Sammen om mestring*. S. 82.

³² Rogaland Revisjon (2012): Forvaltningsrevisjon av bestiller-utfører organisering i Sandnes kommune .

ved å pålegge forvaltningsteamet 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 heller ikke gitt at den alternative organisering av bestiller-utfører-modellen er en dårlig løsning for Kongsvinger kommune.

11.3.6 De ansattes sikkerhet

Revisor er overrasket over rutinene for ivaretagelse av de ansattes sikkerhet ved arbeid med brukergruppen av psykisk syke og rusmiddelbrukere. I forvaltningsteamet reiser de ansatte ofte ut alene på hjemmebesøk, og teamet har ikke faste rutiner for vurdering av voldsrisiko. Det uttales at de som regel vet på forhånd hvis det er en risiko. De ansatte har ikke spesialkompetanse ift. vold og uttagende adferd, men enkelte har gjennomført selvforsvarskurs. Ansatte som jobber i tilknytning til leilighetene i Sofiesgate 2, har gitt uttrykk for at de føler seg usikre og utrygge på jobb. Det er ingen rømningsvei fra personalrommet. De ansatte har imidlertid en alarm med direkte tilknytning til Securitas.

Kommunen skal forebygge voldsepisoder og ivareta de ansattes sikkerhet. Etter revisors vurdering har ikke kommunen fullt ut ivaretatt sitt ansvar på dette området for Sofiesgate 2. Dette begrunner vi med at det ikke er rømningsvei fra personalrommet, samtidig som personalet har uttrykt at de er utrygge. Revisor bemerker samtidig at alenearbeid og arbeidsoppgaver som innebærer maktutøvelse øker risikoen for vold og trusler om vold, og spør om dette er tatt til overveielse ved tilrettelegging av arbeidsoppgavene ved forvaltningsteamet, hvor de ansatte ofte reiser ut alene på hjemmebesøk.

11.3.7 Samlet vurdering og konklusjon problemstilling 1

På bakgrunn av ovenstående vurderinger, kan det konkluderes på problemstilling 1.³³ Revisor mener Kongsvinger kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Revisor vurderer at Kongsvinger kommune har et godt og bredt tjenestetilbud innenfor den psykiske helse- og rusomsorg. Kommunen har et variert utvalg av lavterskeltilbud, herunder gatenære tilbud. Kongsvinger kommune har de seneste årene prioritert de tunge rusmisbrukere, noe som både avspeiler seg i kommunens driftsutgifter og tjenestetilbudet. Det kan se ut som om at satsningen på de tyngste rusmisbrukere har vært for omfattende eller feildimensjonert, blant annet i forhold til kommunens botilbud. Revisor finner videre at det er noen avvik og forbedringspunkter, som de fremgår av vurderingene i dette kapittel. Disse er også gjengitt og omtalt i rapportens samlede konklusjon.

³³ 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.

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 brukervedvirkning må være forankret i ledelsen og hos de ansatte i tjenestene.³⁴

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 (brukervedvirkning på systemnivå). På individnivå kan brukervedvirkning blant annet sikres gjennom utarbeidelse av individuell plan.³⁵

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 brukervedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen i Kongsvinger kommune?

³⁴ <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/Sider/default.aspx>

³⁵ <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

Kommunen gjennomfører brukerundersøkelse på et overordnet kommunalt nivå, hvor helse og omsorg inngår som en deltematikk. Brukertilfredsheten ble ikke målt i 2013 selv om det ble satt måltall for brukertilfredsheten på tjenesteområdet i årsrapporten 2013. Det er planlagt ny brukerundersøkelse i løpet av 2. halvår 2014.

Det ble sist gjennomført kommunal brukertilfredshetsundersøkelse i 2012. Det var en svarprosent på 19 % blant brukere av psykiske helsetjenester. 100 % av brukene ved Holt HDO besvarte undersøkelsen. Resultatene fra denne brukerundersøkelse omtales i øvrige deler av denne rapporten.

Det ble gjennomført en annen brukerundersøkelse på enhetsnivå i 2011. Undersøkelsen ble gjennomført med spørreskjema utarbeidet av KS. Resultatene som kom fram i brukerundersøkelsen hadde jevnt over god score. Flere av spørsmålene vurderes imidlertid som uklare (enhetens egen vurdering).

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 brukene 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.

Forvaltningsteamet er ikke tatt inn i kommunens brukerundersøkelse, og de har ikke gjennomført egen brukerundersøkelse.

Fastlegene er ikke inkludert i den kommunale brukerundersøkelser og gjennomfører ikke egne undersøkelser. En intervjuperson mener det kunne være en god ide om fastlegene ble inkludert i de kommunale brukerundersøkelser.

Det gjennomføres NAV-undersøkelser på landsplan, hvor resultater også kan ses ned på kontornivå. Det er blitt gjennomført undersøkelse i både 2012 og 2013. Resultatene for Kongsvinger er generelt dårligere enn resultatene for Hedmark. Samtidig sees det ikke noen entydig positiv utvikling i brukenes tilfredshet fra 2012 til 2013. Dette gjelder imidlertid også for resultatene på fylkesnivå, slik at dette altså ikke er noe som kjennetegner Kongsvinger-kontoret, men en utfordring for hele Hedmark. Kongsvinger synes imidlertid generelt å ha dårligere bruker-erfaringer enn øvrige NAV-kontorer i fylket. Forøvrig henvises det til at DPS Kongsvinger oppfatter at NAV Kongsvinger har dårlig ivaretagelse av brukermedvirkning (se vedlegg B). NAV-kontoret deltar ikke i de kommunale brukerundersøkelser.

Jobben og Linken er ansvarlig for og gjennomfører brukerundersøkelser hvert år. Brukerundersøkelsen er et punkt på evalueringsmøtene med kommunen.

Frisklivssentralen gjennomfører brukerundersøkelser, og hadde for 2013 primært positive tilbakemeldinger fra brukene.

Revisor har funnet at resultatene fra brukerundersøkelsen ikke fremgår av kommunens budsjett 2013 eller av kommunedelplan for helse- og omsorg. Det er imidlertid satt måltall for fremtidig resultater av brukerundersøkelser. Resultater fra den kommunale brukerundersøkelse 2012 kan imidlertid finnes ved å søke på «*brukerundersøkelse*» på kommunens hjemmeside.

12.2.1.2 *Brukerråd/brukerrepresentanter*

Kongsvinger kommune har ikke noe overordnet brukerråd.

Tommelstadsgate aktivitets- og mestringssenter har to brukerrepresentanter som er valgt av brukerne. Disse velges for ett år av gangen, og har som oppgave å være bindeledd mellom brukere og ledelsen/personalet ved senteret. Brukerrepresentantene er ansvarlige for at det avholdes brukermøter en gang i måneden samt husmøte hver mandag. Brukermøtene er brukernes eget forum hvor det gis anledning til å ta opp saker som vedrører aktivitetssenteret. Kommunen har tilbudt brukerrepresentantene å delta på konferanse for brukerrepresentanter. Dette for å markere at de har en viktig rolle og at de skal ha gode forutsetninger for å ivareta rollen.

På Linken og Jobben velges det også brukerrepresentanter en gang pr år. Kommunen blir informert om valget. Forøvrig blir brukerne tatt med på råd i det daglige.

NAV Kongsvinger har et brukerutvalg, men som oftest sitter det ikke representanter for brukergruppen av psykisk syke og/eller rusmiddelbrukere i dette brukerutvalget.

12.2.1.3 Møteplasser mellom brukerorganisasjoner og den kommunale tjenesteutøver

Vi har fått inntrykk av at kommunen generelt ikke har noe veletablert eller omfattende samarbeid med frivillige organisasjoner. Vi har bedt om uttalelse fra Mental Helse Kongsvinger, og de bekrefter at brukermedvirkning på systemnivå ikke er velfungerende. Mental Helse Kongsvinger forteller at de ikke kjenner virksomhetsleder og at de mener at kommunen også bør være initiativtaker til kontakt og inkluderingen av de frivillige organisasjoner. Mental Helse Kongsvinger mener de vil kunne være til hjelp for kommunen.

Kommunen fremhever også selv dette som en svakhet i den ruspolitiske handlingsplan 2010-2013 og i tjenesteanalysen for enhet for psykisk helse- og rusomsorg fra 2011. De frivillige organisasjoner etterspør samarbeid med det kommunale hjelpeapparatet, og de oppgir at de har ressurser til å hjelpe med. Kommunen satte i forannevnte planer mål om å øke samarbeidet og forbedre det, men ifølge våre funn er samarbeidet fortsatt lite formalisert og ikke tilstedeværende i praksis. Det er samtidig blitt sagt at de frivillige organisasjoner ikke er veldig aktive i Kongsvinger. Tidligere hadde kommunen møter med Mental Helse Kongsvinger, og det ble jobbet med en samarbeidsavtale. Denne er ikke iverksatt.

12.2.1.4 Erfaringskonsulenter

Kommunen har ikke ansatt noen erfaringskonsulenter, men kompetansen ved Linken og Jobben er preget av at ansatte har stor (egen-)erfaring med rusmiljøet. Erfaringskonsulenter kan være en god ide, men det kan samtidig være en vanskelig posisjon, hvor erfaringskonsulenten lett kan komme i en kompisrolle overfor brukere og forøvrig selv har en risiko for tilbakefall. Erfaringskonsulenter bør som hovedregel ha lang tidsmessig avstand til eget misbruk.

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 helper er god kommunikasjon. Dette fordrer at begge er åpne og lydhøre for hverandre. Man kan vel si at den viktigste brukermedvirkningen er den som foregår i det konkrete møte mellom bruker og saksbehandler/ansatt. De vi har snakket med i Kongsvinger kommune forteller at de i stor grad vektlegger brukermedvirkning og at dette er noe som er viktig ved ethvert møte med brukerne. For eksempel avspeiler dette seg også konkret i at forvaltningsteamet møter de som søker om tjenester og har en samtale med dem om deres konkrete ønsker og behov.

Brukerundersøkelsen fra 2012 viser at brukere generelt etterspør mer informasjon, f.eks. god informasjon om hva psykiatritjenesten er, informasjon om rettigheter mv. Blir brukere ikke tilstrekkelig informert påvirker det deres mulighet for å medvirke i eget saksforløp, og det vedrører derfor den generelle brukermedvirkning. Individuelle planer gir et godt grunnlag for å informere brukere og involvere dem i eget forløp (omtales i avsnitt 13.2.3). På punktet vedrørende «informasjon» har helse og omsorg fått dårligere score i 2012 enn i brukerundersøkelsen fra 2010.

Det er vanskelig å måle i hvilken grad det er brukermedvirkning på individnivå. Mental Helse Kongsvinger uttaler at deres inntrykk er at brukermedvirkning på individnivå virker veldig

personavhengig i forhold hvem man har som saksbehandler/kontaktperson. Mental Helse Kongsvinger kjenner til positive og negative erfaringer, og gir uttrykk for at det ikke er alltid brukerne «slipper frem» for å kunne påvirke hvordan deres løp og behandling bør være.

Vi har gjennomført en stikkprøvekontroll mht om kommunens brukere har individuell plan og om det finnes spor av brukermedvirkning. For beskrivelse av gjennomført kontroll, viser vi til kapittel 9.3. En individuell plan skal være brukerens plan, og vil måtte innebære brukermedvirkning. Vi plukket ut ti brukere som har vært aktive i perioden 1.1.2014 – 5.8.2014 og gikk inn i Profil og så etter spor av brukermedvirkning. Kontrollen kan oppsummeres slik:

Bruker- nr	Har IP	Kommentar	Spor bruker- medvirkning	Kommentar
1	Ja	Individuell plan forutsetter brukermedvirkning	Ja	Det finnes spor av brukermedvirkning i dokumentasjon, jf. møtereferat mv.
2	Nei	Kort varighet på tjeneste. Bruker har flyttet.	Ja	Det finnes spor av brukermedvirkning i dokumentasjon
3	Nei	Tilbud fra psykisk helsearbeid. Henvist til lavterskeltilbud.	Ja	Det finnes spor av brukermedvirkning i dokumentasjon
4	Nei	Har hatt tjenester i en rekke år	Ja	Det finnes spor av brukermedvirkning i dokumentasjon
5	Ja	IP med egne mål og delmål, jf. brukermedvirkning	Ja	Spor av brukermedvirkning, herunder notat fra samarbeidsmøte, IP med egne mål og delmål.
6	Nei	Har hatt tjenester fra 2006.	Ja	Det er gjennomført nettverksmøter med bruker og familie. Ikke spor av øvrig brukermedvirkning.
7	Nei	Tjenester fra 2009. Tidligere IP fra 2010 er ikke aktiv, ikke dokumentasjon av årsak.	Ja	Det finnes spor av brukermedvirkning i dokumentasjon
8	Nei	Alvorlig sykdom / palliativ behandling	Ja	En rekke spor av brukermedvirkning i dokumentasjon
9	Nei	Har hatt tjenester i flere år. Utkast til IP som er avsluttet, uten dokumentasjon av årsak.	Ja	Det finnes spor av brukermedvirkning i dokumentasjon
10	Nei	Tjenester fra flere tjenesteytere.	Ja	Spor av brukermedvirkning bl.a. i form av gjennomførte ansvarsgruppemøter

Tabell 1

I tilknytning til kontroll har vi fått opplyst at brukermedvirkning skjer løpende, i form av kommunikasjon med bruker, ulike møter mv. Dette samsvarer med opplysninger fra øvrige respondenter i intervjuer.

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

12.3 Revisors vurdering: Problemstilling 2

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

Flere tjenesteenheter har brukerråd/brukerrepresentanter og det gjennomføres brukerundersøkelser, både på overordnet nivå og hos enkelte tjenesteytende enheter. Kommunen har ikke ansatt erfaringskonsulent og det er ikke noe veletablert samarbeid med brukerorganisasjoner. Det bemerkes samtidig at det ikke ble gjennomført noen kommunal brukerundersøkelse i 2013 og at brukere av psykisk helsetjenester hadde dårlig svarprosent i undersøkelsen fra 2012. Det at det gjennomføres undersøkelse på kommunenivå, betyr at resultatene som vedrører den psykiske helse- og rusomsorg er få og overordnede.

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 Kongsvinger kommune og den psykiske helse- og rusomsorg har sikret brukermedvirkning på systemnivå. Forøvrig noteres det som en mangel at resultatene fra brukerundersøkelsen ikke fremgår i de kommunale planer, men det noteres samtidig at resultatene kan finnes i et eget dokument på kommunens hjemmeside.

Med bakgrunn i intervjuer, samt gjennomført stikkprøvekontroll er det revisors inntrykk at de ansatte på psykisk helse har fokus på brukermedvirkning på individnivå og at de jobber aktivt for å sikre dette.

Konklusjonen på problemstilling 2 er at Kongsvinger kommune ivaretar hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen. På systemnivå foretas det brukerundersøkelser og det finnes brukerråd i relevante tjenesteenheter. At brukerundersøkelsene gjennomføres på et overordnet kommunalt nivå, bevirker at undersøkelsene virker lite relevante og brukbare for revidert enhet. Samtidig har den psykiske helse- og rusomsorg lite inkludering og samarbeid med lokale brukerorganisasjoner. Revisor vurderer at det finnes brukermedvirkning på systemnivå, men at det kan skje forbedringer i omfanget og organiseringen av denne brukermedvirkning, særlig hva angår utformingen av brukerundersøkelsene og inkludering av lokale brukerorganisasjoner. På individnivå skjer brukermedvirkning løpende, noe som også er dokumentert i pasientjournaler. Kommunens brukerstyrte tilbud, herunder Tommelstadsgate Mestrings- og aktivitetssenter samt brukerstyrt seng ved DPS, bidrar til å sikre brukermedvirkning på individnivå.

13 Problemstilling 3

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

Det har blitt satt fokus på at personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusrelaterte problemer ikke har fått et helhetlig tjenestetilbud i god nok grad. Rapporter fra Helsetilsynet og Riksrevisjonen har pekt på store variasjoner i tjenestetilbudet og manglende samhandling mellom tjenestene. Regjeringen vil – ifølge seneste proposisjon til Stortinget – fortsette arbeidet med at tilbudet til personer med psykiske problemer og rusavhengighet skal være helhetlig og samordnet.³⁶

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.³⁷

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.³⁸

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

Problemstilling 3:

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

³⁶ Prop. 1. S (2013-2014), kap 10: Psykisk helse.

³⁷ Helsedirektoratet: Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.

³⁸ 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

Intervju har gitt oss et inntrykk av at brukere i all hovedsak får et helhetlig og koordinert tilbud, men at det likevel er forbedringspotensial.

En vesentlig faktor for vellykket koordinering mellom enhetene er samhandling. Det er en rekke arenaer for samhandling i kommunen, og dette er noe kommunen har hatt fokus på i løpet av de siste årene.

Psykisk helse og rusomsorg avholder månedlige møter med politi, SLT-koordinator og ROS-prosjektet. Videre er det teamledermøte og teammøte hver 14. dag, tirsdagsmøter med NAV og møter med DPS og hjemmesykepleien. Det gjennomføres informasjonsmøter for ansatte, men enhetsmøtene har hatt dårlig fremmøte.

Den psykiske helse og rusomsorg har mange felles brukere med NAV, mens hjemmesykepleien bistår med medisinalutdeling på kveld og natt. Alle tjenesteytere samarbeider med forvaltningsteamet samt spesialisthelsetjenesten, samtidig som det er samarbeider i forhold til interkommunale prosjekter og private aktører.

Det avholdes kontaktmøter mellom kommunen og Linken og Jobben 2 ganger pr år med evaluering av tilbudet. Det er samtidig utarbeidet samarbeidsavtale. Linken og Jobben opplever at de har et tett og godt samarbeid med kommunen, og at kommunen ikke blander seg opp i hvordan Frelsesarmeen drifter Linken og Jobben, men forholder seg til avtalen. Det er utarbeidet referat fra samarbeidsmøtene, som dokumenterer samhandlingen.

Service- og forvaltningsteamet samarbeider med alle tjenesteytende enheter, sykehus, DPS og NAV. En eller to ansatte fra forvaltning-helse har faste møter med de ulike tjenesteutøvere hver for seg hver måned eller hver 6. uke. Det uttales at samarbeidet med NAV er godt etablert og samarbeidet med DPS er også mer løpende enn det var tidligere. Det er et tett og strukturert samarbeid med det boligsosiale team ved NAV, og de kommunale enheter samarbeider stadig bedre for å gi et godt botilbud til innbyggere. Nærheten til DPS innebærer at forvaltningsteamet kan ha møter med brukere på DPS før brukeren skal hjem, og i disse møtene kan også representant fra tjenesteutøver i kommunen som f.eks. psykiatrisk sykepleier eller sosionom være med.

Det er en fastlegeavtale mellom fastlege og kommunen. I tillegg har kommunen har et allmennlegeutvalg, hvor formålet er å bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunen for å ivareta oppgaver i fastlegeordningen. Det finnes også et lokalt samarbeidsutvalg, som skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Utvalget har møte minst hvert halvår, og skal ha like representanter fra allmennlegene og kommunen. Kommuneoverlegen er sekretær for utvalget.

DPS Kongsvinger tar initiativ til og avholder samhandlingsmøter med Kongsvinger kommune, for å kunne utvikle et godt effektivt samarbeid som bidrar til at den enkelte pasient får et helhetlig og godt tjenestetilbud. I den forbindelse er det blitt utarbeidet en handlingsplan. I tillegg finnes «Geografisk samarbeidsutvalg», som er bindeleddet mellom sykehuset og kommuner innenfor et gitt geografisk område.

Kommunen har forøvrig overordnede strategiske team, herunder boligsosialt team og familiestrategisk team, ledet av henholdsvis kommunalsjef samfunn og kommunalsjef oppvekst. Teamene jobber på tvers av enhetene og bidrar til koordinering og samhandling av tjenestene.

Kommunen har hatt svakheter i samhandlingen, både internt og i forhold til øvrige tjenestenivåer. Kommunen så det selv som en utfordring i ruspolitisk handlingsplan 2010-2013, men ifølge våre intervjupersoner, er samhandlingen bedre enn tidligere. Kommunen kan også vise til forbedrede resultater på punktet vedrørende «samordning» innenfor helse og omsorg i brukerundersøkelsen fra 2012 fremfor undersøkelsen fra 2010. Det er likevel forbedringspotensialer, og flere har uttalt at samhandlingen kan være utfordrende for brukere som har mange tjenester samtidig. Samhandling er samtidig nødvendig for å lykkes.

Samarbeidet med NAV kan - fra øvrige kommunale aktørers ståsted - være utfordrende på brukernivå. Det er blitt fortalt om brukere som bør videre fra lavterskeltilbud til mer ordinære arbeidsrettede tiltak hos NAV. Ansatte opplever imidlertid at NAV kan være en bremse for dette, og det gjør at brukere mister motivasjonen. Andre forteller at det ofte er skifte av saksbehandler hos NAV og at det kan være vanskelig å finne frem til ny saksbehandler mv. Det er til stor frustrasjon for brukere og kommunale samarbeidsparter. Saksbehandlingstiden er ofte lang og NAV holder ikke alltid avtaler. NAV har mange økonomiske virkemidler for brukerne og da er det viktig at NAV er tilgjengelig og har nærhet.

Forøvrig fungerer samarbeidsmøtene mellom NAV og de øvrige enheter godt og det er blitt forbedret innenfor de seneste årene. NAV har faste møte med både forvaltningsteam og helse- og rehabiliteringsenheten.

Vi har hørt at DPS gir uttrykk for at Kongsvinger kommune er vanskelig å samarbeide med og at dette kan skyldes manglende IP og/eller manglende ressurser til samarbeid. Det kan også skyldes at NAV er vanskelig å kontakte, og at tilgjengeligheten på NAV er dårlig. Omfanget av dette problem relaterer seg nok i noen grad til hvilke kommunalt ansatte DPS er i kontakt med, da det kan være personavhengig. I svar fra DPS (se vedlegg B) uttales at de har flere erfaringer på at det blitt gitt tydelige avslag/avvisninger på tjenestetilbud fra representanter fra psykisk helseteam, mens pasienten var tilstede. DPS opplever dette som uheldig, og ønsker at avslag blir formidlet på annen måte. DPS skriver samtidig at det er skjedd forbedringer i forhold til denne praksis etter at man er begynt å melde behov pr PLO-meldinger.³⁹ I forhold til samarbeidet sies det forøvrig at ting løser seg bedre når leder fra DPS kontakter kommunal leder, enn når DPS har direkte kontakt til de kommunale miljøarbeidere. Det kan virke som om at miljøpersonalet ikke har «nok tyngde».

Stor administrativ spredning i det boligsosiale arbeid, krever stor grad av samhandling og koordinering. Opprettelse av et felles forvaltningsteam for bolig har medført at boligtildelingen og det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet er styrket. Det er knyttet kontakt med jevnlige møter mellom forvaltningsteamet og boligsosialt team, og det er også blitt etablert en arbeidsgruppe (BOSU) med deltakelse fra forvaltningsteam, NAV, rus- og psykiatri, hjemmebaserte tjenester og programleder for BOSU. Opprettelse av det boligsosiale forum i 2013 har også styrket samhandlingen.

³⁹ PLO-meldinger: Pleie og omsorgsmeldinger. PLO-meldinger er standardiserte elektroniske meldinger som skal brukes i samhandlingen mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommune helseforetak

All boligmasse i Kongsvinger forvaltes av Kongsvinger boligstiftelse. I løpet av 2013 er det startet opp et arbeid med en nærmere presisering av samarbeidsavtalen, som er inngått, for å få til en bedre presisering av partenes gjensidige forpliktelser.

Som nevnt under problemstilling 2, har kommunen generelt ikke noe veletablert eller omfattende samarbeid med brukerorganisasjoner. Kommunen synes også å mangle organisert oversikt over aktører i rusfeltet. Det kan svekke samhandlingen og gjøre det vanskeligere for nytilsatte medarbeidere å få oversikt over kommunale, statlige og frivillige tilbud. Helsedirektoratet har undersøkt og funnet at løpende kontakt er et suksesskriterium for godt samarbeid mellom kommunen og brukerorganisasjoner. I tillegg er informasjon ut til alle viktig, slik at potensielle medlemmer får vite om muligheten til å delta aktivt.⁴⁰

Vi har fra flere ulike hold fått tilbakemeldinger om at møtene som avholdes både internt i enhetene og mellom enhetene, generelt er for lite strukturerte, og at de ikke bidrar til samhandling i tilstrekkelig grad. Det savnes systematikk og møtestruktur og i det kommunale system synes det generelt å mangle den formalisering, som man ofte ser i samarbeidet med statlige etater/spesialisthelsetjenesten. Det er forbedringspotensialer knyttet til samhandlingsmøtene for at de skal ha størst effekt og oppfylle formålet om samhandling.

På individnivå kan det avholdes ansvarsgruppemøter om en enkelt bruker mellom de ulike enheter, pårørende mv. Vi har fått utsagn om at disse møter i hovedregelen fungerer bra, selv om det ikke er alle brukere som har det/har behov for det. Brukere kan også selv være til hinder for å skape et helhetlig tilbud, f.eks. når de ikke møter opp til avtalte møter eller hvis de ikke gir samtykke til at behandlere kan utveksle opplysninger.

Mental Helse Kongsvinger uttaler at deres inntrykk er at kommunen har vanskelig for å skape et helhetlig og koordinert tilbud på tvers av psykisk helse og rus. Det sies: «*Du havner på en av enhetene og det er det du blir hjulpet med, selv om du helst skulle hatt hjelp til begge* [både psykisk helse- og rusproblematikk].»

Samhandlingen mellom de enkelte tjenesteutøvere i kommunen bidrar til at tjenestetilbudet generelt er fleksibelt. Samtlige intervjupersoner har gitt uttrykk for at kommunen generelt har et fleksibelt tjenestetilbud. Unntaket er samhandlingen og saksbehandlingstiden ved NAV. Forøvrig er det blitt sagt at NAV er fleksibel, men at dette området i høy grad er lovregulert, og at dette kan være til hinder for fleksibilitet og individuell tilpasning.

13.2.2 Tema: Plandokumenter som sikrer helhetlige og koordinerte tjenester

Kongsvinger kommune har siden 2007 benyttet balansert målstyring i sin virksomhetsstyring. Det innebærer at det er målkort og kontinuerlig evaluering og videreutvikling av målene innenfor kommunens tjenesteområder. Det blir årlig utarbeidet en resultattavle for medarbeidere med personlige styringskort i forhold til enhetens mål, enhetens ambisjoner og medarbeideres bidrag. Det er tilsvarende styringskort og resultatkrav for ledere.

Kommunens «*Plan for psykisk helse*» løper fra 2004-2008. Planen er utdatert og skal revideres. Det er skjedd store omstillinger på dette fagområde de seneste år. Vi har fått opplyst at ny plan skal utarbeides på nyåret 2015.

⁴⁰ Kilde: Helsedirektoratet (2010): Perspektiver på god praksis – en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner.

Kommunen har utarbeidet en tjenesteanalyse for Enhet for Psykisk helse- og rusomsorg. Formålet med tjenesteanalysen er å gi en systematisk og balansert vurdering av enkeltdeler i tjenesten, men også helheten, der styrker, svakheter og forbedringspotensialer kommer fram. Analysen er fra 2011. Det er ikke planlagt tidspunkt for en ny tjenesteanalyse, men den vil komme på bakgrunn av den omstilling kommunen har gjort internt, og med utgangspunkt i sentrale myndigheters føringer for psykisk helse og rus.

Kommunen har også en ruspolitisk handlingsplan som løper fra 2010-2013. Den ruspolitiske handlingsplan skal oppdateres og arbeidet starter i løpet av høsten 2014.

Kommunen forteller at de ikke har oppdatert nevnte plandokumenter fordi kommunen har vært inne i en stor omstillingsprosess og fordi at de ønsker at nye innspill og føringer fra departement kommer med. Samtidig vil de gjerne koordinere planarbeidet, og revisjon av plandokumentene skal derfor ses i en større kommunal sammenheng.

Det er utarbeidet en handlingsplan for Linken og Jobben for 2011-2012. Forøvrig er det nyere referater fra samarbeids- og evalueringsmøter mellom kommunen og Linken og Jobben. Disse referater inneholder oppsummering av økonomiske nøkkeltall, evaluering av tilbudet og kommentarer til fremtidig drift.

Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom DPS Kongsvinger og Kongsvinger kommune. Avtalen beskriver intensjonen om samarbeid, ansvarsforhold, og gjensidig forpliktelse i forhold til pasienter med psykiske lidelser. Det fremgår av denne avtale at kommunene blant annet har ansvar for delta i og koordinere ansvarsgruppemøter, samt at koordineringsansvarlig skal orientere om retten til individuelle planer. Kommunen skal også delta i planleggingsarbeid i forkant av utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten og vurdere pasientens behov for kommunale tjenester. Koordineringsansvarlig skal sikre videreføring av individuelle plan og ansvarsgrupper. Kommunen har samtidig et generelt koordinerings- og oppfølgingsansvar for individuelle planer.

Samarbeidsavtalen med DPS Kongsvinger inneholder ikke rutiner og retningslinjer for ansvars- og oppgavefordeling ved tilrettelegging av boligbehov. Problemstillinger knyttet til kommunens botilbud er imidlertid behandlet i en handlingsplan mellom Kongsvinger og Sykehuset Innlandet, som er blitt utarbeidet etter kommunebesøk høsten 2013.

Forøvrig har kommunen prosedyre for behandling av avvik, merknader og forbedringsforslag. Denne gjelder også for ansatte i psykisk helse og rusomsorg. Kommunen anvender it-systemet «Riskmanager» til å følge opp hendelser, forbedringsforslag, meldinger mv.

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 Kongsvinger er ansvaret for utarbeidelse av IP tillagt forvaltningsteamet.⁴¹ IP er et forholdsvis nytt ansvarsområde for forvaltningsteamet, og det jobbes fremdeles med å få til en god og forsvarlig saksbehandling.

Kommunen satte selv et mål for 2013 om at 100% av brukene som har behov for det og ønsker IP, har det. Kommunen oppgir at 80% av brukerne fikk det. Tilsyn fra fylkesmannen bekrefter at kommunen ikke oppfyller hverken egne mål eller lovkravene ift. utarbeidelse av IP.

Når tre eller flere instanser yter tjenester til en bruker, skal det utarbeides IP, hvis brukeren samtykker til dette.⁴² Mange brukere har tjenester fra tre eller flere instanser, men har likevel ikke IP.⁴³

De mest «tunge» rusmiddelbrukere og/eller psykisk syke har nok i hovedregelen en IP, men for mange brukere blir dette et dokument som ligger i en skuff, og ikke noe som brukere selv føler et eierskap/ansvar for. IP'er kan derfor bli «passive» dokumenter, som ikke blir brukt, f.eks. i ansvarsgruppemøter.

I forhold til resultater fra fylkesmannens tilsyn, som viste mangel på utarbeidelse av IP'er, har flere ansatte i Helse- og rehabiliteringsenheten sagt at dette også skyldes, at mange brukere ikke selv ønsker en IP. Øvrige intervjupersoner mener imidlertid at dette ikke er en vesentlig og hyppig årsak, og at det nærmere er en grunn som blir gitt for å rettferdiggjøre mangelen på IP'er. Hvor mange brukere som ønsker IP er også et resultat av hvor flinke de ansatte er til å «selge» IP'er inn til brukere og forklare hva formålet med dette dokumentet er. Det er samtidig blitt sagt at kommunen må bli bedre på å dokumentere at bruker faktisk har fått tilbud om IP. Manglende dokumentasjon av tilbud om IP fremgikk også som et avvik i fylkesmannens tilsyn.

Forøvrig har vi hørt fra flere ulike enheter at mangelen på IP'er også er spørsmål om prioritering. En intervjuperson sa: *«Det må vurderes hva som skal prioriteres. Om vi skal bruke tiden på å utarbeide IP, eller om vi skal sikre brukerens behov.»* For noen brukere kan det være mer hensiktsmessig med korte og konkrete målplaner, som beskriver tiltak som sikrer at brukeren får nok mat, har bolig, kommer seg til lege mv.

Vi har fått tilbakemeldinger om at NAV generelt er bedre på å føre og bruke individuell plan enn enhet for psykisk helse og rusomsorg. På NAV blir IP'er likevel ofte nedprioritert pga. tidsmangel. Ansatte mener forøvrig at malen som anvendes til IP'er er omfattende og kanskje burde revideres. Ansatte hos NAV mangler generelt også opplæring i IP og koordinatorrollen.

Flere intervjupersoner fra ulike enheter har uttalt at psykisk helse og rusomsorg har forbedringspotensial når det gjelder journalføring. Dette virker imidlertid også å være veldig personavhengig i forhold til hvem som er saksbehandler. Enheten gjennomførte en egen internrevisjon i 2010 av journalføring og fant en rekke avvik. Det ble etterfølgende utarbeidet en handlingsplan for å rette opp avvik. Handlingsplanen hadde en sluttdato (evaluering av resultatet) i april 2013. Selv om journalføring og IP ikke er det samme, viser internrevisjonen at dette feltet er noe

⁴¹ Tidligere lå det hos habiliterings- og rehabiliteringskoordinatorene.

⁴² Noen intervjupersoner har uttalt at kommunen i praksis bør utarbeide IP når en bruker mottar tjenester fra tre eller flere tjenesteytere. Andre intervjupersoner mener dette ikke er gjeldende, da lov-kriteriet er at brukeren skal ha' sammensatte, langvarige og behov for koordinerte tjenester – dette er ikke nødvendigvis det samme som at brukeren mottar tjenester fra tre tjenesteytere. Revisor merker seg divergerende uttalelser. Revisor forholder seg kun til lovkravene i sine vurderinger.

⁴³ Linken og Jobben har ikke ansvar for å utarbeide IP, men de kan inngå i en IP.

enheten lenge har hatt fokus på. Det synes likevel fortsatt å være problemer i tilknytning til journalføring og utarbeidelse av IP.

Kommunen har nedsatt en arbeidsgruppe, som skal bidra til aktivisere og involvere brukere ved tjenesteyting. En del av prosjektet er å utvikle/kjøre inn et it-system, som gjør det mulig å ha web-basert IP og IOP (individuell opplæringsplan). Gruppen tar utgangspunkt i at koordinerende enhet (forvaltningsteamet) initierer IP'er, men at alle enheter innen oppvekst, helse og omsorg og NAV skal benytte systemet. En fordel med en slik web-basert IP, er at brukere kan få direkte adgang til sin IP, og det skal bli lettere å utvikle og forenkle det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeide. Det forventes samtidig at arbeidet med IP'er skal bli mer effektivt.

Forøvrig er Pasientjournalssystemet viktig i kommunikasjonen om brukeren.

Vi har gjennomført en stikkprøvekontroll for å se om brukere har individuell plan og / eller koordinator, om det er dokumentert at tilbud om IP / koordinator er gitt og om vi ved stikkprøvekontrollen så spor av samhandling. Resultatet av kontrollen kan oppsummeres slik:

Bruker nr.	Antall instanser	Har individuell plan?		Har dokumentert tilbud om individuell plan?		Har koordinator?		Dokumentert tilbud om koordinator?		Har fast kontaktperson?		Spor samhandling	
		Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
1	3	X		X		X		X		X		X	
2	1		X		X		X		X	X		IA ⁴⁴	
3	1		X		X		X		X	X		IA	
4	2 aktive		X		X		X		X	X		X	
5	3	X		X		X		X		X		X	
6	2		X		X		X		X	X		Få spor	
7	3		X		X		X		X	X		Noe spor	
8	2		X		X		X		X	X		X	
9	2		X		X		X		X	X		X	
10	2		X		X		X		X	X		X	

Tabell 2

Vår kontroll viste at to av ti kontrollerte brukere hadde IP. I tillegg var det to brukere som hadde en tidligere IP eller utkast til IP som ikke var aktiv. For øvrige brukere var det ikke spor av IP. De brukerne som hadde IP hadde også koordinator, dvs. to brukere. Alle kontrollerte brukere har fast kontaktperson. Vi fant spor av samhandling for åtte av ti brukere. For to av disse var det få eller noe spor. De brukerne hvor vi ikke fant spor av samhandling, har kun tjenester fra psykisk helse og er merket med I/A i tabellen ovenfor.

⁴⁴ IA = Ikke aktuelt med samhandling pga. en instans inne

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.⁴⁵

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.⁴⁶

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

Vi har funn som tilsier at de fleste av brukerne av den psykiske helse- og rusomsorg har fast kontaktperson i kommunen, jf. tabell 2 ovenfor. Det er imidlertid ikke det samme som at brukerne har koordinator – eller at de har fått tilbud om koordinator. Det vil imidlertid være en del brukere, som ikke ønsker eller er aktuelle for et tilbud om koordinator. Det har ikke vært mulig å foreta kontroll av om samtlige brukere som ønsker og har krav på koordinator, har det. Tabell 2 viser at de som har IP også har koordinator. Dette samsvarer med opplysninger i intervjuer.

Funn fra stikkprøvekontrollen bekrefter informasjon vi har fått fra intervju, som tilsier at det i all hovedsak oppnevnes koordinator til brukere som har IP, mens det i mange tilfelle ikke oppnevnes koordinator for brukere som ikke har/ønsker IP, men likevel har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Det er forvaltningsteamet som utgjør kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og det er også de som har det formelle ansvar for opplæring og oppfølging av koordinator. Vi har fått opplyst at det ikke er etablert en ordning med reell opplæring og veiledning av koordinatorene fra forvaltningsteamet på nåværende tidspunkt. Det er igangsatt et utviklingsarbeid fra forvaltningsteamet. Det er, slik status er nå, forbedringspotensial ift. koordinatoransvar og opplæring og veiledning av koordinatorene.

Generelt har vi fått tilbakemeldinger om at koordinatorrollen og utarbeidelse av IP'er ikke satt i system mht. hvem som har hovedansvaret. Dette selv om at det formelle ansvaret er plassert hos forvaltningsteamet.

13.3 Revisors vurdering: Problemstilling 3

Kongsvinger kommune har etablert en rekke arenaer for samhandling, og revisor vurderer at det er lagt til rette for samhandling på systemnivå. Overordnet sett har vi blitt presentert for en kommune med velfungerende samhandling innenfor den psykisk helse- og rusomsorg, og det ser ut til at samhandling er blitt styrket i løpet av de seneste årene. Samhandlingen bidrar til at en ved vedtak om og gjennomføring av kommunale tjenester, ser de ulike tjenester i sammenheng, og at brukere generelt opplever helhetlige og koordinerte tjenester. Det bør imidlertid sikres at den samhandling

⁴⁵ Helsedirektoratet: Individuell plan og koordinator.

⁴⁶ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21.

som er etablert, f.eks. i form av samhandlingsmøter, er strukturert og ivaretar formålet om nødvendig og ønsket samhandling på både system- og individnivå.

Kommunen har forøvrig avtaler som formaliserer samarbeidet, f.eks. i form av samarbeidsavtale med Kongsvinger boligstiftelse og det regionale helseforetaket. Det er også funnet at samhandlingen er dokumentert via møtetreferater.

På individnivå kan det skje forbedringer i samarbeidet med NAV, i den forstand at NAV kan oppleves som utilgjengelig og som en bremse for brukerens fremdrift i saksbehandling mv.

På systemnivå merker revisor seg, at kommunen ikke har noe veletablert samarbeid med brukerorganisasjoner, selv om det stilles krav til samarbeid og inkludering av de frivillige organisasjoner av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10. Revisor vurderer at kommunen ikke tilfredsstiller kravene i loven, og noterer et avvik i forhold til inkludering av brukerorganisasjoner.

Vi har funn som viser at kommunen forsøker å koordinere planarbeidet, men revisor konstaterer samtidig at de vesentligste plandokumenter på dette tjenesteområde er utdaterte, herunder «*Plan for psykisk helse*», «*Tjenesteanalyse for Enhet for psykisk helse- og rusomsorg*», og «*Ruspolitisk handlingsplan*». Revisor har fått tilsagn om at de nevnte planer skal oppdateres, men at kommunen har avventet mer konkrete føringer fra departement og at flere planverk skal oppdateres samtidig, dvs. koordineres. Revisor mener det er positivt at kommunen forsøker å samordne det kommunale planverk og inkludere nasjonale føringer mv. i planverket, men mener samtidig ikke at dette kan begrunne at vesentlige plandokumenter på området for psykisk helse- og rusomsorg ikke er oppdatert på flere år. 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 det som en mangel at plandokumentene ikke er oppdaterte innenfor den psykiske helse- og rusomsorg.

I Kongsvinger er ansvaret for utarbeidelse av IP tillagt forvaltningsteamet. Kommunen har nylig hatt tilsyn fra fylkesmannen som viste mangel på utarbeidelse av IP'er og dokumentasjon av at tilbud er gitt. Våre funn fra tilsyn viser at det fortsatt er mangler i forhold til individuell plan, spesielt synes det å være et lite strukturert system for å dokumentere at bruker har fått tilbud om IP. Omfanget av revisjonens stikkprøvekontroll gir lite grunnlag for å vurdere om bruker som bør ha IP, i hovedregelen har det. Ut fra praksis virker det som om at virksomheten generelt jobber mer strukturert for å sikre at brukere med krav og ønske om IP får det, enn det som fylkesmannen tilsyn tilsier.

Denne forvaltningsrevisjon er foretatt kort tid etter fylkesmannens tilsyn og det kan ikke forventes at kommunen har rukket å rette opp samtlige avvik. Samtidig er IP'er et nytt ansvarsområde for forvaltningsteamet, og det jobbes fortsatt for å få etablert gode rutiner og praksis. Kommunen bør bli bedre til å dokumentere at brukere faktisk har fått tilbud om IP og å utarbeide IP'er for de brukere som har krav om dette og selv ønsker der. Revisor merker seg at kommunen jobber med å etablere et IT-system som skal gjøre arbeidet med IP mer effektivt, og vurderer samlet sett at kommunen fortsatt har utfordringer knyttet til IP, men at det forventes å skje forbedringer som både ivaretar brukeres og ansattes interesser og praksis når det gjelder opprettelse og anvendelse av IP'er.

Vår kontroll viser at brukere som har IP, også får oppnevnt koordinator. Revisjonen har for få funn til kunne vurdere hvorvidt samtlige brukere som ønsker det, får oppnevnt koordinator. Revisor

bemerket at intervju og stikkprøve-kontroll tilsier at det er praksis for at de som har IP, får oppnevnt koordinator. Samtidig får brukere som ikke ønsker en IP, men likevel har behov for langvarige og koordinerte tjenester, ikke oppnevnt koordinator. Revisor gjør oppmerksom på at kravet til koordinator gjelder uavhengig av om bruker har IP, i henhold til Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21.

Forvaltningsteamet 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 forvaltningsteamet på det tidspunkt denne forvaltningsrevisjonen ble gjennomført ikke hadde etablert noen rutiner for eller foretok noen opplæring og veiledning av koordinator. Revisor vurderer at dette utgjør et avvik fra krav i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

Samlet sett konkluderer revisor med at Kongsvinger kommune i overveiende grad sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud. Kommunen har mange arenaer for samhandling og en koordinerende enhet. Kommunen har imidlertid mangler og avvik i forhold til opplæring og veiledning av koordinator, i forhold til samarbeidet med brukerorganisasjoner og i forhold til fremdrift ved saksbehandlingen ved NAV. Det kan også skje forbedringer i rutinene fra utarbeidelse av individuell plan. Videre bygger den psykiske helse- og rusomsorg på et utdatert planverk. Revisor ser samtidig at kommunen har planer om oppdatering av planverk og nettopp nå jobber med et prosjekt om utvikling av web-basert IP. Samtidig finner revisor at kommunen selv kjenner til de fleste av de nevnte avvik/mangler og revisor har fått opplyst at kommunen vil utbedre dem.

14 Kommentar til det forebyggende arbeid

Dette prosjektet er avgrenset til ikke å se på det forebyggende arbeid. Vi gir likevel en kort orientering om de kommentarer vi har fått til den del av det kommunale innsatsområde.

Vi har fått flere innspill på at en av kommunens svakheter er det forebyggende arbeid overfor brukergruppen av psykisk syke og rusmiddelbrukere. Tjenesten blir reparerende og ikke forebyggende. Dette henger sammen med ressurser, og at det er krevende å jobbe mot en stor brukermasse av psykisk syke mennesker / rusmisbrukere som har omfattende tjenestebehov. Det hadde vært ønskelig at kommunen i større grad kunne vært ute blant barn og unge og jobbet forebyggende. Psykisk helse- og rusomsorg har en ansatt som arbeider med forebyggende arbeid, men vedkommendes fravær har det vært vanskelig å erstatte kompetansen.

15 Konklusjon

På bakgrunn av funn kan revisor konkludere følgende:

Problemstilling 1 har undersøkt om Kongsvinger kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer. Revisor har funnet og vurdert at Kongsvinger kommune har et tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid og rusomsorg som er i tråd med lovverk og statlige føringer, med følgende unntak og avvik:

11. Kongsvinger kommune har de seneste årene prioritert de tunge rusmisbrukere, noe som både avspeiler seg i kommunens driftsutgifter og tjenestetilbudet. Det kan se ut som om at satsningen på de tyngste rusmisbrukere har vært for omfattende eller feildimensjonert, noe som er skjedd på bekostning av innsatsen og tjenestetilbudet innenfor det psykiske helsearbeid.
12. Tommelstadsgate aktivitets- og mestringssenter har opplevd nedgang i tilstedevær av personale de seneste årene, noe som bevirker at brukere føler at tilbudet ikke er så velfungerende som det var år tilbake. Revisor vurderer at dagsenteret i Tommelstadsgate overordnet sett er et godt og velfungerende tilbud, men at senteret kan ha nytte av høyere bemanningsgrad. Alternativt bør tilknytningen opp i mot frisklivssentralen gjøres mer tydelig for brukerne og anvendes mer aktivt.
13. Revisor stiller spørsmål ved om kommunen har foretatt en tilfredsstillende innsats for å gjøre botilbudet i O. Skøyens vei 43, også kalt «Rusblokk», mer velfungerende og om omfanget av tilsyn er tilstrekkelig.
14. Revisor vurderer at botilbudet i Sofiesgate 2 samlet sett ikke er velfungerende i den utforming det har per dags dato. Revisor mener kommunen bør ta stilling til om tilbudet er overdimensjonert og om tilbudet kan endres/tilpasses slik at det blir velfungerende.
15. Det knytter seg en rekke utfordringer til at kommunen har en spredt boligmasse, samtidig som det boligsosiale arbeidet er fragmentert, og det skaper behov for koordinering. Revisor vurderer at det mangler en overordnet strategi for kommunens botilbud og tanker og koordinering bak tiltak og satsning, og at kommunen bør ha en boligsosial handlingsplan, som er forankret og kjent blant medarbeiderne.
16. Kommunens utgangspunkt er at de kommunale botilbud (bortsett for omsorgsboliger) skal være midlertidige. Dette er ikke i overensstemmelse med veiledning fra helsedepartementet, som fremhever at kommunen skal legge til rette for *varige* botilbud i gode bomiljø. Revisor har funnet og vurderer at kommunen ikke følger anbefalt praksis.
17. Kongsvinger kommune har ikke selv et aktivt oppsøkende behandlingsteam på gateplan. Kommunen deltar i prosjektet ROS. Revisor stiller spørsmål ved om ROS-prosjektet dekker kommunens samlede behov for oppsøkende team.
18. Kompetanseheving kan bli tilsidesatt til fordel for høy direkte tjenesteproduksjon. Revisor bemerker samtidig at stor utskiftning blant de ansatte, et stort arbeidspress, dårlig opplæring av nytilsatte og et stort saksområde, innvirker negativt på saksbehandlernes kompetansenivå ved NAV.
19. Det kan skje forbedringer i forhold til informasjon på kommunens hjemmeside. Lokalene på Rasta, hvor psykisk helse og rusomsorg holder til, er lite imøtekomende og virker ikke egnet som mottak for brukere.
20. Kommunen skal forebygge voldsepisoder og ivareta de ansattes sikkerhet. Etter revisors vurdering har ikke kommunen fullt ut ivaretatt sitt ansvar på dette området for Sofiesgate 2. Dette begrunner vi med at det ikke er rømningsvei fra personalrommet, samtidig som personalet har uttrykt at de er utrygge. Revisor bemerker samtidig at alenearbeid og arbeidsoppgaver som

innebærer maktutøvelse øker risikoen for vold og trusler om vold, og spør om dette er tatt til overveielse ved tilrettelegging av arbeidsoppgavene ved forvaltningsteamet, hvor de ansatte ofte reiser ut alene på hjemmebesøk.

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

Konklusjonen på problemstilling 2 er at Kongsvinger kommune ivaretar hensynet til brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid og rusomsorgen. På systemnivå foretas det brukerundersøkelser og det finnes brukerråd i relevante tjenesteenheter. At brukerundersøkelsene gjennomføres på et overordnet kommunalt nivå, bevirker imidlertid at undersøkelsene virker lite relevante og brukbare for revidert enhet. Samtidig har den psykiske helse- og rusomsorg lite inkludering og samarbeid med lokale brukerorganisasjoner. Revisor vurderer at det finnes brukermedvirkning på systemnivå, men at det kan skje forbedringer i omfanget og organiseringen av denne brukermedvirkning, særlig hva angår utformingen av brukerundersøkelsene og inkludering av lokale brukerorganisasjoner. På individnivå skjer brukermedvirkning løpende, noe som også er dokumentert i pasientjournaler. Kommunens brukerstyrte tilbud, herunder Tommelstadsgate Mestrings- og aktivitetssenter samt brukerstyrt seng ved DPS, bidrar til å sikre brukermedvirkning på individnivå.

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

Revisor har funnet at Kongsvinger kommune i overveiende grad sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykisk helse får et helhetlig og koordinert tilbud. Kommunen har mange arenaer for samhandling og en koordinerende enhet. Kommunen har imidlertid følgende mangler og avvik:

7. På individnivå kan NAV oppleves som utilgjengelig og som en bremse for brukerens fremdrift i saksbehandling mv.
8. Kommunen tilfredsstiller ikke lovkrav til samarbeid og inkludering av de frivillige organisasjoner av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10.
9. De vesentligste plandokumenter på dette tjenesteområde er utdaterte, herunder «*Plan for psykisk helse*», «*Tjenesteanalyse for Enhet for psykisk helse- og rusomsorg*», og «*Ruspolitisk handlingsplan*». Revisor noterer det som en mangel at plandokumentene ikke er oppdaterte innenfor den psykiske helse- og rusomsorg.
10. Det er mangler i forhold til utarbeidelse av individuell plan (IP), spesielt synes det å være et lite strukturert system for å dokumentere at bruker har fått tilbud om IP. Ut fra praksis virker det som om at virksomheten jobber mer strukturert for å sikre at brukere med krav og ønske om IP får det, enn det som fylkesmannens tilsyn tilsier. Revisor merker seg at kommunen jobber med å etablere et IT-system som skal gjøre arbeidet med IP mer effektivt.
11. Revisor bemerker at intervju og stikkprøve-kontroll tilsier at det er en praksis for at brukere som ikke ønsker en IP, men likevel har behov for langvarige og koordinerte tjenester, ikke får oppnevnt koordinator. Revisor gjør oppmerksom på at kravet til koordinator gjelder uavhengig av om bruker har IP, i henhold til Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21.
12. Forvaltningsteamet utgjør kommunens koordinerende enhet for helse- og rehabilitering, og har ansvar for opplæring og veiledning av koordinator. Forvaltningsteamet foretar ikke noen opplæring og veiledning av koordinator, og dette utgjør et avvik fra krav i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

16 Anbefalinger

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

15. Kommunen bør vurdere høyere bemanningsgrad ved Tommelstadsgate aktivitets- og mestringssenter. Alternativt bør tilknytningen opp i mot frisklivssentralen gjøres mer tydelig for brukerne og anvendes mer aktivt.
16. Kommunen anbefales å foreta en vurdering av om omfanget av tilsyn ved botilbudet i O. Skøyens vei 43, er tilstrekkelig.
17. Kommunen bør ta stilling til om botilbudet i Sofiesgate 2 er overdimensjonert og om tilbudet kan endres/tilpasses slik at det blir velfungerende.
18. Kommunen bør utarbeide en boligsosial handlingsplan, og sikre at den er kjent blant medarbeiderne.
19. Kommunen bør legge til rette for *varige* botilbud. Midlertidige botilbud skal avhjelpe akutt bostedsløshet.
20. Kommunen bør foreta en vurdering av om ROS-prosjektet dekker kommunens samlede behov for oppsøkende team.
21. Kommunen bør sikre at kommunens hjemmeside er oppdatert med informasjon og dokumenter som angår kommunens psykiske helse- og rusomsorg, inkludert forvaltningsenheten.
22. Kommunen bør foreta en vurdering av om gjeldende praksis på forvaltningsteamet og på Sofiesgate 2, ivaretar de ansattes sikkerhet, og om kommunen forebygger voldsepisoder mot ansatte på dette tjenesteområde.
23. Kommunen anbefales å foreta en vurdering av om brukerundersøkelsene kan utformes og gjennomføres på en annen måte, slik at resultater er mer fyllestgjørende og spesifikke for den psykiske helse- og rusomsorg.
24. Kommunen bør ta initiativ til å forbedre samarbeidet med lokale brukerorganisasjoner.
25. Kommunen bør oppdatere relevant planverk på tjenesteområdet.
26. Kommunen bør undersøke om det kan etableres et mer strukturert system for å dokumentere at brukere har fått tilbud om individuell plan.
27. Kommunen bør sikre at brukere som ikke ønsker individuell plan, blir tilbudt koordinator hvis det er behov for langvarige og koordinerte tjenester
28. Det bør sikres at kommunens koordinerende enhet for helse- og rehabilitering ivaretar sitt ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene.

17 Referanseliste

- 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)*
- Eskoleia (2014): *Om oss*. <http://www.eskoleia.no/om-oss>
- FAFO (2009): *Vold og trusler om vold i offentlig sektor*. Jørgen Svalund.
<http://www.fafo.no/pub/rapp/20120/20120.pdf>
- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)*. Ikrafttredelse 01.01.2012.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Ikrafttredelse 01.01.2012.
- Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon*. Ikrafttredelse 01.01.2012.
- Fylkesmannen i Hedmark (2014): *Foreløpig rapport fra tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til voksne med personer med psykiske lidelser og samtidig langvarig rusmiddelbruk i Kongsvinger kommune*. Sosial- og helseavdelingen.
- Glåmdalen: *For noen er det tøft bare å komme*. Avisartikkel om dagsenter i Tommelstadsgate. 14.05.2014.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999): *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2008*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004): *Rundskriv I-8/2004. Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007): *Opptappingsplan for rusfeltet 2007-2012*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011): *Meld. St. 16 - Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011-2012): *Meld. St. 30 - Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping*.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2013): *Mangelfull oppfølging etter behandling for ruspasienter*. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2013/mangelfull-oppfolging-etter-behandling-f.html?id=748581&WT.tsrc=epost&WT.mc_id=epostvarsel_regjeringenno
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013-2014): *Proposisjon til Stortinget 1 S*. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 27. september 2013. Godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II). For budsjettåret 2014.
- Helsedirektoratet (2010): *Perspektiver på god praksis – en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner*. Rambøll.
- Helsedirektoratet (2011): *Individuell plan og koordinator*. <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (2011): *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.
- Kongsvinger kommune (2004): *Plan for psykisk helse i Kongsvinger kommune 2004-2008*. Vedtatt i utvalg for helse og omsorg 30.03.2005.
- Kongsvinger kommune (2010): *Kommunedelplan for Helse og omsorg*.
- Kongsvinger kommune (2010): *Ruspolitisk handlingsplan 2010-2013*. Vedtatt 11.02.2010.
- Kongsvinger kommune (2011): *Tjenesteanalyse for Enhet for psykisk helse og rusomsorg i Kongsvinger kommune*. Desember 2011
- Kongsvinger kommune (2012): *Strategisk kompetanse plan 2012-2016. Helse og omsorg*
- 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 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 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*. Fastsett av NKRFs styre 1. februar 2011 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjonsprosjekter med oppstart etter samme dato.
- NOVA (2011): *Boligsosiale utfordringer i Kongsvinger kommune – en forstudie*. Åsmund Langsether og Lars Gulbrandsen. Notat nr 4/11.
- Rogaland Revisjon (2012): *Forvaltningsrevisjon av bestiller-utfører organisering i Sandnes kommune*.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Plan for Brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse*.
- Telemark kommunerevisjon IKS (2013): *Rusomsorg og psykisk helse. Del 2. Ressursbruk, helhetlig og koordinerte tjenester og pårørendearbeid innen rusomsorg*. Porsgrunn kommune. Forvaltningsrevisjonsrapport nr 705030.

17.1 Dokumenter som revisjonen har fått utlevert fra revidert enhet

Ansvarlig kontaktperson: Ingebjørg Skogli.

Dokumenter i perm fra fylkesmannens tilsyn

Oversikt over styrende dokumenter i internkontroll/kvalitetssystem for virksomheten.
Notat over målsystem for Kongsvinger kommune
Kongsvinger kommunes budsjett 2013/Økonomiplan 2013-2016. Vedtatt av kommunestyret 13.12.12.
Organisasjonskart for Kongsvinger kommune. Oppdatert 24.03.2013.
Organisasjonskart for NAV Kongsvinger. Oppdatert 16.09.2013.
Organisasjonskart Helse- og rehabiliteringsenheten. Oppdatert 24.03.2013.
Oversikt over ansatte og ansvarsområder for team boliger for aktive rusmisbrukere.
Referater fra teammøte (for team for aktive rusmisbrukere & team for boliger for aktive rusmisbrukere).

Dokument for prosedyre for sikkerhetsalarm.
Oversikt over ansatte og ansvarsområder for team forebyggende og oppfølgende arbeid rusmiddelbrukere.
Prosedyre for nedtrapping fra substitusjonslegemiddel i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering.
Retningslinjer i forhold til tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige. Gjeldende for Kongsvinger kommune. Ferdigstilt september 2012.
Brosjyre for Linken/Jobben
Prosjektplan for Etablering av HDO psykiatriboliger i Gulliveien. 2.5.2013.
Oversikt over ansatte og ansvarsområder for team psykisk helse- og rusomsorg.
Årsplan for psykiatrisk dagsenter.
Notat om valg av brukerrepresentanter ved dagsenter.
Oversikt over brukertall, bemanning mv. ved enhet for psykisk helse og rusomsorg. Tall fra 2012.
Årlig resultatavtale for medarbeidere (tillegg til medarbeideres arbeidsavtaler).
Lederavtale for enhetsledere.
Lederavtale for teamledere.
Årlig resultatavtale for ledere.
Orientering om delegasjon av myndighet til å treffe midlertidige vedtak om tilbakeholdelse av rusmiddelavhengige i institusjon. Fra advokatfirmaet Campell & Co AS.
Generelle regler for delegasjons i Kongsvinger kommune. Delegasjon til administrasjonen.
Oversikt over turnus for Enhet for psykisk helse og rusomsorg.
Prosedyre for behandling av avvik, merknader og forbedringsforslag.
Revisjonsrapport for internrevisjon fra 2010.
Handlingsplan for å rette opp avvik ift. journalføring i Enhet for psykisk helse og rusomsorg.
Prosedyrer ved ansettelse av nye medarbeidere – revidert 15.09.2010.
Rutiner for inkludering av nyansatte ved Helse- og rehabiliteringsenheten.
Rutiner for oppfølging av brukere ved fravær av personalet ved Helse- og rehabiliteringsenheten.
Samarbeidsavtale mellom Frelsesarmeens Jobben og Kongsvinger kommunale eiendomsenhet om arbeidsoppgaver for deltakere på Jobben. Mai 2012.
Oversikt over drift av Linken og Jobben.
Frelsesarmeens rusomsorg, Region Øst. Fellesdokument for tilbud til Kongsvinger kommune.
Handlingsplan for Jobben Kongsvinger og værestedet Linken. 2011-2012.
Kontrakt mellom Kongsvinger kommune og Frelsesarmeen om drift av aktivitetshuset Linken.
Lavterskeltilbud for rusmiddelavhengige i Kongsvinger.
Referater fra samarbeidsmøter med Linken/Jobben-Kongsvinger.
Innkalling til evalueringsmøte med Linken/Jobben-Kongsvinger.
Uttalelse fra KoRus om Prosjekt Ros.
Operasjonalisering av mål i ROS prosjektet.
Presentasjon av rådmannsutvalget av ROS (regionale, oppsøkende, samhandlingstiltak).
Ruspolitisk handlingsplan 2010-2013. Vedtatt 11.02.2010.
Tjenesteanalyse for Enhet for psykisk helse og rusomsorg i Kongsvinger kommune 2011.
PowerPoint-presentasjon av resultat fra brukerundersøkelse fra 2012.
Notat fra Agenda: Oppsummering av åpne svar i brukerundersøkelse.
Prosedyre for behandling av avvik, merknader og forbedringsforslag (alle enheter).
Risk Manager. Kurshefte for meldere.
Risk Manager: Kurshefter for behandlere.
Årsrapport 2012. Årsregnskap 2012. Kongsvinger kommune.
Kommunestyrevedtak 2012 – Statusrapport.
Oversikt over møtestruktur Helse – og rehabiliteringsenheten.
Møtereferater AMU-møter.
Skjema for søknad om helse- og omsorgstjenester (Helseenheten v/ Tildelingsteamet)
Skjema for vurdering av omsorgslønn og avlastning.
Prosedyre ved klager fra brukere. Tildelingsteamet Kongsvinger kommune.
Prosedyre for dokumentasjon i journalsystemet Profil. Tildelingsteamet Kongsvinger kommune.
Prosedyre for behandling av innkomne søknader. Tildelingsteamet Kongsvinger kommune.

Tildelingskriterier for tildeling av tilrettelagt bolig i Sofiesgate 1.
Øvrige tilsendte dokumenter
Oppdatert organisasjonskart for Helse- og rehabiliteringsenheten, Kongsvinger kommune
Brosjyre fra samarbeidspartner DPS Kongsvinger om gruppebehandling
Brosjyre for Kulturnettverket Innlandet
Brosjyre for Frisklivssentralen Kongsvinger
Brosjyre for Frisklivssentralens brukergruppe «for deg med KOLS»
Brosjyre for Frisklivssentralens lavterskeltilbud for kreftpasienter
Prosedyre for melding ved truende selvmord til enheten
Årsrapport for 2013 for tjenesteområde Helse- og omsorg. Ble behandlet i kommunestyret 12/6.
Dokumenter om bedret samhandling og handlingsplan mellom DPS og Kongsvinger kommune
Informasjon om brukerstyrt plass ved Kongsvinger DPS døgnenheten
Kongsvinger kommunes budsjett 2014. Økonomiplan 2014-2017. Vedtatt av kommunestyret 12.12.2013.
Årsplan/beskrivelse av Tommelstadsgate aktivitets- og mestringstilbud
Samarbeidsavtale mellom DPS Kongsvinger og kommunene Åsnes, Grue, Kongsvinger, Eidskog, Sør-Odal og Nord-Odal.
Resultater fra brukerundersøkelse ved NAV Kongsvinger.
Øvrige dokumenter som er utlevert under intervju
Brosjyre for Tommelstadgate aktivitet- og motivasjonssenter
Oversikt over prosjekt: Arbeidsgruppe web-basert IP og IOP

18 Rådmannens høringsuttalelse

SV: vedr. høringssvar forvaltningsrevisjonsrapport
Torleif Lindahl <Torleif.Lindahl@kongsvinger.kommune.no>
 Du videresendte denne meldingen 09.10.2014 14:15.
Sendt: to 09.10.2014 09:08
Til: Inger Stensgaard Sørensen
Kopi: Marianne Birkeland; Anne Christine Ringstad-Nerli

Hei!

Beklager sterkt at dere ikke har mottatt tilbakemelding tidligere.

Kommunen har ingen kommentarer til den foreløpige rapporten ang psykisk helse og rusomsorg i Kongsvinger.

Med vennlig hilsen
Torleif Lindahl
Rådmann Kongsvinger kommune
E-post: Torleif.Lindahl@kongsvinger.kommune.no
Tlf: 911 39334

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

UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1

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

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

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

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

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TJENESTETILBUDET

Sosial deltakelse på naturlige møteplasser gir personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer mulighet til å etablere nettverk og relasjoner. Kommunen bør legge til rette for at det etableres tilbud og møteplasser hvor alle kan delta ut fra sine forutsetninger, uavhengig av livssituasjon og økonomisk evne. Kommunene kan sammen med organisasjoner og brukere utvikle inkluderende frivillige tilbud, og evt. brukerstyrte tilbud. Noen har behov for møteplasser og aktiviteter hvor de kan møte andre i samme situasjon. Det kan være selvhjelpsgrupper, brukerstyrte tilbud, likemannsarbeid, mentorordninger og andre tiltak i regi av brukerorganisasjoner og andre frivillige aktører. Kommunen skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer.⁴⁷ 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.⁴⁸

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

⁴⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3, tredje ledd, jf. § 3-1 andre ledd.

⁴⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 6 b

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

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

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

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

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

PÅRØRENDE

God ivaretagelse av pårørende⁴⁹ 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.⁵⁰

⁴⁹ 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.

⁵⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c og tilhørende inisitusjonsforskrift

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 boligmarkedet⁵¹. Ved akutt behov har NAV-kontoret plikt til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv⁵². Opphold i midlertidig bolig skal ikke strekke seg over lang tid, og bør kun benyttes inntil det er mulig å finne en mer permanent løsning⁵³. Husbanken⁵⁴ 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 arbeidslivet⁵⁵. 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 sosialhjelp⁵⁶ 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

⁵¹ Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i NAV (lov om sosiale tjenester i NAV) § 15 og helse- og omsorgstjenesteloven 3-7

⁵² Rundskriv til lov om sosiale tjenester, R35-00-F12, lov om sosiale tjenester i NAV § 27

⁵³ Rundskriv U-5/2003 Veiledning for kvalitetskrav til midlertidig husvære etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 27

⁵⁴ Lov 29. mai.2009 nr. 30 om husbanken (husbankloven)

⁵⁵ Lov om sosiale tjenester i NAV kapittel 4, herunder §§ 29 flg.

⁵⁶ Lov om sosiale tjenester i Nav §§ 18 flg.

gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, har krav på økonomisk stønad, uansett årsaken til hjelpebehovet⁵⁷. Retten gjelder inntil andre økonomiske muligheter kan gjøres gjeldende.

Økonomisk rådgivning inngår i NAV-kontorets råd- og veiledningsplikt⁵⁸. 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.

⁵⁷ Lov om sosiale tjenester i NAV § 18

⁵⁸ 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.⁵⁹ 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.

⁵⁹ 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.⁶⁰

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 arbeid som dreier seg om å fordele knappe gode, veilede, sosialisere og aktive 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.⁶¹

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

⁶¹ 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 overveie ved tilrettelegging av arbeidsoppgavene. Det bør samtidig være rutiner eller retningslinjer for håndtering av vold. Rutiner for samarbeid om håndtering av vold- og utageringsproblematikk kan nedfelles i samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunen. Koordinator, individuell plan og ansvarsgruppe er viktige virkemidler for å forebygge voldsepisoder. Aktivt oppsøkende behandlingsteam er en egnet tilnæringsmåte 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 tjenester⁶², skal tilbys en koordinator, uavhengig av om brukeren ønsker en individuell plan eller ikke.⁶³

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.

⁶² Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2

⁶³ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21

REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1

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

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

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

Problemstilling 2

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

UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2

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

Ifølge helsedirektoratet skal brukernes behov og muligheter være utgangspunktet for tjenester, og en av de største samhandlingsutfordringene er at brukernes behov ikke tas nok hensyn til når tjenestene skal utvikles. Betydningen av og kunnskap om brukerperspektiv og brukermedvirkning må være forankret i ledelsen og hos de ansatte i tjenestene.⁶⁴

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).⁶⁵

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 andre ledd, pålegger også en tilsvarende plikt til å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter⁶⁶. 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 informasjon⁶⁷. 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 stereotyper, og bidra til at enkeltpersoner og grupper får større innflytelse og handlingsrom. Aktiv brukerdeltakelse i utformingen av tjenestetilbudet bidrar til et

⁶⁴ <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/Sider/default.aspx>

⁶⁵ <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>

⁶⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 andre ledd

⁶⁷ 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 prosessen⁶⁸.

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 brukermedvirkning⁶⁹. Tjenesteutøveren har samtidig et selvstendig ansvar⁷⁰ for at brukeren gis et likeverdig, frivillig⁷¹ og forsvarlig tilbud med anledning til å medvirke⁷².

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 medvirkning⁷³. 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.⁷⁴

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.

⁶⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd & Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd annet punktum

⁶⁹ Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven)

⁷⁰ § 16 helsepersonelloven § 4

⁷¹ Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 4-1

⁷² Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

⁷³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd

⁷⁴ Kilde: Sammen om mestring, Helsedirektoratet. Side 16.

METODER FOR BRUKERMEDVIRKNING

INDIVIDUELL PLAN

Individuell plan (IP) er brukerens egen plan. IP skal utarbeides sammen med bruker og gjenspeile brukerens behov, ønsker og mål⁷⁵. Planen utløser ingen rettskrav på bestemte tjenester, og gir ikke brukeren rettigheter ut over det som følger av regelverket for helse- og omsorgstjenester⁷⁶. 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 plan⁷⁷ 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 funksjonsevne⁷⁸. Helseforetakene er pålagt å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter⁷⁹. 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.

⁷⁵ 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

⁷⁶ Forskrift av 16.12.2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 16

⁷⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5

⁷⁸ 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

⁷⁹ Lov av 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m (helseforetaksloven) § 35

Brukerne bør så langt som mulig involveres i planlegging og gjennomføring av slike undersøkelser.⁸⁰

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.

⁸⁰ Kilde: Plan for brukermedvirkning – Helsedirektoratet. Side 26f.

Problemstilling 3

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

UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3

Gjennom opptrappingsplanene for psykisk helsefeltet og rusfeltet er det bygget opp et bredt sett av lokalbaserte tjenester og tilbud innen både offentlig og frivillig sektor. Utviklingen har vært positiv med tanke på å møte målgruppens behov. Mangfoldet av tjenester kan i noen tilfelle medføre at brukere og pårørende opplever tilbudet som fragmentert. Forsvarlighetsplikten krever at tjenestene må tilrettelegges slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.⁸¹ Plikten forutsetter at tjenestene samhandler om tilbudet til den enkelte bruker. Nødvendig samhandling må skje mellom tjenestene innen kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten⁸². Samarbeid med frivillig sektor vektlegges også i stadig større grad. Det er tjenestenes ansvar å sørge for helheten, slik at det er lett for bruker og pårørende å få oversikt, og finne fram til rett tjeneste.

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

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

SAMARBEID PÅ FLERE NIVÅER

SAMHANDLING INNAD I KOMMUNEN

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

⁸¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, helsepersonelloven §§ 4 og 16

⁸² Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e, lov om sosiale tjenester i NAV § 13

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 oppfølging⁸³. Andre tiltak forholder seg til brukerne utenfor behandlingsapparatet og de sosiale tjenestene, og dekker forhold som for folk flest ivaretas gjennom sosiale nettverk eller deltakelse på ulike arenaer i det sivile samfunn. Tiltakene supplerer de offentlige tjenestene og har fokus på sosiale nettverk, kompetansebygging, empowerment og økt mestring.

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

SAMHANDLING MELLOM KOMMUNEN OG SPESIALISTHELSETJENESTEN

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

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

PLIKT TIL Å SAMARBEIDE

Kommunen og regionalt helseforetak har ansvar for å tilrettelegge for samhandling og samarbeide internt i tjenestene, med andre tjenesteytere og med bruker- og pårørendeorganisasjonene⁸⁴.

Kommunen skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket, eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer⁸⁵. 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

⁸³ Helsepersonelloven vil gjelde, jf. § 2

⁸⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e

⁸⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6

avtalen til Helsedirektoratet til orientering, slik at staten kan følge med på at alle kommuner og helseforetak inngår samarbeidsavtale⁸⁶.

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 tjenesteutviklingen⁸⁷, og ikke utvikle tjenester uavhengig av hverandre. Tjenestetilbudet må organiseres slik at en unngår tjenestetomme rom, det vil si områder hvor det er stor risiko for å oppleve svikt i tilbudet. Tjenestene må ses i sammenheng og utvikles ut i fra en felles forståelse for hva som er behovene. En bør samarbeide og involvere hverandre i endrings- og utviklingsprosesser. Prosesser må være godt forankret, blant annet i samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

REGELMESSIGE MØTER

God samhandling forutsetter løpende kontakt. Det bør etableres regelmessige møter hvor beslutningstakere fra både kommunene og spesialisthelsetjenesten drøfter strategier, praktisk samhandling og planlegger videreutvikling av tjenestene.

Bruker- og pårørendeorganisasjoner bør inviteres med som rådgivere.

⁸⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-4

⁸⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6

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 premiss når det fattes vedtak om tjenester. Det er kommunen som har ansvaret for at det utarbeides en individuell plan (IP). Koordinerende enhet i kommunen bør legge til rette for felles opplæring og kompetanseutviklingstiltak for brukere, koordinatorene og andre fagpersoner som er involvert i planarbeidet. Utarbeidelse av IP krever samtykke fra pasient og bruker.

KOORDINATOR

Kommunen skal tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kommunen har plikt til å tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, uavhengig av om de ønsker å få utarbeidet individuell plan⁸⁸.

Koordinator skal sørge for fremdrift i den individuelle planen, men virksomhetsledelsen skal sørge for at koordinatoren har gode rammebetingelser for å kunne ivareta rollen⁸⁹.

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 rehabiliteringsvirksomhet⁹⁰. 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.
 - 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

⁸⁸ Forskrift av 16.12.2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21

⁸⁹ Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Prop 91 L (2010-2011).

⁹⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3

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.

20 Vedlegg B: Uttalelse fra DPS Kongsvinger



Sykehuset Innlandet HF
Divisjon Psykisk helsevern

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

NAV Kongsvinger oppleves å gi liten veiledning/ hjelp til pasient og behandler. Dårlig ivaretagelse av brukermedvirkning. Saksbehandling blir ikke utført dersom det ikke allerede foreligger et tilbud pr d.d. Erfaring på dårlig oppfølging/ nedlatende tone til pasienter og samarbeidsinstanser. Vanskelig å få tak i saksbehandlere. Virker som om det er mange ledd/ dårlig organisert/ mangel på koordinering. I fht bolig er det blitt bedre etter at boligsos.team-tilbudet kom i gang.

I møte med representanter fra psyk team, har man flere erfaringer på at det blir gitt tydelige avslag/ avvisninger på tjenestetilbud i samarbeidsmøter hvor pas er tilstede. Det oppleves uheldig. Fint om saker kan drøftes, og at evt. avslag blir formidlet på annen måte. Dette er noe bedret etter at man begynte å melde behov pr PLO-meldinger.

EIDSKOG

[Redacted text block]

BESØKSADRESSE
Parkveien 35
2212 Kongsvinger

POSTADRESSE
Postboks 104
2361 Brumunddal

Tlf: 08200
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no

Org.nr. 983 971 709

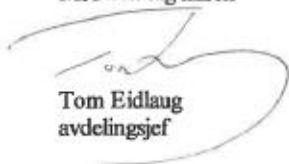
HELSE SØR-ØST



ÅSNES

[Redacted text]

Med vennlig hilsen


Tom Eidlaug
avdelingsjef