



Foto alle bilder: Trond Isaksen

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

PSYKISK HELSE OG RUS ET HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD

ULLENSAKER KOMMUNE

September 2015

INNHold

SAMMENDRAG	I
Formål med prosjektet	i
Revisjonens oppsummering	i
Revisjonens samlede vurdering og konklusjon	vi
Anbefalinger	vii
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn og formål med prosjektet	1
1.2 Problemstillinger	1
1.3 Revisjonskriterier	1
1.4 Avgrensinger og begrepsdefinisjoner	2
1.5 Oppbygging av rapporten	3
1.6 Rådmannens uttalelse til rapporten	4
2 Anvendte metoder i prosjektet	5
2.1 Datainnsamling og datagrunnlag	5
2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet	6
3 Tjenestetilbud og organisering	9
3.1 Overordnet organisering	9
3.2 Helse og sosial	9
3.3 Helsevern	11
3.3.1 Psykisk helsevern	12
3.3.2 Rus og avhengighet	13
3.3.3 Legevakt	14
3.3.4 Fengselshelsetjenesten	15
3.4 Kommuneoverlegen og fastlegene	15
3.5 Tildelingsenheten	15
3.5.1 Koordinerende enhet	16
3.6 PRO-enhetene	16
3.7 Psykososialt kriseteam	17
3.8 NAV Ullensaker	18
3.9 Forebyggende barn og unge	18
4 Revisjonskriterier	19

4.1	Kommunens systemansvar	19
4.2	Lovbestemt ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven	20
4.2.1	Krav til helhetlig og koordinert tjenestetilbud	20
4.2.2	Virkemidler	21
4.3	Sammenfatning av revisjonskriteriene	23
5	Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud for voksne	25
5.1	«Peters» møte med Ullensaker kommune – et tenkt scenario	25
5.2	Samarbeid internt i Helsevern	27
5.3	Samarbeid på tvers av kommunens tjenester	33
5.3.1	NAV Ullensaker	33
5.3.2	Tildelingsenheten	36
5.3.3	Hjemmetjenesten	38
5.3.4	Kommuneoverlegen	40
5.3.5	Alderspsykiatrisk institusjon (Blåveiskroken)	40
5.3.6	Miljøarbeidertjenesten	41
5.3.7	Barnevernet	42
5.4	Samarbeid med fastlegene	43
5.5	Samarbeid med politiet	45
5.6	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	45
5.6.1	Kommunens samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten	45
5.6.2	Samarbeidsavtaler, nye retningslinjer og andre rutiner for samarbeid	48
5.6.3	Samarbeid i praksis	51
5.7	Individuell plan og koordinator	58
5.8	Koordinerende enhet	65
5.8.1	Ansvar og oppgaver	66
5.8.2	Koordinerende enhet i praksis	66
6	Revisjonens vurdering og konklusjon	69
	Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud	69
	Konklusjon	73
	Anbefalinger	73
	LITTERATUR- OG KILDEOVERSIKT	75
	FIGURLISTE	79
	VEDLEGG: RÅDMANNENS HØRINGSSVAR	80

SAMMENDRAG

Formål med prosjektet

Formålet med prosjektet har vært å undersøke om kommunen har rutiner og systemer som bidrar til å sikre samarbeid og samhandling, både internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, for brukere innenfor psykisk helse- og rusfeltet. I tillegg skal undersøkelsen gi informasjon til kontrollutvalget om kommunens tilbud til de med psykiske vansker/lidelser og /eller rusavhengighet og hvordan dette er organisert.

Revisjonen ser i denne rapporten på følgende problemstillinger:

1. Hvilke tjenester og tilbud har kommunen til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet og hvordan er disse organisert? (deskriptiv problemstilling)
2. I hvilken grad sikrer Ullensaker kommune at pasienter/brukere med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?

Revisjonens oppsummering

Kommunen har samlet flere av tilbudene til denne brukergruppen i enheten Helsevern. I tillegg mottar mange brukere tjenester fra blant andre NAV, Hjemmetjenesten, Blåveiskroken og Miljøarbeidertjenesten. Fastlegene har en viktig rolle i det samlede psykiske helse- og rusarbeidet og er en viktig samarbeidspartner for kommunen. Tilsvarende gjelder spesialisthelsetjenesten, som er sentral når det gjelder behandling av pasienter med mer alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet.

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller mange krav til kommunene, blant annet skal kommunen tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. For å sikre dette er det nødvendig at de involverte aktørene samarbeider og at kommunen benytter seg av virkemidler som individuell plan og koordinator, samt at man har en koordinerende enhet som fungerer etter hensikten. Revisjonens vurdering tar utgangspunkt i kriteriene som er utledet i kapittel fire.

Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud

Revisjonskriterium

Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester i kommunen og med andre tjenesteytere.

For å lykkes i å samarbeide må det være etablert gode rutiner. Roller, ansvar og oppgaver må være tilstrekkelig avklart og i tillegg må det være etablert faste møteplasser og rutiner for samhandling.

Dette følger både av alminnelig god internkontroll og de lovpålagte samhandlingsavtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene. Nasjonal veileder for lokalt psykisk helsearbeid peker i tillegg på at forhold som felles mål, forankring, likeverdig deltagelse og dedikerte utøvere har vist seg å være viktig for å lykkes med et tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet 2014, 99).

Samarbeid internt i Helsevern

Det er mye godt arbeid som gjøres i Helsevern når det gjelder samarbeidet innad i enheten. Særlig på ledernivå er samarbeidet, både det formelle og det uformelle, godt. Blant annet møtes alle fire avdelingsledere hver fjortende dag i ledermøter, i tillegg til at man kommuniserer med hverandre ved behov og løpende fra sak til sak.

Kommunen har også mange gode rutiner og prosedyrer på plass, særlig har avdelingen Psykisk helsevern mange skriftlige prosedyrer for sitt arbeid. Disse er med på å sikre samarbeid og et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til brukerne.

Opplevelsen blant lederne i Helsevern er at samarbeidet fungerer godt, og at ansvar og oppgaver er avklart på en god måte. Samtidig viser dataene i spørreundersøkelsen at det er potensiale for forbedring av samarbeidet både i Helsevern, og mellom de andre aktørene i undersøkelsen og avdelingene i Helsevern.

Samarbeid på tvers av kommunens tjenester

Samarbeidet med NAV ser ut til å være preget av utfordringer på flere områder. Flere oppgir at de opplever NAV som vanskelige å få med på møter og som lite tilgjengelige. Særlig mellom Rus og avhengighet og NAV er samarbeidet preget av utfordringer og uoverensstemmelser. Leder i Rus og avhengighet oppgir mangel på tilgjengelighet som den største hindringen for samarbeid. Fra NAVs side opplever man at utfordringene skyldes en misoppfatning om hva som er NAVs mandat og hva de skal bidra med. Mye skyldes antagelig at NAVs rolle og mandat har endret seg etter reformen, og det kreves derfor et kontinuerlig arbeid med forventningsavklaring for å forebygge misoppfatninger. NAV opplever også en mangel på respekt for arbeidet de gjør, noe som er uheldig for samarbeidet om og rundt brukeren. Begge parter oppgir at det har blitt gjort flere forsøk på å få i gang møter for dialog og samarbeid, men at dette ikke har lyktes.

Revisjonen vil trekke frem viktigheten av å få på plass fungerende møteplasser mellom aktørene der det kan jobbes med å avklare forventninger, fordele oppgaver, samt skape et bedre klima for samarbeid om felles brukere.

Både intervjuer og spørreundersøkelse viser at det legges godt til rette for samarbeid internt i kommunen mellom enheten Helsevern og Tildelingsenheten, Hjemmetjenesten og Kommuneoverlegen, selv om spørreundersøkelsen viser at det er potensial for forbedring. Det har også blitt påpekt av flere ledere at det er noe uheldig at vedtakskompetansen for den aktuelle brukergruppen er såpass fragmentert i kommunen. Kommunen jobber derfor aktivt i prosjektgruppe for å få på plass et system der Tildelingsenheten på sikt skal sitte med all vedtakskompetanse. Etter revisjonens syn er kommunen her på riktig vei mot et system som i enda større grad kan sikre et

helhetlig og koordinert tilbud for brukeren. Det vil bli mer oversiktlig for brukeren å forholde seg til kommunen, i tillegg til at alle i større grad sikres en lik, rettferdig og helhetlig vurdering av tjenester.

Videre viser undersøkelsen at ansvar og oppgaver er avklart mellom Helsevern og Hjemmetjenesten, noe som er positivt. Det er også positivt for arbeidet rundt brukerne at samarbeidet med Kommuneoverlegen oppleves som godt. Når det gjelder samarbeidet mellom Blåveiskroken og Miljøarbeidertjenesten på den ene siden og deres samarbeidspartnere på den andre, beskrives dette som godt, men det kan se ut som om det er et større uutnyttet potensial for samarbeid her. Revisjonens vurdering er at det kan legges bedre til rette for et tettere samarbeid mellom disse tjenestene og at dette kan lede til enda mer helhetlige og koordinerte tjenester for brukerne.

Undersøkelsen viser at flere oppgir utfordringer i samarbeidet med Barnevernet. Det er ikke uvanlig at personer med alvorlige psykiske problemer og/eller rusproblemer også har kontakt med barnevernet. Utfordringene dreier seg gjerne om at man gjør ulike vurderinger med tanke på foreldres omsorgsevne, ulike oppfatninger om hva som bør være taushetsbelagt informasjon, samt mangel på rutiner for samarbeid. Revisjonen mener derfor at kommunen i større grad bør legge til rette for samarbeid mellom Barnevernet og resterende aktører som jobber med den aktuelle brukergruppen.

Samarbeid med fastlegene

Fastlegene deltar i flere forum i kommunen. De deltar i Legevaktrådet, de har faste møter to ganger i året med enhetsledere, kommuneoverlege og andre aktuelle, i tillegg deltar de i ansvarsgruppemøter. Fastlegene oppleves som viktige aktører i samarbeidet om et helhetlig tjenestetilbud. Undersøkelsen viser imidlertid at noen fastleger oppleves som lite engasjerte, kanskje spesielt når det gjelder pasienter med rusavhengighet. De oppleves også som lite tilgjengelige for råd og veiledning i forbindelse med for eksempel behandling. Dette kan få konsekvenser for fremdrift og kvalitet i tilbudet til bruker, noe som etter revisjonens syn er uheldig. Også spørreundersøkelsen viser at det er stort forbedringspotensial når det gjelder samarbeidet med fastlegene.

Samarbeid med politiet

Gjennom rusteamet i Rus og avhengighet har kommunen også et samarbeid/prosjekt med politiet. For rusteamets vedkomne dreier dette seg om unge voksne mellom 18-25 år i risikozonen for narkotikabruk. Ellers deltar også utekontakten fra enhet Forebyggende barn og unge i rusteamet. Samarbeidet oppleves som svært positivt fra rusteamets side.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Undersøkelsen viser at det er et utstrakt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Kommunen samarbeider særlig med Akuttavdelingen på Ahus, ARA og DPS. Kommunen har også faste møtepunkter med spesialisthelsetjenesten gjennom Klinisk samarbeidsforum som treffes hver sjette uke, i tillegg til at man treffes i samarbeidsgruppemøter i forbindelse med den enkelte bruker.

I følge funn revisjonen har gjort gjennom intervju og spørreundersøkelse bærer samarbeidet preg av flere utfordringer.

For det første opplever mange respondenter og intervjuede i kommunen at det er mangel på gode rutiner for samarbeid, i tillegg til mangel på avklaring av ansvar, oppgaver og felles mål.

For det andre oppleves det å være en mangel på kommunikasjon og lydhørhet fra spesialisthelsetjenestens side overfor kommunen. Flere av de intervjuede opplever at spesialisthelsetjenesten er lite interessert i å høre på hva kommunen har å si i forbindelse med den enkelte bruker. Kommunen har også opplevd at spesialisthelsetjenesten har bestemt seg for å endre på kriterier for samarbeid uten å ta dette opp med kommunen først. Dette viser også en mangel på likeverdighet, som både respondenter og intervjuede oppgir at de opplever.

For det tredje opplever man at det er liten kontinuitet og fleksibilitet i samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette handler om at spesialisthelsetjenesten oppleves som lite oppsøkende og mobile, samt at de ofte har en begrenset tilgjengelighet og korte åpningstider på poliklinikken. Flere påpeker at stor turnover i DPS og ARA på øvre Romerike, og til tider en underbemannet ARA fører til mangel på kontinuitet for brukerne. Dette kan være spesielt utfordrende for denne brukergruppen. Videre påpekes at dersom ikke bruker møter opp til avtalt tid, mister vedkommende tilbudet og det faller på kommunen å forsøke å gi et tilbud da behovet jo fortsatt er der. Kommunen opplever også at Akuttavdelingen vil ta i mot færrest mulig pasienter til tross for at man fra kommunens side opplever pasienten som svært syk. Dette fører til at kommunen i økende grad får ansvar for sykere pasienter og opplever at den mangler et hensiktsmessig tilbud.

Funnene som er beskrevet ovenfor er etter revisjonens vurdering problematisk i et samarbeidsperspektiv. Felles mål, rolleavklaring, jevnlig kontakt og kommunikasjon, samt likeverdig deltagelse er viktige suksesskriterier for et godt tverrfaglig samarbeid (se delkapittel 4.2.1). Revisjonen vurderer det derfor slik at kommunen bør jobbe videre med å utvikle samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, slik at brukeren kan ivaretas på best mulig måte.

En nasjonal undersøkelse gjennomført av SINTEF viser at mange av utfordringene i samarbeidet mellom kommunen, fastlegene og spesialisthelsetjenesten som oppleves i Ullensaker kommune, også er utfordringer man finner igjen over hele landet (Tøndel og Ose 2014). De samme utfordringene har revisjonen også funnet i forbindelse med tilsvarende prosjekt i tre andre kommuner på Romerike.

Revisjonskriterium

Kommunestyret skal vedta samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen.

Overordnet samarbeidsavtale og Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp er vedtatt av kommunestyret i januar 2012, og har blitt oversendt revisjonen i underskrevet stand. Samtlige ni delavtaler har også blitt inngått av kommunen ved rådmannen, og har også blitt oversendt revisjonen i underskrevet stand.

Revisjonskriterium

Kommunens skal ha et system som sikrer at personer med langvarige og sammensatte behov tilbys en individuell plan og en koordinator. Kommunen skal også ha en koordinerende enhet.

Kommunen har etter revisjonens oppfatning per i dag ikke et fullgodt system som sikrer retten til individuell plan (IP) for de med langvarige og koordinerte tjenester slik loven krever. En slik plan er viktig for å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud og for å sikre brukernes medvirkning i tjenestetilbudet.

Kommunen har utarbeidet skriftlige rutiner for tildeling av koordinator og bruk av individuell plan, men rutinene etterleves ikke på alle punkt. Praksis varierer også internt mellom avdelinger i enhet for Helsevern. Revisjonens undersøkelse tyder på at IP ikke alltid tilbys de som har krav på det. Revisjonen mener kommunen må sette inn tiltak som sikrer etterlevelse og en enhetlig praktisering av rutinene. Kommunen må også sikre god informasjon og kunnskap om bruk av individuell plan blant sine medarbeidere.

Koordinator er en nøkkelperson for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud til den enkelte bruker og det er derfor avgjørende at de som innehar denne rollen mestrer oppgavene rollen medfører. Undersøkelsen viser at selv om de fleste føler seg trygge i rollen som koordinator, gjelder dette ikke alle. Kommunen bør enda bedre sikre at alle får opplæring i rollen som koordinator.

Kommunen har en koordinerende enhet som er organisert som en integrert del av Tildelingskontoret. Koordinerende enhet har blant annet et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Revisjonens undersøkelse viser at koordinerende enhet ikke fullt ut ivaretar disse oppgavene og at enheten ennå er i «støpeskjeen». Dette påpekes også i intervjuer med kommunens ledere. Undersøkelsen viser videre at det er mangelfull kjennskap til koordinerende enhet og enhetens funksjon og oppgaver. Revisjonen mener kommunen bør fortsette arbeidet med å utvikle Koordinerende enhet i tråd med lovkravet, samt sørge for at enhetens rolle og arbeidsoppgaver synliggjøres godt i hele organisasjonen.

Revisjonens samlede vurdering og konklusjon

Når det gjelder spørsmålet om i hvilken grad kommunen sikrer et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, har revisjonen operasjonalisert undersøkelsen gjennom å sette opp tre forskjellige revisjonskriterier. For det første har vi undersøkt kommunens arbeid med å legge til rette for samarbeid både internt i kommunen og opp mot spesialisthelsetjenesten. Her konkluderer vi med at kommunen i ganske stor grad¹ legger til rette for et godt samarbeid. Det er som vist mange utfordringer som gjenstår, særlig i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, men også i forbindelse med samarbeidet internt i kommunen, da særlig når det gjelder NAV og Barnevernet.

For det andre har vi sett på om kommunestyret har vedtatt samarbeidsavtale med Ahus, noe de har gjort. Konklusjonen er derfor at kommunen på dette området i svært stor grad har gjort det de skal for å se til at brukerne får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

For det tredje har vi undersøkt om kommunen sikrer at de som har krav på IP tilbys dette og at de tilbys koordinator, samt at kommunen har en koordinerende enhet. På dette området konkluderer revisjonen med at kommunen i noen grad arbeider på en slik måte at brukerne får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Det er særlig utfordringer når det gjelder praksisen med lite utstrakt bruk av IP som verktøy for samordning av tjenester til brukeren.

¹ Vi har valgt å gradere kommunens arbeid, og benytter begrepene i svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i ganske stor grad og i svært stor grad, for å beskrive hvor godt kommunens arbeid er på området.

Anbefalinger

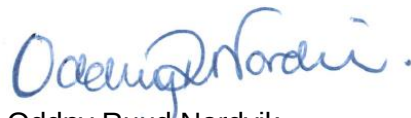
På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen blir revisjonens anbefalinger:

- Kommunen bør vurdere ytterligere tiltak som styrker det lovpålagte og nødvendige samarbeidet både innad i kommunen (inklusive fastlegene og NAV-kommune) og opp mot spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen bør sette inn tiltak som sikrer den enkeltes rett til individuell plan og koordinator i henhold til lovens intensjon og krav.
- Kommunen bør sette inn tiltak som sikrer at koordinerende enhet fungerer etter forutsetningene i loven, jf. kapittel 7 i helse og omsorgstjenesteloven og forskrift om habilitering og rehabilitering.

Jessheim, den 03.09.2015



Nina Neset
Revisjonssjef



Oddny Ruud Nordvik
avdelingsleder forvaltningsrevisjon
og selskapskontroll

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og formål med prosjektet

Kontrollutvalget i Ullensaker kommune bestilte en forvaltningsrevisjon innenfor tjenesteområdet «Psykisk helse og rus» i møte 2.12.2014 sak 43/2014. Bestillingen er forankret i plan for forvaltningsrevisjon 2013-2016, vedtatt av kommunestyret 4.2.2014, og kontrollutvalgets reviderte plan, vedtatt av kontrollutvalget den 26. august 2014.

Personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet har ofte behov for tjenester fra ulike deler og sektorer i hjelpeapparatet, ofte samtidig. I flere stortingsmeldinger og nasjonale planer er det satt fokus på tilbudet til personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusrelaterte problemer, blant annet har det vært fokus på mangel på helhet i tilbudet. I forarbeidene til ny helse- og omsorgstjenestelov peker departementet særlig på at forsvarlig oppfølging av personer med kombinasjon av ruslidelser og andre lidelser ofte gjør det nødvendig med samhandling mellom ulike tjenester for at disse skal framstå som helhetlige og sammenhengende for brukerne.

Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven en plikt til å legge til rette for at den enkelte bruker/pasient får et **helhetlig og koordinert tjenestetilbud**. For å sikre dette stilles det krav til samhandling mellom tjenesteyterne. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet er viktige virkemidler som skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuell plan og koordinator er også viktige virkemidler for pasient- og brukerforankring.

Formålet med revisjonen er å undersøke om kommunen har *systemer som sikrer* at brukere/pasienter med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tilbud. I tillegg skal undersøkelsen gi informasjon til kontrollutvalget om *kommunens tilbud* til denne brukergruppen.

1.2 Problemstillinger

Revisjonen ser i denne rapporten på følgende problemstillinger:

1. Hvilke tjenester og tilbud har kommunen til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet og hvordan er disse organisert?
2. I hvilken grad sikrer Ullensaker kommune at pasienter/brukere med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?

1.3 Revisjonskriterier

For å besvare problemstillingene formuleres det revisjonskriterier. Kriteriene er krav og forventninger som kommunens arbeid på det aktuelle området skal revideres opp mot. Revisjonskriteriene er basis for de analyser og vurderinger som revisjonen foretar og for konklusjonene som trekkes.

Revisjonskriteriene i denne forvaltningsrevisjonen er først og fremst utledet fra helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

1.4 Avgrensinger og begrepsdefinisjoner

Prosjektets hovedfokus er rettet mot systemene for koordinering og samhandling av tjenester til enkeltbrukere med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet. Revisjonen tar for seg kommunens tilbud til personer over 18 år.

For å svare på problemstilling 1 gis en beskrivende (deskriptiv) oversikt over kommunens organisering og en redegjørelse for tilbudet til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet.

For å svare på problemstilling 2 undersøker revisjonen i hvilken grad kommunen *legger til rette* for et helhetlig- og koordinert tjenestetilbud til den aktuelle brukergruppen. Revisjonen undersøker blant annet hvilke rutiner kommunen har for samarbeid mellom tjenestene internt i kommunen og for samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. I tillegg undersøker vi om kommunen har en koordinerende enhet i tråd med lovkravet og om kommunen har et system som sikrer brukernes rettigheter til individuell plan og koordinator.

Samarbeid er en plikt og en nødvendighet for å oppnå helhetlige og koordinerte tjenester. Samarbeid kan imidlertid være krevende å få til. Revisjonen undersøker derfor også hvordan samarbeidet oppleves og fungerer i praksis. Her rettes fokus mot samarbeidet mellom de mest sentrale tjenestene internt i kommunen, fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet vil kun belyses fra kommunens ståsted.

Kommunens samarbeid med frivillige organisasjoner, pårørendeforeninger, kriminalomsorgen eller andre aktører er ikke en del av undersøkelsen. Hva den enkelte bruker mener om, eller hvordan han/hun opplever kommunens tilbud, ligger også utenfor undersøkelsen. Disse avgrensingene er ikke foretatt fordi dette ikke er viktige temaer som fortjener oppmerksomhet, men fordi prosjektets ramme innebærer at det er nødvendig å foreta noen avgrensninger.

Psykiske plager og psykiske lidelser

I følge Folkehelseinstituttet er det vanlig å skille mellom psykiske *plager* (vansker) og psykiske *lidelser* (Folkehelseinstituttet 2015). Med psykiske plager refereres det til tilstander som oppleves som belastende, men ikke i den grad at det karakteriseres som diagnoser. Psykiske lidelser på sin side innebærer at bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt.

Alt fra enkle fobier, lettere angst og depresjonslidelser til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni omfattes av betegnelsen psykisk lidelse. Det påpekes at psykiske lidelser ofte medfører høyere belastning enn psykiske plager.

Rusavhengighet

Rusavhengighet kan inndeles i to; skadelig rusbruk som innebærer inntak av rusmidler som gir alvorlige fysiske og eller psykiske skader og rusmiddelavhengighet som kjennetegnes blant annet av en sterk lyst eller trang til å måtte innta rusmiddelet, problemer med å kontrollere inntaket og kunne stoppe før en mister kontrollen. Med rusavhengighet menes skadelig rusbruk gjennom inntak av rusmidler som gir alvorlige fysiske og eller psykiske skader.

Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse blir i faglitteraturen ofte omtalt med begrepet dobbeltdiagnose eller ROP-lidelse. Dette innebærer en kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse (Helsedirektoratet 2012). Denne brukergruppen blir regnet som særlig krevende å behandle og kan ofte «falle mellom to stoler» i behandlingstilbudet.

Helhetlige og koordinerte tjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 4-1) stiller krav til at helse- og omsorgstjenester som ytes etter loven skal være forsvarlige. Kommunen skal blant annet tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Et helhetlig tjenestetilbud krever at de ulike tjenestene som er involvert i tilbudet til den enkelte samarbeider. Tilbudet gis av flere ulike aktører som hver og en har ansvar for sin del av tilbudet. For å oppnå et helhetlig tilbud må tilbudet koordineres. Konsekvensen av mangelen på koordinering er at tilbudet oppleves som fragmentarisk og oppdelt. Målet er at tilbudet skal oppleves «sømløst» for den enkelte bruker/pasient – i motsetning til fragmentert og oppdelt.

Samhandling og samarbeid

I organisasjonsteori (Jacobsen 2004) skilles det mellom begrepene samhandling og samarbeid. Begrepet samarbeid brukes hovedsakelig om det mer konkrete arbeidet som utføres i og mellom aktørene som er involvert i et samarbeid. Begrepet samhandling brukes først og fremst om det overordnede rammeverket som samarbeidet foregår innenfor (rettigheter, lovverk, finansielle ordninger, samarbeidsavtaler og tjenesteorganisasjons-modeller).

Slik disse begrepene her er definert, omhandler revisjonens undersøkelse både samarbeid og samhandling. I rapporten skiller vi ikke strengt mellom begrepene.

1.5 Oppbygging av rapporten

I kapittel 2 beskrives datagrunnlaget, datainnsamlingen og anvendte metoder. I tillegg redegjøres for dataenes reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet). Deretter, i kapittel 3, presenteres fakta om kommunens tilbud og organisering av tjenestetilbudet (problemstilling 1).

I kapittel 4 redegjør vi for revisjonskriteriene som er utledet for å besvare problemstilling 2 i undersøkelsen. Deretter, i kapittel 5, presenteres fakta/funn som gir grunnlag for å besvare problemstillingen. Revisjonens vurdering og konklusjoner følger i rapportens siste kapittel, kapittel 6. Revisjonens samlede vurdering og anbefalinger er også tatt inn i sammendraget foran i rapporten.

1.6 Rådmannens uttalelse til rapporten

Rapporten er forelagt rådmannen til uttalelse og høringssvar er mottatt den 03.09.2015 og følger som vedlegg.

2 ANVENDTE METODER I PROSJEKTET

Forvaltningsrevisjonsprosjektet er gjennomført i tråd med RSK 001 - Standard for forvaltningsrevisjon, som er fastsatt av styret i Norges Kommunerevisorforbund². I arbeidet med dette prosjektet har vi benyttet oss av tre forskjellige metoder: dokumentanalyse, intervjuer og spørreundersøkelse. Under følger en gjennomgang av metodene vi har brukt og en analyse av undersøkelsenes pålitelighet og gyldighet.

2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

Dokumentanalyse

Revisjonen har gjennomgått aktuelle dokumenter som er innhentet fra kommunen. Formålet har vært å trekke ut fakta om de ulike tilbudene kommunen har på området, samt å finne ut hvilke rutiner kommunen har for å kunne tilby helhetlige og koordinerte tjenester. Dokumentene vi har gjennomgått er planer, interne rutiner og prosedyrer, og andre dokumenter kommunen har forelagt oss som har vært relevante for prosjektet.

Intervju

Det er gjennomført en rekke intervjuer med ansatte i kommunens helse- og omsorgstjeneste. I forbindelse med oppstartsmøtet ble det gjennomført et felles intervju med kommunaldirektør for helse- og sosial, enhetsledere for Helsevern og Tildelingsenheten, samt avdelingsledere for Rus og avhengighet og Psykisk helsevern. Rådmannen deltok også den første halvtimen. Alle bortsett fra rådmannen og kommunaldirektøren har blitt intervjuet igjen. Videre er det gjennomført intervju med avdelingsleder og seniorkonsulent i NAV Ullensaker, avdelingsleder for legevakten, avdelingsleder for fengselshelsetjenesten samt et felles intervju med enhetsleder PRO Jessheim Øst og avdelingsleder for Blåveiskroken og Miljøarbeidertjenesten.

Intervjuene er gjennomført som delvis strukturerte dybdeintervjuer. I forkant av intervjuene utarbeidet vi tilpassede intervjuguider med forhåndsdefinerte spørsmål. Referatene fra intervjuene har vært et avgjørende bidrag til det datagrunnlaget vi trengte for å besvare problemstillingene i undersøkelsen.

Spørreundersøkelse

For å innhente data fra alle de ansatte og ikke bare lederne i de aktuelle tjenestene, ble det også gjennomført en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen ble sendt ut både til ledere og medarbeidere i avdelingene man ser i tabellen under. Avdelingene Rus og avhengighet, Psykisk helsevern og Legevakt ligger under enheten Helsevern. Tildelingsenheten er en egen enhet, mens

² Standarden bygger på internasjonalt anerkjente standarder og prinsipper vedtatt av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og The Institute of Internal Auditors (IIA).

Miljøarbeidertjenesten og Blåveiskroken er avdelinger under enheten PRO Jessheim Øst. Alle respondentene i undersøkelsen jobber med, eller opp i mot den aktuelle brukergruppen. Kommunen selv bidro til å velge ut aktuelle respondenter til undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen ble også sendt til Fengselshelsetjenesten, som er den siste avdelingen under Helsevern, ettersom revisjonen fikk opplyst at også disse jobber med brukere med psykiske og/eller rusproblemer. Men revisjonen har i ettertid trukket ut disse svarene fra undersøkelsen ettersom de ansatte i denne tjenesten jobber med innsatte fra hele landet, ikke fra Ullensaker spesielt. De yter samme type tjenester som kommunen, men jobber på egenhånd og utenfor det kommunale tilbudet til kommunens brukere.

Spørreundersøkelsen ble distribuert gjennom mail til totalt 78 personer³. Revisjonen benytter seg av dataprogrammet QuestBack for å utarbeide og distribuere undersøkelsen.

For at så mange som mulig skulle svare på undersøkelsen sendte revisjonen ut et informasjonsskriv i forkant av undersøkelsen til enhets- og avdelingsledere som ved hjelp av dette kunne oppfordre de ansatte til å svare. Undersøkelsen ble gjennomført 18. mars 2015 til 22. april 2015. Revisjonen sendte også ut tre påminnelser om å svare før spørreundersøkelsen ble avsluttet. Den samlede svarprosenten for undersøkelsen ble til slutt 71 prosent. Tabellen under viser antall respondenter og variasjonen i svarprosent mellom de ulike gruppene av respondenter.

Avdeling	Antall personer	Antall svar	Svarprosent
Rus og avhengighet	14	13	93
Psykisk helsevern	21	15	71
Legevakt	17	9	53
Miljøarbeidertjenesten og Blåveiskroken	20	12	60
Tildelingsenheten	6	6	100
Alle	78	55	71

Alle respondentene har fått de samme spørsmålene med unntak av spørsmål som omhandler samarbeid *internt* i enheten Helsevern og samarbeid *med* Helsevern. Førstnevnte har kun gått til de som jobber i enheten. Sistnevnte gikk til de 26 respondentene som ikke jobber i Helsevern.

2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet

I enhver undersøkelse er det utfordringer når det gjelder pålitelighet og gyldighet. Pålitelige data sikres ved å være nøyaktig under datainnsamling og databehandling. Gyldighet betegner dataenes relevans for problemstillingene som er valgt. Revisjonen mener at dataene som denne rapporten

³ Opprinnelig 92 personer før Fengselshelsetjenesten ble trukket ut av undersøkelsen.

bygger på samlet sett er både pålitelige og gyldige, og gir et godt grunnlag for revisjonens vurderinger og anbefalinger.

Den gjennomførte dokumentanalysen

Gjennom en objektiv tilnærming til materialet revisjonen har fått fra kommunen, der formålet har vært å trekke ut relevant fakta, har revisjonen forsøkt å sikre en god pålitelighet i disse dataene. Revisjonen har selv plukket ut de viktigste faktaene fra dokumentene for å belyse våre problemstillinger. Gyldigheten i denne utvelgingen vurderer vi derfor også som god da vi har gått nøye igjennom dokumentene og kun valgt ut den informasjonen som er relevant for problemstillingene.

Et problem kan likevel være at vi ikke finner tilstrekkelig informasjon gjennom de dokumentene kommunen har forelagt oss. Dette problemet er redusert ved hjelp av metodetriangulering, det vil si å bruke flere ulike metoder for å besvare de samme spørsmålene. Dette er utført gjennom intervjuer og spørreundersøkelse. Ved å kombinere ulike metoder for å belyse samme fenomen kan forholdene beskrives fra flere synsvinkler. Dersom inntrykket man får av et fenomen er det samme ut fra bruk av ulike metoder styrkes kvaliteten og gyldigheten til undersøkelsen. Ulike metoder bidrar også til at man får en mer utfyllende og helhetlig forståelse av det fenomenet som studeres.

De gjennomførte intervjuene

Gjennom å følge en delvis strukturert intervjuform sikret vi oss en viss struktur i intervjuene og at informantene ble stilt mange av de samme spørsmålene, samtidig som det var muligheter for åpne spørsmål og for å gjøre vurderinger underveis. Etter revisjonens vurdering passet denne intervjuformen godt for denne undersøkelsen, da den sikret en systematisk innsamling av data, i tillegg til at vi underveis hadde mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål for å få ytterligere data som kunne besvare problemstillingene. En systematisk innsamling sikrer høy pålitelighet, mens mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål ivaretar høy gyldighet slik at revisjonen på best mulig måte kan svare på problemstillingene. Det ble også stilt oppfølgingsspørsmål i mail og på telefon i etterkant av intervjuet der noe var uklart, eller hvor det var behov for utfyllende/oppklarende informasjon, noe som også er med på å sikre gyldigheten i undersøkelsen.

Det at vi har intervjuet personer i ulike posisjoner og på ulike nivå i organisasjonen styrker etter vårt syn dataenes gyldighet ytterligere. Alle informantene i undersøkelsen ble valgt ut i kraft av å ha førstehånds informasjon om spørsmålene i undersøkelsen noe som også bidrar til å styrke dataens gyldighet.

Høy gyldighet sikres også gjennom at hvert enkelt referat fra intervjuene i etterkant har blitt sendt ut til verifisering hos de intervjuede. Alle referatene har blitt returnert med rettelser til revisjonen. Dermed er vi trygge på at informasjonen som har blitt brukt for å besvare problemstillingene er korrekt.

Den gjennomførte spørreundersøkelsen

Dataenes pålitelighet er som regel ganske høy når man benytter seg av spørreundersøkelser fordi man lett kan gå tilbake å etterprøve undersøkelsen da hver respondent får akkurat det samme spørsmålssettet, og man har god oversikt over hvem man har sendt ut spørreundersøkelsen til.

Svarenes pålitelighet og muligheten til å generalisere avhenger samtidig av hvor mange av de som får undersøkelsen som faktisk har svart. Spørreundersøkelsesdataene i denne undersøkelsen har en akseptabel feilmargi⁴ på +/-7,2 prosent. Undersøkelsesenes pålitelighet, når det gjelder muligheten til å generalisere dataene fra de som svarte til alle som faktisk fikk undersøkelsen, vurderes derfor som god.

Utfordringen med tanke på dataenes gyldighet, har vært å utforme spørsmålene på best mulig måte for å kunne få så relevant informasjon for våre problemstillinger som mulig. Vi har, i tillegg til å arbeide grundig med spørsmålsformuleringer, tatt med noen åpne spørsmål der respondentene kan legge til utfyllende informasjon, noe som sikrer dataenes gyldighet i undersøkelsen.

En annen utfordring for validiteten har vært at antagelig ikke alle spørsmålene har vært like relevante for alle respondentene. For eksempel har det når det gjelder spørsmålene om samarbeid på tvers av tjenestene vært vanskelig for revisjonen å vurdere hvem de ulike gruppene skal og bør samarbeide med. Respondentene ble bedt om å svare «ingen formening» dersom de opplevde at spørsmålet var irrelevant. Det vil si at gruppen som har svart «ingen formening» kan inneholde både respondenter som ikke skal samarbeide med den enkelte tjenesten, og respondenter som bør samarbeide med den enkelte tjenesten, men som ikke har noen formening om det er noe samarbeid.

⁴ Feilmarginen dreier seg om hvor sikre vi kan være på at svarene vi får i en undersøkelse representerer svarene man ville fått dersom alle respondenter hadde svart på undersøkelsen. Desto flere respondenter som svarer, jo mindre feilmargi får man. Feilmarginen minker også når antallet respondenter som har mottatt undersøkelsen øker, det vil si at man får en mindre feilmargi om 50 av 500 har svart enn om 5 av 50 har svart, selv om prosentandelen er den samme.

Vi har ved utregningene av feilmargi i dette avsnittet tatt utgangspunkt i et konfidensnivå på 95 %, noe som er vanlig å gjøre innenfor samfunnsvitenskapelig metode. Dermed kan man si at vi kan være 95 % sikker på at svarene vi har fått faller inn under en feilmargi på for eksempel +/-5 % av de svarene vi ville fått dersom alle respondentene hadde svart på undersøkelsen. Det vil si, har man en skala fra en til ti og det målte gjennomsnittet ligger på fem kan man anta at resterende svar ville ligget på mellom 4,5 og 5,5 på skalaen. En slik feilmargi kan regnes som et godt resultat, men jo større den blir, jo mindre pålitelige vil svarene være. Et konfidensnivå på for eksempel 99 % vil kreve flere svar i en gruppe for å oppnå samme lave feilmargi.

3 TJENESTETILBUD OG ORGANISERING

I dette kapittelet redegjøres det for Ullensaker kommunes helhetlige tilbud til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet, og hvordan kommunens tjenester og tilbud er organisert. Revisjonen baserer gjennomgangen på dokumenter fra kommunen, tilgjengelig informasjon på kommunens nettside og intervjuer gjennomført med sentrale medarbeidere i kommunen.

Problemstilling 1

Hvilke tjenester og tilbud har kommunen til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet, og hvordan er disse organisert?

3.1 Overordnet organisering

Ullensaker kommune har passert 32 400 innbyggere og er en av de kommunene i Norge som vokser raskest. Befolkningen er relativt ung og nesten 30 prosent av innbyggerne er under 19 år (Ullensaker kommune, visjon). Kommunens visjon er: attraktiv, tilgjengelig og handlekraftig. Det legges vekt på god samhandling på alle plan med tanke på at «vi skal være et bærekraftig kraftsenter for utvikling av individ, næringsliv og samfunn» (ibid).

I tillegg til visjonen har kommunen følgende verdier som skal lede de ansatte i det daglige:

Vi tør å være Modige. Vi er Endringsdyktige. Vi dyrker Raushet. Vårt motto er: Sammen vil vi MER!
(Ullensaker kommune 2014-2, 17)

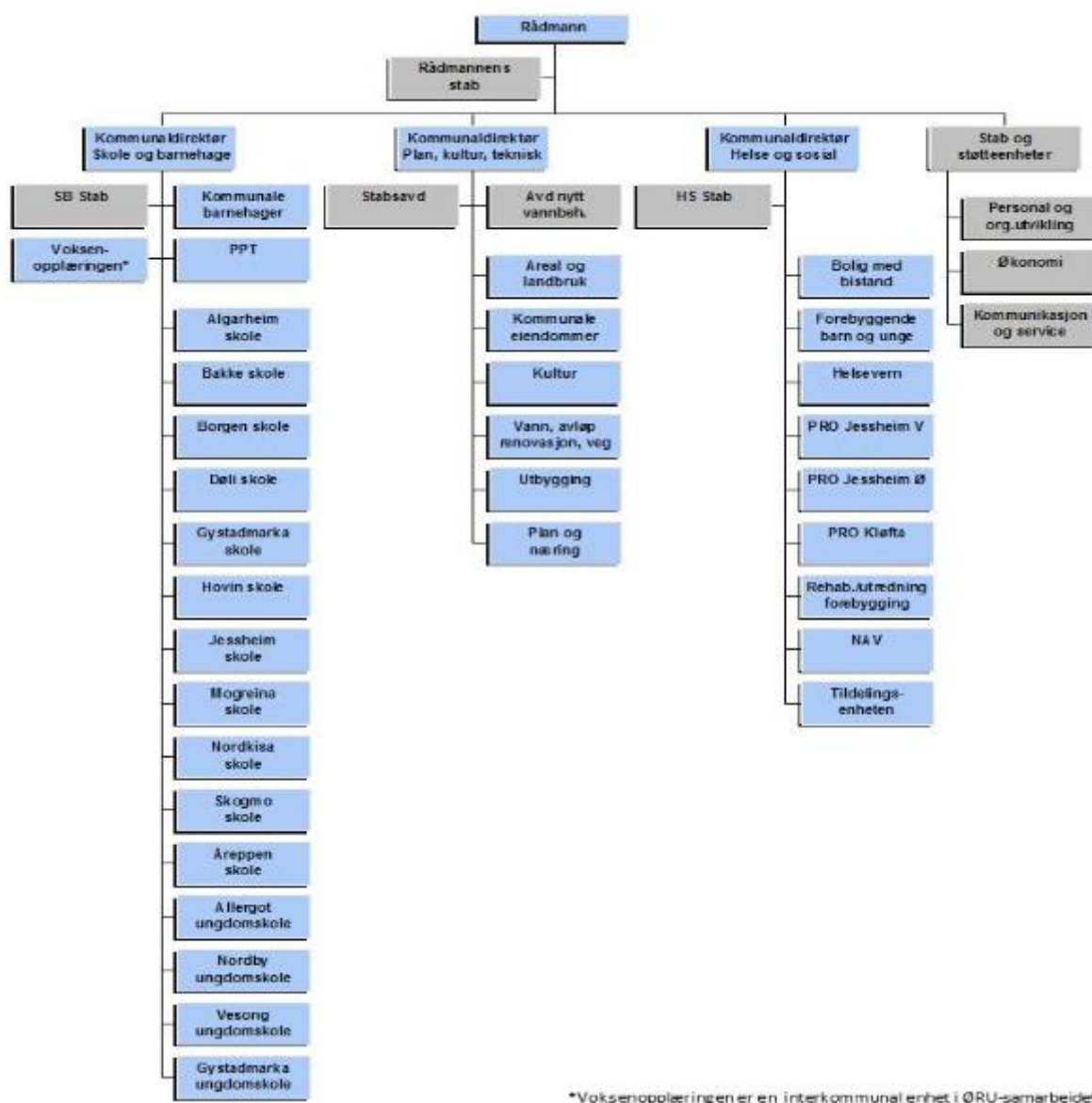
Administrativt er Ullensaker kommune organisert etter en tre-nivå-modell, med 30 resultatenheter samt stab-/støtteenheter som rapporterer til rådmannen og tre kommunaldirektører. Tjenestetilbudet for personer som sliter med rus- og/eller psykiske helseproblematikk er organisert under fagområde helse og sosial og ledes av en av kommunaldirektørene.

Revisjonen har fått opplyst at MER innebærer at Ullensaker kommunes ansatte vil og skal yte mer for kommunens innbyggere og samtidig bruke færre ressurser. Det gjelder også innenfor området psykisk helse og rus (intervju 24.2.2015).

3.2 Helse og sosial

Fagområde Helse og sosial er organisert med flere enheter og avdelinger (tjenester). Enhetene har det å sikre gode og forutsigbare tjenester for brukerne som felles overordnet målsetning (Ullensaker 2015, 62).

Figur 1 Organisasjonskart Ullensaker kommune

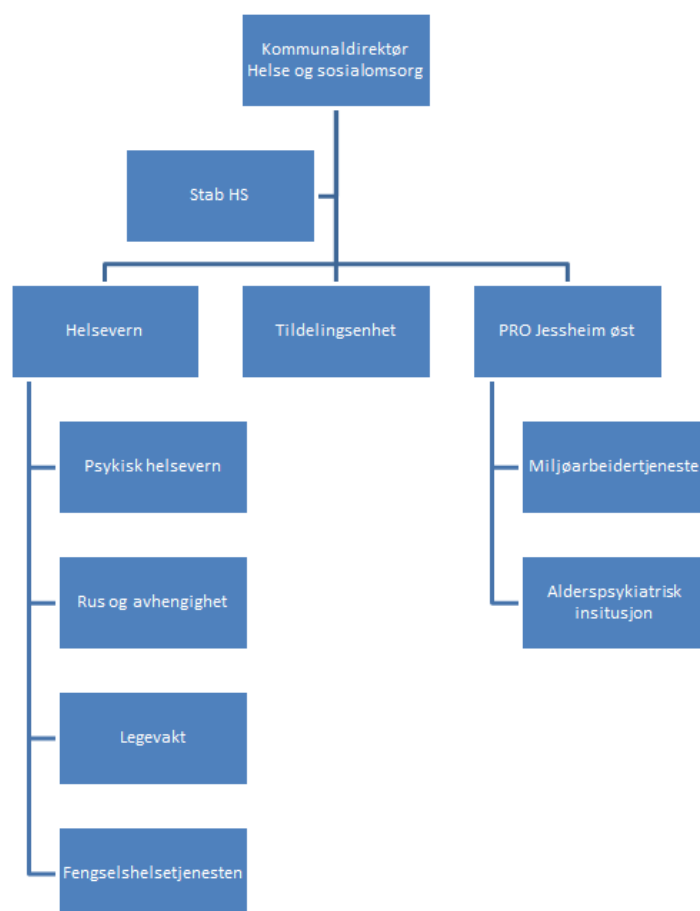


Kilde: Organisasjonskart, sist endret 27.2.2015. Hentet fra Ullensaker kommunes hjemmeside.

Avdelingene som er mest sentrale innenfor psykisk helse og rus ligger, under enhet Helsevern. Andre enheter under Helse og sosial som yter tjenester til personer med psykiske og/eller rusrelaterte problemer, er NAV Ullensaker, Tildelingsenheten, Forebyggende barn og unge samt enhetene PRO Jessheim vest, PRO Jessheim øst og PRO Kløfta (hjemmetjeneste). I tillegg yter kommuneoverlegen, som er plassert i HS stab i kartet over, og fastlegene viktige tjenester for brukergroppene.

Kommunale omsorgstjenester til brukergruppen, i tillegg til tjenester nevnt over, er blant annet helsetjenester i hjemmet/ hjemmesykepleie, personlig assistanse, praktisk bistand og opplæring, støtte/-fritidskontakt, samt plass i institusjon og bolig. Oversikten under viser de enhetene i Helse og sosial som gir tjenester til personer med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet.

Figur 2 Utsnitt av organisasjonskart for Helse og sosialomsorg



Kilde: Ullensaker kommune. Kartet gir en oversikt over organisering av de viktigste enheter og avdelinger som gir tjenester til brukergruppen og omfatter ikke hele Helse og sosialomsorg.

3.3 Helsevern

Enhet Helsevern har ansvar for driften av psykisk helsevern, rus og avhengighet, legevakttjenesten og fengselstjenesten. Alle avdelingene yter tjenester i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven. I henhold til loven skal kommunen sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Tjenestene skal bidra til å fremme det enkelte menneskets mulighet for å fungere optimalt i sine omgivelser, både psykisk og sosialt.

Tjenester og tilbud til personer over 18 år med psykiske og/eller rusrelaterte helseproblemer er først og fremst organisert i avdeling *Psykisk helsevern* og avdeling *Rus og avhengighet*. Psykisk helsevern og Rus og avhengighet har ansvar for å forebygge, gi råd og veiledning, bo-oppfølgning,

arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, ambulante tjenester, lavterskeltilbud, rehabilitering og behandling, herunder henvisning til spesialisthelsetjenesten, samt oppfølging før, under og etter behandling. Rus og avhengighet har ansvar for tvangsinnleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3. Disse tjenestene «skal bidra til å fremme det enkelte menneskets mulighet for å fungere optimalt i sine omgivelser, både psykisk og sosialt» (Ullensaker 2015, 73).

3.3.1 Psykisk helsevern

I Ullensaker kommune har avdeling Psykisk helsevern flere hjelpetilbud til voksne med psykiske plager eller lidelser. I denne undersøkelsen er fokuset på tilbudet til voksne. Avdeling psykisk helsevern holder til på Østafor, like ved Nordby stasjon. Avdelingen tilbyr hovedsakelig tjenester innenfor psykisk helse, eventuelt i kombinasjon med lovlig rusmidler. Tjenestene innenfor psykisk helsevern i Ullensaker skal legge et mestrings- og brukerperspektiv til grunn og bidra til bedre levekår for mennesker med psykiske lidelser (Ullensaker kommune 2012). Tjenesten omfatter også arbeid på overordnet nivå, som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å normalisere det å leve med psykiske plager (Ullensaker kommune 2014).

Brukere kan ikke komme direkte til Psykisk helsevern. Brukere blir henvist fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten. Dersom henvisningen kommer fra spesialisthelsetjenesten går den via Tildelingsenheten. Etter mottatt henvisning vurderer psykisk helsevern alvorlighetsgraden til bruker, og tildeler bruker tjenester⁵ med utgangspunkt i den enkeltes behov (Helsevern 2015). Tjenestene som tilbys i avdelingen inkluderer hjelp til å mestre psykiske plager gjennom samtaler med psykisk helsearbeider, støtte til å mestre dagliglivet, bistand til å finne sosiale aktiviteter, råd og veiledning og hjelp til medisiner og opphold på psykiatrisk institusjon. Avdelingen har også opplegg for risikogravide. Under går vi gjennom tre av avdelingens hovedtjenester.

Terapeutiske samtaler

Tilbudet består i at psykisk helsearbeider, sammen med bruker, kartlegger og utreder hvilke levekår og belastninger en skal jobbe for å begrense og avhjelpe. Målet med samtalene er å starte en rehabiliteringsprosess gjennom å stabilisere og forbedre den enkeltes situasjon og livskvalitet, og å hjelpe bruker å mestre det å leve med en psykisk lidelse. Terapeutiske samtaler gjennomføres individuelt. Psykisk helsearbeider samarbeider også med pårørende ved familiesamtaler og samtaler med barn av foreldre med en psykisk lidelse (Ullensaker kommune 2014).

Østafor mestringscenter

Avdeling psykisk helsevern driver også Østafor mestringscenter. Mestringscentret bidrar til nettverksbygging og redusert isolasjon for personer med psykiske helseplager og lidelser. Aktivitetstilbudet på og rundt senteret skal bidra til møte mellom deltakerne i meningsfulle og trygge omgivelser. Det er tilrettelagt for ulike gruppetilbud: kafégruppe, turgruppe, avisgruppe, bowling gruppe, treningsgruppe, svømmegruppe, ungdomsgruppe, matgruppe, eller det det er interesse for.

⁵ Avdelingen fatter per i dag ingen vedtak om tjenester.

Her treffer man personale og andre brukere som har tid og forståelse, uten at det blir fokusert på sykdom og problemer (Ullensaker kommune 2015).

Behovet for tilbudet skal vurderes av fastlege eller spesialisthelsetjeneste, som er henvisende instans. Unntak er henvisning fra annen psykiatrisk helsetjeneste eller henvisning fra videregående skole i Ullensaker kommune. Det skal tas hensyn til individuelle behov når en vurderer hvem som skal få tilbud og omfanget av tilbudet (Ullensaker kommune 2015).

Psykiatri døgntilbud

Kommunen har institusjonsplasser for personer med psykiske lidelser som har et dokumentert særskilt behov for trygghet, stabilitet og forutsigbarhet. Institusjonen samarbeider med spesialisthelsetjenesten og andre kommunale tjenester. Det må søkes om denne tjenesten. Den personen som søker, eller det søkes for, bør på forhånd være utredet av spesialisthelsetjenesten, og ha en psykiatrisk diagnose (Ullensaker kommune 2014).

Behovet for tjenesten skal være begrunnet ut fra relevante medisinske og funksjonsmessige opplysninger. Andre aktuelle hjelpetiltak skal ifølge kommunens hjemmesider være vurdert og/eller utprøvd før bruker tildeles institusjonsplass. I tillegg til den institusjonen kommunen drifter selv gjennom avdeling psykisk helsevern, kjøper kommunen også institusjonsplasser fra private tilbydere ved behov. Plass i psykiatrisk døgntilbud vedtas av Tildelingsenheten (ibid).

3.3.2 Rus og avhengighet

I forbindelse med innføring av NAV-reformen ble Rus og avhengighet opprettet i 2008. Rus og avhengighet skal yte tjenester som hjelper brukeren til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler. Avdelingen har ansvar for oppfølging og henvisning av rusmisbrukere som ytes etter Helse og omsorgstjenesteloven kapittel 3, 7 og 10 (Ullensaker u.d.). Avdelingsleder for rus og avhengighet anslår at det bor mellom 40 og 50 tyngre rusmisbrukere i kommunen (Helsevern 2015).

Tiltak og tjenester skal i størst mulig grad tilpasses individuelle behov. Tjenesten skal også gi råd, veiledning og hjelp til brukers familie. Rus og avhengighet gir og bistår brukere med blant annet:

- Råd og veiledning for å forebygge og begrense sosiale problemer for den enkelte.
- Henvisning til rusbehandling og samarbeid med institusjonene før, under og etter behandling.
- Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) – bistå klientene med å søke LAR, oppfølging av klientens livssituasjon som bolig og økonomi i samarbeid med NAV.
- Tiltak for gravide rusmiddelmissbrukere – saksbehandling i forhold til tvang, samarbeid med behandlingsinstitusjon rundt den enkelte.
- Samarbeid med og henvisning til ARA⁶ (ruspoliklinikken).

⁶ ARA: Avdeling for rus og avhengighet ved Ahus.

- Individuell plan (IP) – delta i utarbeidelse av IP og koordineringsansvar i enkeltsaker for klienter med langvarige og sammensatte behov.

(Ullensaker u.d.).

Per i dag fatter avdelingen vedtak om tjenester selv. For tjenester som krever vedtak er det et vilkår at brukeren selv ønsker hjelp til behandlingsopplegg fra Rus og avhengighet. De ansatte i Rus og avhengighet er delt i to team etter ansvarsområder. LAR-pasienter er team 1s ansvar, og det er en LAR-konsulent i dette teamet som skal koordinere LAR-pasientenes behandling.

Avdelingen har også to ungdomskonsulenter. Ungdomskonsulentene jobber med ungdom som ikke har henvisning til kommunens tilbud og tjenester enda (Helsevern 2015).

Ambulant team

Avdelingen har et ambulant team som driver utadrettet arbeid i kommunen. Det ambulante teamet jobber oppsøkende, med oppfølging i bolig, motiverer og følger opp bruker før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten og i LAR. Det ambulante teamet bidrar til å etablere kontakt med øvrige tjenester det er behov for, og hjelper også brukeren i møte med andre offentlige virksomheter, særlig NAV (Helsevern 2015).

Sjuer'n

Rus og avhengighet har ansvar for og drifter lavterskeltilbudet Sjuer'n. Brukere kan komme til Sjuer'n uten vedtak eller avtale. Sjuer'n er et dagtilbud hvor brukere kan få et varmt måltid, en dusj og hvor det er mulighet til å vaske klær. Det holder åpent mandag, tirsdag, torsdag og fredag mellom kl. 10 – 15. Her tilbys også støttesamtaler, aktiviteter og hjelp til å fylle ut søknader og kontakt med offentlige instanser. I tillegg har Sjuer'n tilbud om en enkel helsesjekk, hvor sår og lignende småskader behandles. Sjuer'n har avtale med legevakt i kommunen, og ved behov blir bruker sendt til legevakt for behandling. I gjennomsnitt er 15 brukere innom de dagene Sjuer'n er åpen (Helsevern 2015).

Rus og avhengighet arrangerer kurs og støttegrupper for brukere med rusrelaterte problemer, for eksempel har man gjennomført hasjavvenningskurs (Ullensaker 2015). I tillegg arrangeres nettverksmøter, hvor bruker, sammen med de som er viktige i brukers liv, som familie, venner, kolleger og andre, skal få en felles forståelse av situasjonen (ibid).

3.3.3 Legevakt

Legevakten i Ullensaker ligger på Jessheim og er åpen for personer med akutt sykdom eller skader som trenger øyeblikkelig hjelp, også akutte problemer knyttet til psykisk helse og rus. I alvorlige enkelttilfeller kan vakthavende lege etter vurdering avtale sykebesøk (Ullensaker kommune 2012). Legevakten ledes av avdelingsleder som jobber på dagtid. Legevakten har ansatte sykepleiere og helsefagarbeidere som assisterer legene. I alt er det ansatt 18 personer fordelt på ni stillingshjemler. I tillegg er det 28 leger som går i turnus. Legevaktlegene er allmennleger i området, noen er sykehusleger og andre leger i andre kommuner.

Ved henvendelser fra pasienter med psykiske lidelser eller psykiatriske diagnoser handler det ofte om personer som kommer igjen og som legevakta kjenner godt til. Revisjonen får opplyst at for

noen av disse er det ofte tilstrekkelig med en eller flere telefonsamtaler. Rusrelaterte henvendelser kan gjelde alt fra ungdom som drikker for mye til kroniske brukere (Helsevern 2015).

3.3.4 Fengselshelsetjenesten

Et av landets 80 fengsler i kriminalomsorgen er lokalisert i Ullensaker kommune. Kommunen har en lovpålagt plikt til å ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte, og har valgt å organisere fengselshelsetjenesten som en egen avdeling under enhet helsevern. Avdelingen består av sykepleiere, fysioterapeut, leger og avdelingsleder. Avdelingen samarbeider i tillegg med andre importerte tjenester fra spesialisthelsetjenesten, herunder psykologer og psykiater, om tilbudet til de innsatte (Helsevern 2015).

De innsatte har altså krav på helse- og omsorgstjenester og kommunen har et sørge-for-ansvar. Fengselshelsetjenestens ansvar er nærmere regulert i en egen veileder. Tilbudet omfatter fastlege, helsestasjonstjeneste, øyeblikkelig hjelp, hjemmehjelp i tilfeller det er behov for sårstell, men ikke for å ivareta renhold på cella. Fengselshelsetjenesten legger frem medisiner, men det er kriminalomsorgen som deler ut medisinene. Fengselshelsetjenesten ivaretar psykisk helse, rusproblematikk og øyeblikkelig hjelp (Helsevern 2015).

Ordningen finansieres av staten gjennom et særskilt øremerket tilskudd til de kommuner som har fengsler i kriminalomsorgen. Dette tilskuddet skal gå til dekning av utgifter til helsetjenester for innsatte (prop. 91 L (2010-2011), 148 og 149) og skal sikre et like godt helsetjenestetilbud for innsatte som for befolkningen for øvrig.

3.4 Kommuneoverlegen og fastlegene

Kommuneoverlegen er organisatorisk plassert i HS stab. Kommuneoverlegens hovedfunksjon er å være medisinsk faglig rådgiver for helsetjenesten, øvrig administrasjon og politiske organer på tvers i kommunen. Kommuneoverlegen inngår også i kommunens beredskap ved flom, ulykker, kriser og lignende.

Kommuneoverlegen er faglig leder for fastlegene, men har ikke personalansvar da fastlegene i Ullensaker er selvstendig næringsdrivende. Kommuneoverlegen fungerer som et bindeledd mellom fastlegene og kommunen. Fastlegene er en viktig del av kommunens tilbud og har en sentral rolle både med hensyn til behandling, medisiner og henvisning til spesialisthelsetjenesten. Revisjonens informanter opplyser om at fastlegene ivaretar en stor del av arbeidet med psykisk helse og/eller rus (Helsevern 2015).

3.5 Tildelingsenheten

Tildelingsenheten er kommunens mottakskontor for søknader om pleie- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Enheten ble etablert 1.1.2014, og har ansvar for å motta, utrede og fatte vedtak på tjenester til hjemmeboende og institusjonsbeboere. Tildeling av tjenester skjer med hovedvekt på brukernes egenmestring, det vil si at den enkelte kan leve et selvstendig og meningsfylt liv sammen med andre (Ullensaker kommune u.d.).

Tildelingsenheten saksbehandler blant annet vedtak om følgende tjenester:

- Hjemmehjelp
- Dagsenter og transport
- Habilitering/ rehabiliteringsplass
- Praktisk bistand i hjemmet
- Miljøarbeidertjeneste
- Støttekontakt/ fritidskontakt
- Avlastning
- Vederlag og egenbetaling
- Individuell plan og koordinator

Tildelingsenheten har videre ansvar for kjøp av institusjonsplass til brukere/pasienter med psykiske lidelser og/eller rus og avhengighet når kommunen selv ikke har mulighet til å tilby dette (ibid).

3.5.1 Koordinerende enhet

Koordinerende enhet er organisatorisk plassert i Tildelingsenheten. Mandatet til koordinerende enhet er å bidra til habilitering og rehabilitering for brukere som trenger det og sørge for at de blir ivaretatt på en god måte. Tildelingsenheten har det overordnede ansvaret for arbeidet som gjøres i koordinerende enhet (Tildelingsenheten 2015).

3.6 PRO-enhetene

Pleie, rehabilitering og omsorgsenhetene (PRO-enhetene) i Ullensaker er inndelt i tre pleie- og omsorgsdistrikt; PRO Jessheim Vest, PRO Jessheim Øst og PRO Kløfta. Hver PRO-enhet gir helsetjenester i hjemmet, hjemmesykepleie, personlig assistanse, hjemmetjenester, samt praktisk bistand og opplæring (Ullensaker kommune). PRO-enhetene har også ansvar for flere andre tilbud⁷.

Personer som på grunn av helseproblemer eller funksjonssvikt har behov for bistand i eget hjem kan søke Tildelingsenheten om hjemmetjenester, det vil si hjemmehjelp og bistand til praktiske oppgaver i hjemmet som rengjøring, søppeltømming, handling ol. Vedtak om hjemmesykepleie gjøres av PRO-enhetene selv og dreier seg om å oppfylle helserelaterte behov (Tildelingsenheten 2015).

PRO Jessheim Øst, med base på Gystadmyr bo- og aktivitetssenter, har i tillegg en alderspsykiatrisk avdeling (Blåveiskroken), samt en miljøarbeidertjeneste som dekker hele kommunen. Dette er viktige tjenester for personer med psykiske helseplager og lidelser, samt personer med problemer med rus og avhengighet (Pro Jessheim Øst 2015).

Blåveiskroken

Blåveiskroken er en psykiatrisk døgnavdeling for personer med alvorlige psykiske lidelser over 40 år. Avdelingen har 10 plasser, hvorav 8 er langtidsplasser og 2 er korttidsplasser. Brukerne på

⁷ Drift av langtids- og korttidsplasser på sykehjem, dagsenter og demenskoordinator m.m.

langtidsplassene har mange tunge psykiatriske diagnoser, som schizofreni, personlighetsdiagnoser, samt enkelte diffuse diagnoser. På korttidsplassene er det noen brukere med rusproblemer, men da er rus sjelden et aktivt problem (Pro Jessheim Øst 2015).

Miljøarbeidertjenesten

Miljøarbeidertjenesten er en tjeneste rettet mot personer over 18 år, som bor hjemme og trenger hjelp til mestring og selvstendighet. Miljøarbeidertjenesten gir brukerne hjelp til å mestre hverdagen og ivareta sosiale behov. Det må fattes vedtak for alle tjenester. Vedtak fattes av tildelingsenheten (Pro Jessheim Øst 2015).

Miljøarbeidertjenesten har per juni 2015 21 brukere. Flere av brukerne har depresjon, angstlidelser eller er emosjonelt ustabile. Et fåtall av brukerne har også rusproblemer. Miljøarbeidertjenesten tilbyr et vidt spekter av tjenester, som boveiledning og hjelp til å strukturere dagen. Boveiledning fra miljøarbeidertjenesten kan innebære hjelp til alt fra å planlegge dagen og uka, bistand til handling, veiledning til å utføre husarbeid, hjelp til å stå opp om morgenen og komme seg jobb eller viktige avtaler/behandling. Noe av det samme vil også hjemmetjenesten gjøre (Pro Jessheim Øst 2015)

Miljøarbeidertjenesten har fire ansatte per i dag, hvorav to er i 100 prosent-stillinger og to er i 80 prosent-stillinger. Tjenesten ytes i hovedsak på dagtid og kveldstid to dager i uka. Miljøarbeidertjenesten skal styrkes fra 2016. (Pro Jessheim Øst 2015).

3.7 Psykososialt kriseteam

Ullensaker kommunes psykososiale kriseteam gir omsorg og hjelp til familier som har opplevd brå og uventet død av nært familiemedlem i forbindelse med selvmord, ulykker, voldshandlinger, barnedød og eventuelt andre alvorlige krisesituasjoner. Dette gjelder også når ulykken har skjedd utenfor kommunen. Henvendelse til teamet skjer via politi, lege/ legevakt, prest eller kommunens kriseledelse (Ullensaker kommune u.d.). Kriseteamet er et supplement til det ordinære hjelpeapparat, og vil være en hjelp i en tidsavgrenset periode.

Kriseteamets tilbud og tjenester inkluderer:

- gi og koordinere psykososial førstehjelp når sjokket og følelsen av kaos er så stor hos de berørte at hjelp fra brukers nettverk ikke er nok
- vurdere behov og følge opp
- støttesamtaler
- formidle hjelp til familiemedlemmer og pårørende som er rammet og bor i andre kommuner
- veilede og informere om aktuelle hjelpetiltak på lengre sikt, som sorggruppe, sosiale tiltak, fysisk aktivitet, grupper for barn/ungdom og lignende.

Teamet er tverrfaglig sammensatt med ansatte fra tjenestene NAV, rus- og avhengighet, helsestasjon, familieteam, barnevern og skole. De som er med i teamet er godt kjent med alle hjelpeinstanser og kan formidle eller hjelpe til med å få tak i andre hjelpere etter behov, som lege, sosiale tjenester, barnevern, pleie og omsorg. Teamet har en administrativ leder og går i vaktturnus, slik at de alltid vil være tilgjengelig (Ullensaker kommune u.d.).

3.8 NAV Ullensaker

NAV Ullensaker bistår innbyggere som har behov for råd, veiledning og informasjon om velferdsordningene hvor ansvaret er fordelt mellom kommunen og staten. Arbeidet er regulert i NAV-loven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, folketrygdloven, barneloven med flere. Leder for NAV Ullensaker er kommunalt ansatt. Det lokale NAV-kontoret ivaretar kommunens oppgaver etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (lov om sosiale tjenester i NAV). NAV har to styringslinjer; NAV rapporterer både til stat og kommune og etterlever kommunale og statlige mål (NAV 2015).

NAV Ullensaker er organisert i fire avdelinger. Oppfølging av brukere med psykiske problemer er plassert i de ulike avdelingene, som er:

- arbeid og veiledning - oppfølging av arbeidssøkere og andre brukere med standard og situasjonsbestemt bistandsbehov,
- arbeid og kvalifisering - flyktningetjeneste, boligkontor, ungdomsteam
- arbeid og oppfølging – oppfølging av brukere med spesielt tilpasset bistandsbehov
- arbeid og marked – oppfølging av arbeidssøkere og andre brukere med standard og situasjonsbestemt bistandsbehov, arbeidet ut mot arbeidsgivere, dagpenger, skaffe praksisplasser, samarbeid, formidle ledige ut i arbeidsaktivitet.

Har bruker alvorlige problemer, eller befinner seg langt unna arbeidslivet, vil bruker ha behov for tettere oppfølging og skal motta bistand fra avdeling arbeid og kvalifisering eller arbeid og oppfølging. NAV Ullensaker har ansatt veiledere med sosialfaglig utdanningsbakgrunn med slik oppfølging som sitt hovedområde (NAV 2015).

For de av brukerne som har mulighet til å komme seg ut i jobb igjen tilbyr NAV Ullensaker ulike former for oppfølging og støtte, fra utdanning, forskjellige kurs, arbeidspraksis, lønnstilskudd og arbeidsavklaringspenger. For brukere hvor det er urealistisk å komme ut i arbeid bistår NAV med annen oppfølging som inntektssikring i form av økonomiske ytelser og forvaltning av den enkeltes økonomi der dette er nødvendig. For de som er sykemeldte i en lengre periode har NAV, sammen med lege og arbeidsgiver, ansvaret for å følge opp gjennom dialogmøter. For brukere som allerede er i systemet, og får oppfølging av avdeling rus og avhengighet og psykisk helse, kartlegges samarbeidet om bruker (NAV 2015).

NAV har videre ansvar for å skaffe midlertidig bolig til personer som står uten botilbud (lov om sosiale tjenester i NAV § 27).

3.9 Forebyggende barn og unge

Enheten har ansvar for tjenester til barn og unge. Forebygging er et av hovedmålene for enheten som har til hensikt å begrense, stanse eller snu en negativ utvikling. Enheten omfatter avdeling forebyggende helsearbeid med helsestasjonstjeneste og jordmortjeneste, avdeling barnevern og forebyggende avdeling barn og unge (FABU) med familie-rettet tiltaksarbeid, oppsøkende utadrettet arbeid og ungdomshus (Ullensaker kommune 2013).

4 REVISJONSKRITERIER

I dette kapitlet utledes revisjonskriteriene som er omtalt innledningsvis i kapittel 1 i denne rapporten. Revisjonskriteriene danner grunnlaget som revisjonen benytter for å vurdere kommunens arbeid på området.

I dette kapitlet utledes revisjonskriteriene til problemstillingen om i hvilken grad kommunen sikrer at pasienter/brukere med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tilbud.

4.1 Kommunens systemansvar

Denne undersøkelsen har først og fremst en systemtilnærming, og vi gjør innledningsvis rede for de bestemmelser som pålegger kommunen et systemansvar.

Kommuneloven inneholder en generell bestemmelse om betryggende kontroll i kommuneloven § 23 nr. 2 annet ledd. «Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll».

Det er kommunens ansvar å styre virksomheten på en slik måte at tjenestenes omfang og innhold fyller kravene lov og forskrift setter. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Forskrift om internkontroll er gitt med hjemmel i denne bestemmelsen. I § 3 i forskriften defineres internkontroll som «systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen».

Intern kontroll

Hva intern kontroll innebærer og hva at den/de ansvarlige for virksomheten skal gjøre er konkretisert i forskriften § 4 bokstavene a-h. I tillegg til å beskrive virksomhetens hovedoppgaver, mål, ansvar oppgaver og myndighet, skal de ansvarlige sørge for at de ansatte har tilgang til aktuelt lovverk på området, har nødvendig kunnskap og at de medvirker til å benytte erfaring og kunnskap, samt gjør bruk av pasienter og pårørendes erfaringer til forbedring av virksomheten.

Kvalitet

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3 sier noe om oppgaver og innhold i tjenestene, og dreier seg om krav til at kommunen skal ha fastsatt prosedyrer for å sikre god måloppnåelse. Blant annet sier forskriften at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten. Også her er brukere og pårørende ansett som viktige informanter ved at de skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet og ved at den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

I henhold til kvalitetsforskriften skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som har til hensikt å sikre at brukerne får ivarettatt sine grunnleggende behov, slik det blir eksemplifisert i § 3 i forskriften.

4.2 Lovbestemt ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven

I dette delkapitlet gjør vi nærmere rede for lovkrav som skal sikre at kommunen gir et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

4.2.1 Krav til helhetlig og koordinert tjenestetilbud

Helse- og omsorgstjenesteloven tydeliggjør kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenesten. Innledningsvis i stortingsproposisjonen heter det at «[k]ommunens plikter skal videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt [...] I forslaget oppheves det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester» (Prop.91L (2010-2011) punkt 1.1). Det framkommer videre at lovforslaget skal sikre bedre samhandling innad i kommunen, «men også mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten» (ibid).

I følge helse- og omsorgstjenesteloven er det kommunen som har det overordnede ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen får de nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette ansvaret gjelder «alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne», jf. § 3-1. Det er også kommunens ansvar å styre sin virksomhet på en slik måte at tjenestenes omfang og innhold fyller kravene lov og forskrift setter (ibid). Videre skal kommunen legge til rette tjenestene slik at hver enkelt bruker eller pasient får et «helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud», jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, a.

For å sikre at hver pasient eller bruker får tilgang til et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, er kommunen underlagt ulike krav.

Kommunen skal «legge til rette for **samhandling** mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her. Kommunen skal også samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helse og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet» jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4. Kravet om **samarbeid** er særlig aktuelt på et område som rus og psykisk helse da det ofte er flere tjenester og instanser inne i bildet for hver pasient eller bruker. Det er viktig at samarbeidet mellom disse fungerer godt. Derfor er det viktig at det er etablert gode rutiner for samarbeid og at ansvar og oppgaver er tilstrekkelig utarbeidet og avklart.

Begrepet samhandling ble uttrykt slik i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen:

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

St.meld.nr. 47 (2008-2009)

Allerede i 2007 ble det inngått «Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet» mellom Kommunesektorens organisasjon (KS) og Helse- og omsorgsdepartementet (Prop.91L (2010-2011) punkt 28.3). I fornyet avtale for perioden 2012-2015 kommer det fram at kommuner og helseforetak må etablere gode lokale prosesser og møteplasser for samhandling og at dette følger av de lovpålagte samhandlingsavtalene. Det heter også at brukerens og pasientens beste må legges til grunn for samarbeidet.

I veilederen «Sammen om mestring» heter det at «[f]orsvarlighetsplikten krever at tjenestene må tilrettelegges slik at den enkelte gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud» (Helsedirektoratet 2014, 98). Videre heter det at «[p]likten forutsetter at tjenestene samhandler om tilbudet til den enkelte bruker. Nødvendig samhandling må skje mellom tjenestene innen kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. [...] 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» (ibid).

Suksesskriterier for godt tverrfaglig samarbeid er listet opp slik i veilederen (ibid, 99):

1. Felles mål
2. Forankring
3. Avklare ulike kunnskapsgrunnlag
4. Rolleavklaring
5. Likeverdig deltagelse
6. Jevnlig kontakt og kommunikasjon
7. Dedikerte utøvere

Helse og omsorgstjenesteloven krever videre at det er samarbeid mellom kommunen og regionale helseforetak, det vil si Ullensaker kommune og Akershus universitetssykehus (Ahus) i dette tilfelle. Kommunestyret skal, for å sikre dette, inngå en **samarbeidsavtale** med det regionale helseforetaket i regionen, eventuelt med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer, og samarbeidet skal «bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester», jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Den viktigste målsettingen med denne lovpålagte plikten er at kommuner og foretak skal arbeide sammen om pasientforløp. Dette skal skje gjennom koordinerte tjenester slik at pasienter og brukere får en helhetlig og sammenhengende tjeneste (Prop.91L (2010-2011), 498-499).

4.2.2 Virkemidler

Helse- og omsorgstjenesteloven angir enkelte virkemidler som kommunene skal benytte i sitt arbeid. Sentrale virkemidler er individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. Nærmere om dette nedenfor.

Det er kommunens plikt å utarbeide en **individuell plan** (IP) og å koordinere dette planarbeidet, for pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester enten ifølge helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Med behov for langvarige tjenester menes det at behovet må være av en viss varighet selv om det ikke trenger å strekke seg

over et eksakt antall måneder eller år. Et behov for koordinerte tjenester innebærer at en pasient eller bruker har behov for flere helse- og/eller sosialtjenester samtidig og at disse dermed bør ses i sammenheng (Prop.91L (2010-2011):361).

IP skal utarbeides av helsetjenesten uavhengig om det fremsettes krav om dette (ibid). Men planen skal ikke utarbeides uten samtykke fra den enkelte eller bruker/pasient, eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering § 16 og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Kommunens ansvar for å utarbeide IP fratar ikke spesialisthelsetjenesten ansvar for å medvirke i arbeidet, jf. forskrift for habilitering og rehabilitering § 18 og Prop. 91 L (2010-2011):365-366).

Pasienten har rett til å delta i arbeidet, noe det skal legges til rette for. I tillegg kan pårørende trekkes inn i arbeidet dersom pasienten/brukeren og pårørende ønsker det, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering § 16 og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

I Nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, påpekes det at personer med ROP-lidelser⁸ ofte vil ha rett til IP. Det påpekes videre at det i situasjoner der pasienten ikke ønsker individuell plan, likevel bør utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester (Helsedirektoratet 2012, 78).

For lettere å koordinere planarbeidet skal kommunen også tilby en **koordinator** til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Denne personen skal sørge for oppfølging og sikre samordning av tjenestetilbudet, samt fremdrift i arbeidet med individuell plan, for den pasient eller bruker det gjelder, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Det er viktig for både tjenestemottakeren og de pårørende å ha en person i tjenesteapparatet de kan forholde seg til. Ifølge brukerorganisasjonene ønsker brukerne seg en koordinator de kan ha tillit til, som kjenner brukerens situasjon og som kjenner systemet og dermed på en god måte kan koordinere tjenestene for brukeren (Prop.91L (2010-2011):361-363).

Det kreves også at kommunen har en **koordinerende enhet** som «skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator [...]», jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Å ha dette overordnede ansvaret innebærer blant annet at enheten skal ta imot meldinger om behov for IP, samt å sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan jf. forskrift om habilitering og rehabilitering § 6. Kommunen kan organisere denne enheten på forskjellige måter, for eksempel gjennom et fast og overordnet tverrfaglig team, en egen koordinator for formålet, eller gjennom den ordinære virksomheten (Prop.91L (2010-2011):369).

⁸ Et begrep som brukes som en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.

4.3 Sammenfatning av revisjonskriteriene

Ut fra dette setter revisjonen opp følgende kriterier:

Problemstilling	Revisjonskriterier
I hvilken grad sikrer Ullensaker kommune at pasienter eller brukere med psykiske vansker og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?	⇒ Kommunen skal legge til rette tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. ⇒ Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester i kommunen, og med andre tjenesteytere. ⇒ Kommunestyret skal vedta samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen. ⇒ Kommunen skal ha et system som sikrer at personer med langvarige og sammensatte behov tilbys en individuell plan og en koordinator, samt at kommunen skal ha en koordinerende enhet.

5 ET HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD FOR VOKSNE

I kapittel tre redegjorde vi for kommunens samlede tjenestetilbud til personer over 18 år med psykiske vansker/lidelser og /eller rusavhengighet. I dette kapittelet skal vi undersøke hvordan kommunen legger til rette for at den enkelte bruker får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Vi vil blant annet undersøke hva slags rutiner og systemer kommunen har for samarbeid mellom tjenestene internt i kommunen, fastlegene og med spesialisthelsetjenesten. Kapittelet inneholder også gjennomgang av kommunens rutiner og systemer for individuell plan og koordinator.

Det hjelper ikke å ha gode systemer og rutiner for samhandling, dersom samhandlingen ikke fungerer i praksis. Vi undersøker derfor også hvordan kommunens medarbeidere, som jobber med den aktuelle brukergruppen, opplever arbeidet med å legge til rette for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud i praksis.

Problemstilling og kriterier for dette kapittelet er som følger:

Problemstilling	Revisjonskriterier
I hvilken grad sikrer Ullensaker kommune at pasienter eller brukere med psykiske vansker og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?	⇒ Kommunen skal legge til rette tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. ⇒ Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester i kommunen, og med andre tjenesteytere. ⇒ Kommunestyret skal vedta samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen. ⇒ Kommunen skal ha et system som sikrer at personer med langvarige og sammensatte behov tilbys en individuell plan og en koordinator, samt at kommunen skal ha en koordinerende enhet.

5.1 «Peters» møte med Ullensaker kommune – et tenkt scenario

Hvordan en kommune organiserer tjenestene sine kan for mange være en utfordring å få grep om. Dette kan være særlig utfordrende på området psykisk helse og rus som er et komplekst og sammensatt felt i seg selv. For å hjelpe leseren av denne rapporten til lettere å få oversikt over hvordan kommunen jobber for å gi brukere helhetlige og koordinerte tjenester, skisserer vi et tenkt eksempel på hvordan en brukers møte og kontakt med kommunen kan foregå.

«Peter» er en mann på 45 år som bor på Jessheim. I det siste har han hatt vanskeligheter både på jobb og hjemme. På jobb er det ansatt en ny sjef som «Peter» kommer dårlig overens med, og hjemme har det i det siste vært turbulent, blant annet fordi «Peter» i flere år har hatt et utstrakt

alkoholmisbruk. På toppen av dette har «Peter» begynt å spille bort penger på internett, og han klarer ikke å slutte. Kona gir ham et ultimatum om å søke hjelp, ellers forlater hun ham. Etter mye om og men bestiller «Peter» time hos fastlegen.

Fastlegen forteller «Peter» litt om tilbudet kommunen har for personer som sliter med alkohol- og spillemissbruk og gir ham kontaktinformasjon til avdelingen Rus og avhengighet i kommunen. Hun sier det bare er å ta kontakt, han trenger ikke henvisning. Etter timen hos fastlegen ringer «Peter» Rus og avhengighet som lover å kontakte ham igjen så fort de har hatt sitt ukentlige onsdagsmøte der nye henvendelser tas opp og fordeles. «Peter» kontaktes uka etter og får tid til en samtale tre uker senere.

På disse tre ukene skjer det en hel del i livet til «Peter». Kona har bestemt seg for at hun uansett hjelp eller ikke, likevel ikke orker å bo med «Peter» og ber «Peter» flytte ut av huset. På jobb har nedskjæringer og uoverensstemmelser med sjefen ført til at «Peter» har mistet jobben.

«Peter» går inn i en dyp depresjon og både drikker og spiller enda mer. Likevel kommer han seg til avtalen med Rus og avhengighet ved hjelp av sine to voksne barn som kjører ham dit. Vel fremme skjønner kommunens konsulent at situasjonen er såpass alvorlig at spesialisthelsetjenesten bør kontaktes. I tillegg er det behov for å kontakte NAV slik at han kan søke om dagpenger, få et midlertidig sted å bo og få hjelp til å søke ny jobb. De siste tre ukene har «Peter» bodd på sofaen til venner, men disse vil ikke hjelpe lenger.

Konsulenten i Rus og avhengighet sier at etter hennes vurdering har «Peter» rett på koordinator og IP, og foreslår at hun kan være hans koordinator og at en IP kan opprettes dersom han ønsker dette. I tillegg foreslår hun at hun kan sende en skriftlig henvisning til ARA Øvre Romerike poliklinikk (ARA), slik at «Peter» kan få behandling for spillemissbruk og sine alkoholproblemer der. Hun kontakter også NAV for å få dem til å ordne et midlertidig sted «Peter» kan bo.

Hun kaller også inn til et ansvarsgruppemøte. Hit inviteres både fastlegen til «Peter», NAV, og legen som mottok henvisningen på ARA, og selvsagt «Peter» selv.

De har ett godt møte og blir enige om hvem som skal gjøre hva frem til neste møte seks uker senere. Dette noteres ned i «Peters» IP, sammen med målene for «Peter» man sammen blir enige om. Først og fremst er det et hovedmål at «Peter» skal klare å slutte med alkohol og spill, men ny jobb og leilighet er også viktige mål som settes opp.

I dette tenkte scenarioet er det ulike tjenester og personer som må samarbeide for at «Peter» på best mulig måte kan hjelpes. Det er mange brukere som henvender seg til kommunen for å få hjelp med psykisk helse og rus, og koordinering av de ulike tjenestene krever derfor en viss grad av rutiner for samarbeid.

I Helseverns virksomhetsplan fra 2015 står det at enheten ved enhetsleder eller avdelingsleder deltar i følgende tverrfaglige samarbeid:

- Ulike nettverk på ledernivå, sjefsforum og lederforum
- Interkommunale nettverk, psykiatri og rus
- Interne samarbeidsmøter med NAV og Forebyggende barn og unge (FBU)
- Legevaktforum/legevaktråd
- Samarbeidsmøter med politi, lokal ambulansetjeneste og driftsråd prehospitaltjenester
- Ukentlige møter med spesialisthelsetjenesten i fengselet
- Ukentlig møte mellom kriminalomsorgen og de importerte tjenestene i fengselet
- Jevnlige møter mellom helsetjenestene i de ulike fengslene
- Ukentlig samarbeid med rusmestringsenheten ved Ullersmo fengsel
- Ansvarsgrupper
- Boliggruppe
- Faste samarbeidsmøter med Ahus på ledernivå og rundt klienter med sammensatte problemer

I de følgende delkapitlene har vi delt opp områdene for samarbeid slik at vi først ser på rutiner, både formelle rutiner, prosedyrer og rutiner i praksis, innad og med Helsevern. Deretter vil vi se på rutiner for samarbeid på tvers i kommunen, og videre kommunens samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De nevnte foraene, nettverkene og møtene for samarbeid nevnt over vil dermed beskrives nærmere der det passer i en slik oppdeling. Til sist ser vi på kommunens rutiner og praksis når det gjelder bruk av IP og koordinator, samt Koordinerende enhets ansvar og oppgaver, samt dennes funksjon i praksis.

5.2 Samarbeid internt i Helsevern

Rutiner for samarbeid

De fire avdelingslederne i enheten Helsevern møtes hver fjortende dag i forbindelse med ledermøter i enheten. For disse ledermøtene settes det opp en agenda, og saker som tas opp dreier seg om økonomi, prosedyrer og handlingsplaner. I tillegg oppdaterer man hverandre når det gjelder status i de ulike avdelingene, samt at man drøfter enkeltsaker ved behov. Lederne jobber også i flere forskjellige samarbeidsfora/grupper på systemnivå i forbindelse med utvikling av tjenester og organisering av disse (Helsevern 2015).

Ellers har man en del uformelt samarbeid mellom avdelingene som skjer løpende fra sak til sak. Det vil si at dersom det er behov for å møtes i forbindelse med en bruker, så tar den som ønsker det kontakt med den aktuelle avdeling via mail eller telefon og ber om et møte (Helsevern 2015).

Det er lite samarbeid mellom Fengselshelsetjenesten og de andre tre avdelingene utover samarbeidet i forbindelse med ledermøtet. Leder for Rus og avhengighet har oppgitt at de har bistått Fengselshelsetjenesten med noe veiledning i forbindelse med LAR, gjennom avdelingens LAR-konsulent. Ellers har leder for Legevaktjenesten oppgitt at de har samarbeidet for å etablere et regime rundt det å gjemme rusmidler i kroppen, og at de har sendt legevaktlege i forbindelse med akutte hendelser. For de ansatte i Fengselshelsetjenesten oppleves det som mer naturlig å samarbeide med tilsvarende tjenester i andre kommuner. Men det er et årlig felles seminar for de ansatte i Helsevern, der også de ansatte fra Fengselshelsetjenesten deltar (Helsevern 2015).

Prosedyrer for å kunne tilby et helhetlig og koordinert tjenestetilbud i Rus og avhengighet

I Rus og avhengighet har man flere skriftlige prosedyrer og rutiner som skal bidra til å sikre at brukeren får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. For det første har man et flytskjema som skal være til hjelp for alle ansatte i avdelingen, og som stikkordsmessig gir informasjon om hva som skal skje når i forbindelse med avdelingens tjenester til brukere. Avdelingen har også søknadsskjema som skal benyttes ved ønske om tjenester fra avdelingen, i tillegg til ulike kartleggingsskjema som benyttes i forbindelse med henvendelser fra brukere. Når det gjelder henvisninger til spesialisthelsetjenesten har avdelingen to skjemaer til dette, et for henvisning til Ahus og et for henvisning til institusjonsbehandling.

Avdelingen har også en prosedyre for tildeling av tjenester innen rus og avhengighet (sist endret 13.6.2014). Hensikten med denne er å sikre en forsvarlig saksbehandling av søknader og henvisninger til tjenester for rus og avhengighet. Her kommer det frem hvordan ansvar for dette skal fordeles innad i Helsevern, samt formål og beskrivelse av tjenestene. Prosedyren beskriver også hvordan den enkelte konsulent skal gå frem i forbindelse med mottatte søknader, hvilke dokumenter som skal benyttes, samt hvordan registrering og arkivering av dokumenter skal foregå.

Prosedyrer for å kunne tilby et helhetlig og koordinert tjenestetilbud i Psykisk helsevern

I Psykisk helsevern har man en rekke ulike skriftlige prosedyrer og rutiner som skal være med på å sikre at brukeren får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

For det første har avdelingen flere prosedyrer som dreier seg om samarbeid med ulike aktører:

- Prosedyre for pårørendearbeid/samarbeid med de pårørende (utarbeidet 10.12.2008). Denne prosedyren skal sikre at pårørende blir ivaretatt og får nødvendig oppfølging. Videre at pårørende får tilstrekkelig informasjon og kunnskap slik at de kan fungere som ressurspersoner for bruker.
- Prosedyre for samarbeid med primærleger og PRO (legemøte) (utarbeidet 4.4.2005). Rutinen skal sikre kvalitet og kontinuitet for brukeren.
- Prosedyre for samarbeid med psykiatrikonsulenten/tiltaksteamet (utarbeidet 4.4.2005). Formålet er her å sikre kvalitet og kontinuitet for brukeren i forhold til de funksjoner psykiatrikonsulenten ivaretar, som arbeid, økonomi og bolig.

For det andre har avdelingen prosedyrer som dreier seg om henvisning til ulike instanser, samt hvordan søknad og tildeling tjenester innad i avdelingen skal foregå:

- Prosedyre for henvisning til Jessheim DPS Akutteam (utarbeidet 25.2.2008).
- Henvisning til psykisk helsearbeider for voksne – søknadsskjema som sendes Psykisk helsevern i forbindelse med tjenestene som tilbys av avdelingen (utarbeidet 10.1.2008).
- Prosedyre for henvisning til avdeling for psykisk helsevern og vurderingssamtaler (utarbeidet 8.2.2012). Formålet med prosedyren er å sikre at den som henvises til avdelingen sikres et riktigst mulig tilbud ut ifra behovet.

- Prosedyre for tildeling av dagtilbud ved Østafor mestringssenter (sist endret 12.6.2014). Hensikten er å sikre forsvarlig saksbehandling av søknader om dagtilbud ved Østafor mestringssenter. Prosedyren er lagt opp på samme vis som tilsvarende prosedyre som er beskrevet over for Rus og avhengighet.
- Prosedyre for tildeling av tjenester innen psykisk helse for voksne (sist endret 12.6.2014). Samme hensikt og opplegg som prosedyren over. Tilhørende denne prosedyren er også en sjekkliste for vurderingssamtaler for tjenester innen psykisk helse for voksne (sist endret 12.6.2014).

For det tredje har avdelingen flere prosedyrer for hvordan arbeidet med brukeren skal foregå:

- Prosedyre for samtalegruppe (utarbeidet 4.4.2005). Prosedyren skal bidra til at bruker får økt livskvalitet og innsikt i egen situasjon, samt at personalressursen utnyttes i størst mulig grad gjennom gruppeprosessen.
- Prosedyre for ansvarsgruppe (utarbeidet 4.4.2005). Formålet er å sikre mest mulig helhetlig tilbud til brukere med sammensatte behov.
- Prosedyre for individualsamtale; innhold og gjennomføring (utarbeidet 1.2.2011). Prosedyren skal sikre at bruker i størst mulig grad blir i varetatt i forhold til forebygging vedlikehold og bedring.
- Prosedyre for ledsager ved innleggelse på sykehus (utarbeidet 25.2.2005).
- Prosedyre for legemiddelhåndtering – multidoser (utarbeidet 3.10.2012).
- Prosedyre for målsetting og evaluering for hver bruker (utarbeidet 22.2.2012). Formålet er å bevisstgjøre/klargjøre brukers behov og ønsker, samt å sikre kvalitet og kontinuitet i tilbudet.
- Prosedyre for henting og bringing av bruker til og fra dagsenteret (utarbeidet 18.1.2011). Prosedyren skal sikre at brukere får nødvendig helsehjelp også dersom de har problemer selv med å komme seg til aktuelt tjenestetilbud.
- Samtykkeerklæring – Psykisk helsevern. Hensikten er å kunne utveksle opplysninger med andre aktuelle tjenesteytere for å skape et helhetlig tjenestetilbud.
- Prosedyre for tiltak rundt barn av psykisk syke (utarbeidet 12.11.2008). Prosedyren skal sikre at barn av psykisk syke blir ivaretatt og får oppfølging etter behov.
- Prosedyre for utskrivning fra avdeling Psykisk helsevern (utarbeidet 8.2.2012). Formålet med prosedyren er å gi brukeren anledning til å prøve ut sin evne til å mestre eget liv.
- Prosedyre for kartlegging av selvmordsrisiko (utarbeidet 22.8.2008). Prosedyren skal forebygge selvmord og sikre at alle brukere i avdelingen får forsvarlig oppfølging. Man har også en egen prosedyre for oppfølging av brukere med kronisk selvmordsfare (utarbeidet 21.11.2008), en egen prosedyre for meldings/dokumentasjons- og evalueringsrutiner ved selvmord (utarbeidet 26.11.2008), en egen prosedyre for oppfølging av personalet etter selvmord (utarbeidet 25.11.2008), prosedyre for oppfølging av etterlatte etter selvmord (utarbeidet 24.11.2008) og opplæring i kartlegging av selvmordsrisiko (utarbeidet 22.8.2008).

Avdelingen har også ulike prosedyrer som blant annet dreier seg om journalføring, klager, evaluering, regler og drift av dagsenter og lignende:

- Prosedyre for journalføring (utarbeidet 15.2.2012).
- Prosedyre for elektroniske meldinger (utarbeidet 21.3.2014). Formålet er å sikre informasjonsflyt mellom henholdsvis kommune og Ahus og kommune og fastleger gjennom elektroniske meldinger. Dette skal kvalitetssikre at riktige tjenester tilbys til riktige brukere.
- Prosedyre for klage på vedtak/tjeneste (utarbeidet 9.5.2005). Formålet er å sikre at klage fra bruker når frem til rett instans i skriftlig form.
- Prosedyre for regler og drift av dagsenter (utarbeidet 1.3.2011). Formålet med prosedyren er å skape et trygt, stabilt og utviklende miljø.
- Prosedyre for meldings/dokumentasjons- og evalueringsrutiner ved selvmord (utarbeidet 26.11.2008). Denne rutinen skal sikre at alle selvmord blir rapportert, samt gjennomgang av rutiner og slik at eventuelle feil kan oppdages og utbedres.

Samarbeid i praksis

I intervju har revisjonen blitt opplyst av samtlige avdelingsledere at samarbeidet innad i Helsevern fungerer godt. Det er en åpen og god dialog, og man informerer hverandre når ting skjer med brukere som kan være av interesse for noen av de andre avdelingene som også er inne og yter tjenester til bruker. «Åpen dialog er en uskreven regel» (Helsevern 2015). Man ivaretar taushetspliktreglene, og brukeren informeres om at avdelingene deler informasjon seg i mellom (ibid).

Avdelingsleder for Rus og avhengighet oppgir at det er et svært godt og tett samarbeid med Legevakttjenesten om brukere som trenger legeoppfølging. Avdelingene har i fellesskap blitt enige om at Rus og avhengighet kan henvise brukere fra lavterskeltilbudet til Legevakttjenesten dersom det er behov for legetjenester som for eksempel sårstell. Rus og avhengighet har selv ikke kapasitet til å hjelpe brukerne med dette, men de tar imot og betaler regningen fra Legevakttjenesten (Helsevern 2015).

Avdelingen ringer og sier ifra, og når bruker kommer er alt forberedt og klart. De [Legevakttjenesten] har en god forståelse for brukers behov. De har også et stort hjerte for mange av brukerne. Ikke noe dragkamp for å få dem engasjert.

Helsevern 2015

Rus og avhengighet har også et godt samarbeid med Psykisk helsevern, og tar i noen spesielle tilfeller ansvar for kartlegging og koordineringsarbeid for brukere som opprinnelig har blitt henvist til Psykisk helsevern, men som også har en ruslidelse. Årsaken er at Psykisk helsevern har en lang venteliste, mens Rus og avhengighet ikke opererer med ventelister. Dette gjøres frem til Psykisk helsevern har kapasitet til å ta over arbeidet med brukeren (Helsevern 2015).

En utfordring man har hatt i enheten har vært at brukere har blitt henvist både til Rus og avhengighet og til Psykisk helsevern. Dette har medført noe dobbeltarbeid da de to avdelingene ikke har vært klar over at brukeren har fått tjenester begge steder. Dette har kun vært tilfelle i noen få saker. Kommunen har ikke et system for å fange opp om en bruker er henvist til flere tjenester,

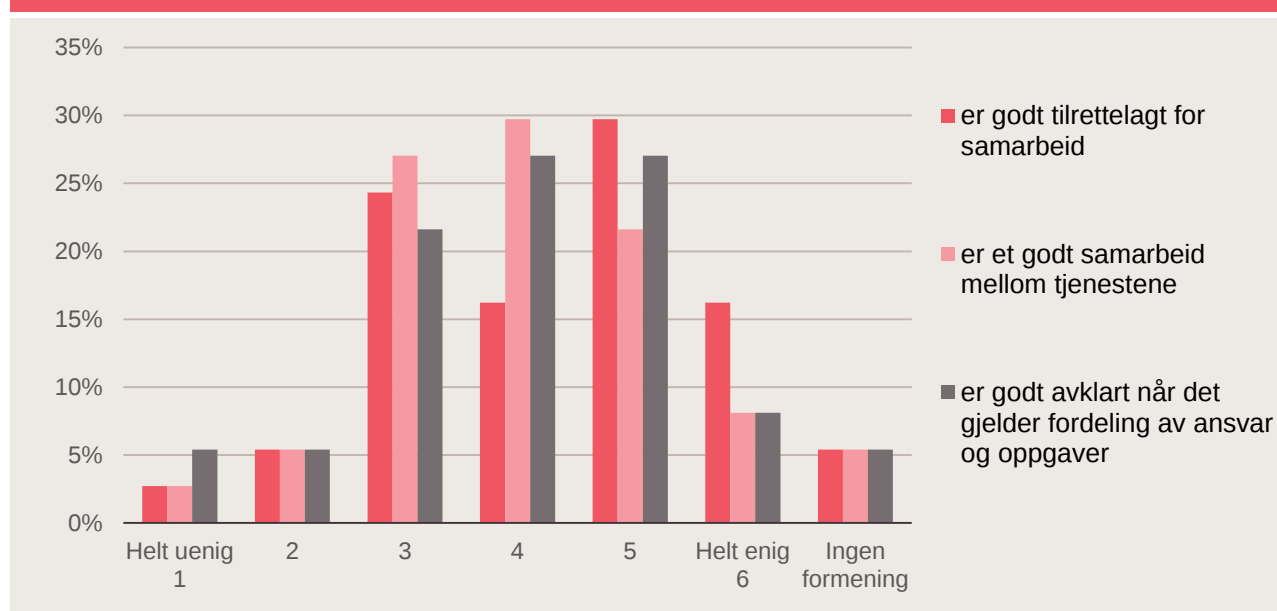
dette må bruker selv opplyse om ved spørsmål om dette i en kartleggingssamtale (Helsevern 2015). Per i dag fattes det ingen vedtak om tjenester i Psykisk helsevern, mens Rus og avhengighet fatter vedtak om tjenester til sine brukere selv. På sikt er planen at Tildelingsenheten skal fatte vedtak om tjenester i begge disse avdelingene (enhetsleder Helsevern 2015). Dette vil føre til en mer enhetlig tildeling av tjenester og vil være en kvalitetsforbedring for brukerne. At Tildelingsenheten sitter med oversikten over hvem som får hvilke tjenester fra hvilke avdelinger vil føre til at man unngår dobbeltarbeid (Helsevern 2015).

Revisjonen har gjennomført en spørreundersøkelse blant alle ansatte som kommunen har oppgitt at jobber med den aktuelle brukergruppen. Her stilte vi spørsmål til de ansatte i enheten Helsevern, det vil si de ansatte i Rus og avhengighet, Psykisk helsevern og Legevaktstjenesten om hvordan de opplever samarbeidet i enheten. Vi ba respondentene si seg enige eller uenige i tre påstander som gjaldt om det er godt tilrettelagt for samarbeid, om det er et godt samarbeid mellom tjenestene og om fordeling av ansvar og oppgaver i enheten er godt avklart.

Som vist i grafen under er en stor majoritet delvis eller helt enige i disse tre påstandene. Andelen av disse som sier seg helt enige er imidlertid relativt lav, det er kun åtte prosent som sier seg helt enige i de to siste påstandene og 16 prosent er enige i den første. Mellom 22 og 27 prosent har valgt svaralternativ tre og er altså delvis uenige i påstandene. Resultatene etterlater et inntrykk av at de ansatte opplever samarbeidet som mer utfordrende enn lederne. Deltagerne i spørreundersøkelsen fikk også mulighet til å kommentere samarbeidet, og i kommentarene nevnes det blant annet mangel på faste møteplasser og lite kommunikasjon og samarbeid mellom blant annet Rus og avhengighet og Psykisk helsevern.

Figur 3 Samarbeid i enhet Helsevern

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander: Jeg opplever at det i enheten Helsevern

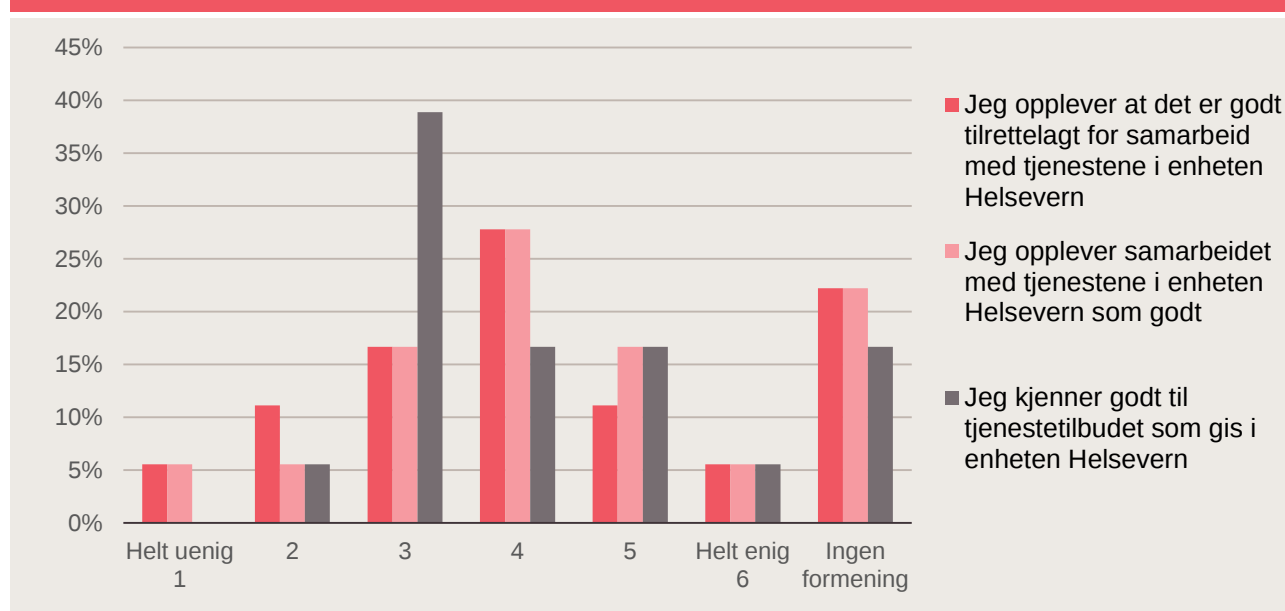


Kilde: RRI 2015, 2-4. N=37

Videre ble de resterende ansatte i kommunen som jobber med brukergruppen spurt om samarbeid med Helsevern. Blant disse var det ansatte fra Tildelingsenheten, Miljøarbeidertjenesten og Alderspsykiatrisk institusjon. Nærmere 40 prosent av respondentene er delvis uenige i at de kjenner tjenestetilbudet til enheten. Ellers er det også en stor andel som har svart at de ikke har noen formening om påstandene. Resultatene kan tyde på en mangel på samarbeid mellom enheten og denne gruppen respondenter. En årsak til dette kan også være at man har ulike brukergrupper, der samarbeid ikke er relevant.

Figur 4 Samarbeid med enhet Helsevern

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander:



Kilde: RRI 2015, 6-7. N=18

5.3 Samarbeid på tvers av kommunens tjenester

5.3.1 NAV Ullensaker

Rutiner for samarbeid

Det er få formaliserte rutiner for samarbeid mellom NAV Ullensaker og de andre avdelingene som jobber med personer med psykiske og/eller rusproblemer i kommunen. Det meste av samarbeidet skjer fra sak til sak, altså i forbindelse med den enkelte bruker. I intervju har det blitt opplyst om at man tidligere har hatt et opplegg der det har vært satt av tid for å diskutere utfordringer i etterkant av avklaringsmøter mellom NAV og avdelingene i Helsevern. Tanken var at man skulle bruke denne tiden til å rydde unna misforståelser og avklare arbeidsfordelingen mellom partene. Slike avklaringsmøter på fast basis ble avvirket vinteren 2015 (Helsevern 2015).

Det har blitt satt ned et hovedutvalg for helse og sosial der blant annet NAV, Psykisk helsevern og Rus og avhengighet sitter (alle som hører til i sektoren inviteres). Dette er et forum hvor man kan ta opp mangler i forbindelse med samarbeid, ansvarsfordeling ol. Man hadde første møte i 2014 og planen er å ha to møter i året. I det første møtet hadde man noen innledende diskusjoner, men det har ikke blitt gjort noen avklaring om hvem som skal følge opp det som ble tatt opp på møtet (NAV 2015).

Rus og avhengighet har felles internmeldingssystem (Socio) med NAV og kommuniserer med dem gjennom dette. Dette vil riktignok ikke være en mulighet i fremtiden da Rus og avhengighet skal bytte til et nytt fagsystem, COSDOC. Da vil man miste en kilde til kommunikasjon med NAV. I tillegg

skal avdelingen flytte fra nabokontorene til NAV og over til kirken der det blant annet skal etableres dagtilbud i første etasje (ibid).

Avdelingsleder for Psykisk helsevern har i intervju opplyst om at brukere hans avdeling har felles med NAV har deltatt i et samarbeidsprosjekt med NAV Skedsmo, NAV Ullensaker, og Psykisk helse Skedsmo⁹, der fagpersoner fra NAV ga kurs i økonomistyring. Ellers er det rutine mellom Psykisk helsevern og NAV at man arrangerer møter der man informerer hverandre om hverandres tjenester med jevne mellomrom.

Høsten 2010 ble oppgaver knyttet til lov om sosiale tjenester (budsjettansvar fra og med 1. januar 2011) flyttet over fra NAV til enhet Helsevern, ved avdeling for Rus og avhengighet. I et saksfremlegg fra november 2011 der kommunen evaluerer denne prosessen nevnes det at oppgavene besto i «forsterket oppfølging av enkeltbrukere, Grønn omsorg, rusmisbrukere i ettervern knyttet til institusjonsopphold, midlertidige private institusjonskostnader, samt rusmisbrukere i bolig med oppfølgingstjenester» (Ullensaker kommune 2011). Hensikten med denne overføringen av oppgaver oppgis å være en sikring av «en mer helhetlig og koordinert oppfølging av den enkelte rusmisbruker» (ibid). Konklusjonen av evalueringen er at å samle all oppfølging og oppgaver knyttet til personer med rusproblemer i avdeling for Rus og avhengighet var et fornuftig grep (ibid).

Samarbeid i praksis

NAV oppleves som svært viktige da økonomisk støtte, bolig og lignende ofte er avgjørende for at personen på mest effektive måte kan hjelpes og behandles av de øvrige tjenestene i kommunene. «[D]et er nesten umulig å behandle en person som ikke har penger» (Helsevern 2015).

Samarbeidet med NAV oppleves av mange av de intervjuede som utfordrende. Flere opplever NAV som vanskelige å få med på møter og vanskelige å kommunisere med. De oppleves generelt som lite tilgjengelige, og det oppgis at det er et stort potensiale for forbedring i samarbeidet. Et stort problem oppgis å være at tjenestene for personer med psykiske og/eller rusproblemer ute i kommunen må bidra med bistand til sine brukere som de mener det egentlig er NAVs oppgave å hjelpe dem med. Det kan gjelde utfylling av skjemaer, økonomisk veiledning og følge brukere til avtaler med NAV (Helsevern 2015; Pro Jessheim Øst 2015).

Andre utfordringer er at NAV-systemet oppleves som rigid og lite brukervennlig. Saksbehandlere må ofte være med på møter brukeren har med NAV for å hjelpe bruker å forstå hva som blir formidlet (Helsevern 2015).

I følge avdelingsleder for Rus og avhengighet ligger den største hindringen for samarbeid i manglende tilgjengelighet. NAV og avdelingen sitter vegg i vegg på rådhuset men har ingen tilgang til hverandres soner. Før NAV-reformen kom jobbet personene fra disse to tjenestene sammen på

⁹ Tilsvarende avdeling i Skedsmo som Psykisk helsevern i Ullensaker.

Sosialkontoret. Da var det en bekymring at NAV skulle bli mindre tilgjengelige, noe man opplever har slått til (Helsevern 2015).

Tiden som var satt av til diskusjon mellom Helsevern og NAV etter avklaringsmøter har ikke blitt benyttet til dette den siste tiden, da det er en opplevelse fra Helseverns side at det ikke var så stor vilje fra NAV sin side til å bruke tid på dette. «Det blir ofte litt på den ene partens premisser. Blir ikke noe felles faglig diskusjon, ikke felles forståelse. Blir heller en rekke kulepunkter man går fort igjennom» (Helsevern 2015).

Fra Tildelingsenhetens side opplever man at samarbeidet er for løst. Man samarbeider fra sak til sak, men enhetsleder ser behov for et tettere samarbeid, særlig om såkalte «gråsonesaker». Dette er vanskelige saker som man har mange av i enheten, og gjerne saker man har felles med NAV, og der tett samarbeid med NAV er nødvendig (Tildelingsenheten 2015).

Ellers opplever flere av lederne at rådgiverne på NAV er flinke og at når de har tid, så fungerer samarbeidet godt (Helsevern 2015; Pro Jessheim Øst 2015; Tildelingsenheten 2015).

Fra NAVs side opplever man at utfordringene i stor grad skyldes at det er en misoppfatning når det gjelder hva som er NAVs mandat og hva de faktisk skal bidra med. Det er behov for å jobbe med kontinuerlig forventningsavklaring fra NAVs side for å forebygge dette. Hos NAV opplever man at de øvrige tjenestene i kommunen ønsker at saksbehandlere skal være med på mange møter, blant annet ansvarsgruppemøter, uten at de klarer å se hva NAV skal bidra med (NAV 2015).

Særlig oppleves samarbeidet med Rus og avhengighet som utfordrende da NAV opplever at avdelingen til tider er svært kritisk til arbeidet som gjøres i NAV. Det kan synes som om mange har en oppfatning om at NAV skal drive med de samme arbeidsoppgavene som før reformen, men NAV har nye oppgaver og har måttet ramme inn dem for å oppnå interne målkrav. De kan ikke lenger drive med råd og veiledning i hverdagsøkonomi i samme grad som tidligere, da dette ikke inngår i arbeidsoppgavene og NAVs mandat. Det er en mangel på respekt for arbeidet NAV gjør, noe som også brukeren merker i møter. Det er viktig å huske på at NAV også er en del av kommunen, og at de andre tjenestene i kommunen ser på NAV som en partner i kommunen i stedet for en aktør som motarbeider dem og brukeren deres (NAV 2015).

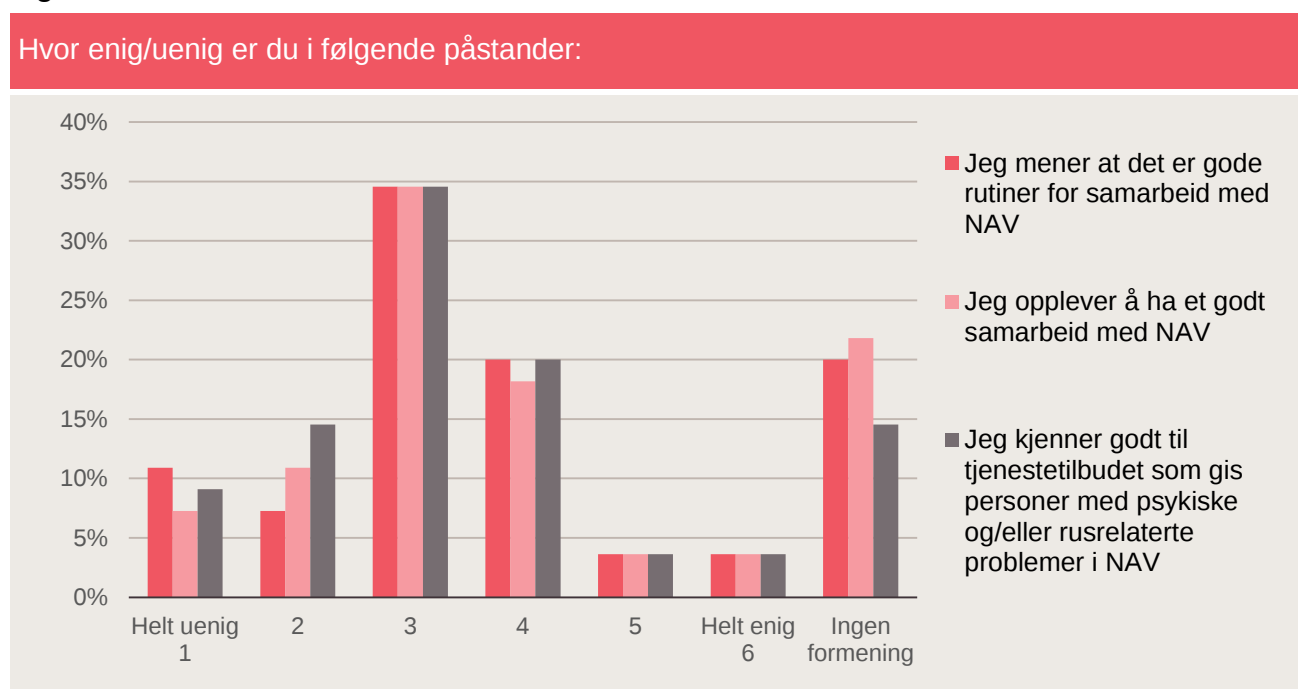
NAV har også forsøkt å få til møter med Rus og avhengighet, men opplevde at det ble mye drøfting av enkeltsaker, noe som etter NAVs oppfatning ikke førte til et bedre samarbeid rundt brukerne. Forfall fra Rus og avhengighets side har også ført til at møtene har blitt sporadiske og rent ut i sanden. Det oppleves å være en mangel på faste arenaer for å diskutere og avklare, men man har enda ikke funnet en passende møteform for dette (NAV 2015).

Også fra Rus og avhengighets side mener man en løsning på utfordringene i samarbeidet er felles faste møtepunkter. I tillegg bør «det etableres ansikt-til-ansikt deltagelse i samarbeidet» (Helsevern 2015).

Ellers oppleves det fra NAVs side å være et godt samarbeid med de fleste andre tjenester i kommunen (NAV 2015).

I revisjonens spørreundersøkelse ble respondentene bedt om å svare på tre påstander om NAV. Når det gjelder den første som dreier seg om gode rutiner for samarbeid med NAV, er en majoritet av de som har en formening, helt eller delvis uenige. Kun åtte prosent til sammen valgte svaralternativ fem og seks. Det samme mønsteret finner vi når det gjelder svarene på de andre to påstandene som dreier seg om man opplever å ha et godt samarbeid med NAV og om man kjenner godt til tjenestetilbudet som gis av NAV til den aktuelle brukergruppen.

Figur 5 Samarbeid med NAV



Kilde: RRI 2015, 25, 36, 47. N=55

5.3.2 Tildelingsenheten

Rutiner for samarbeid

Rus og avhengighet har rutiner for samarbeid med Tildelingsenheten når det gjelder kjøpsplasser. Det vil si at en bruker har behov for et omsorgstjenestetilbud som er større enn det kommunen kan gi, og tjenester derfor kjøpes inn utenfra. I slike tilfeller har Tildelingsenheten ansvar for det formelle, som for eksempel kontraktsinngåelse, mens Rus og avhengighet har det praktiske og faglige ansvaret for brukeroppfølgning (Helsevern 2015; enhetsleder Helsevern 2015).

Psykisk helsevern og Tildelingsenheten har rutiner for samarbeid når det gjelder tildeling og vedtak om omsorgsboligene som er lagt til avdelingen. I forbindelse med dette har avdelingen og enheten telefonisk kontakt en gang i uken der man drøfter mottatte henvisninger/søknader. Psykisk

helsevern har en saksbehandler i Tildelingsteamet de forholder seg til, og som håndterer vedtakene som berører avdelingen (ibid).

Miljøarbeidertjenesten og Blåveiskroken har faste møter med Tildelingsenheten i forbindelse med førstegangsmøtet med bruker. Tildelingsenheten fattet vedtak om alle tjenester som gis i disse tjenestene. Utover det faste førstegangsmøtet møtes man ved behov, for eksempel dersom det er behov for å revurdere tjenester til en bruker (Pro Jessheim Øst 2015; Tildelingsenheten 2015).

Det er også et samarbeid med Tildelingsenheten i forbindelse med prosjektet kommunen jobber med om vedtaksskriving. Prosjektet har mandat fra Helse og sosials lederteam, med kommunaldirektør som øverste ansvarlig. Deltagere er blant annet avdelingsledere i Helsevern og leder for Tildelingsenheten. Prosjektet dreier seg om å ta rede på hvordan vedtaksmyndighet innenfor psykisk helse og rus på best mulig måte kan overføres til Tildelingsenheten, og våren 2015 har gruppen jobbet med å utarbeide en prosjektspesifikasjon (mandat) for arbeidet videre (Ullensaker kommune 2015; Tildelingsenheten 2015).

Samarbeid i praksis

Samarbeidet mellom de ulike avdelingene som jobber med brukere med psykiske helseplager og/eller rusavhengighet og Tildelingsenheten oppleves som godt ifølge lederne revisjonen har intervjuet. Dersom det er uenigheter finner man løsninger sammen. Det oppgis at saksbehandlerne i Tildelingsenheten holder et høyt faglig nivå, noe som man vet ikke er en selvfølge om man ser til andre kommuner. Dette settes det stor pris på da dette underletter for et godt samarbeid. Tildelingsenheten jobber ut ifra et rettighetsperspektiv mens avdelingene som yter tjenestene, ivaretar det faglige. Opplevelsen er at man utfyller hverandre og at dette er en god kombinasjon (Tildelingsenheten 2015; Helsevern 2015; enhetsleder Helsevern 2015; Pro Jessheim Øst 2015).

I dag er det kun samarbeid mellom Tildelingsenheten og de to avdelingene Rus og avhengighet og Psykisk helsevern om de tyngre brukerne som skal tildeles omsorgsbolig¹⁰ eller kjøpsplass. Enheten fattet heller ikke tjenester for hjemmesykepleien, kun andre hjemmetjenester. Når det gjelder Miljøarbeidertjenesten og Blåveiskroken fattet Tjenestekontoret som nevnt over alle vedtak om tjenester.

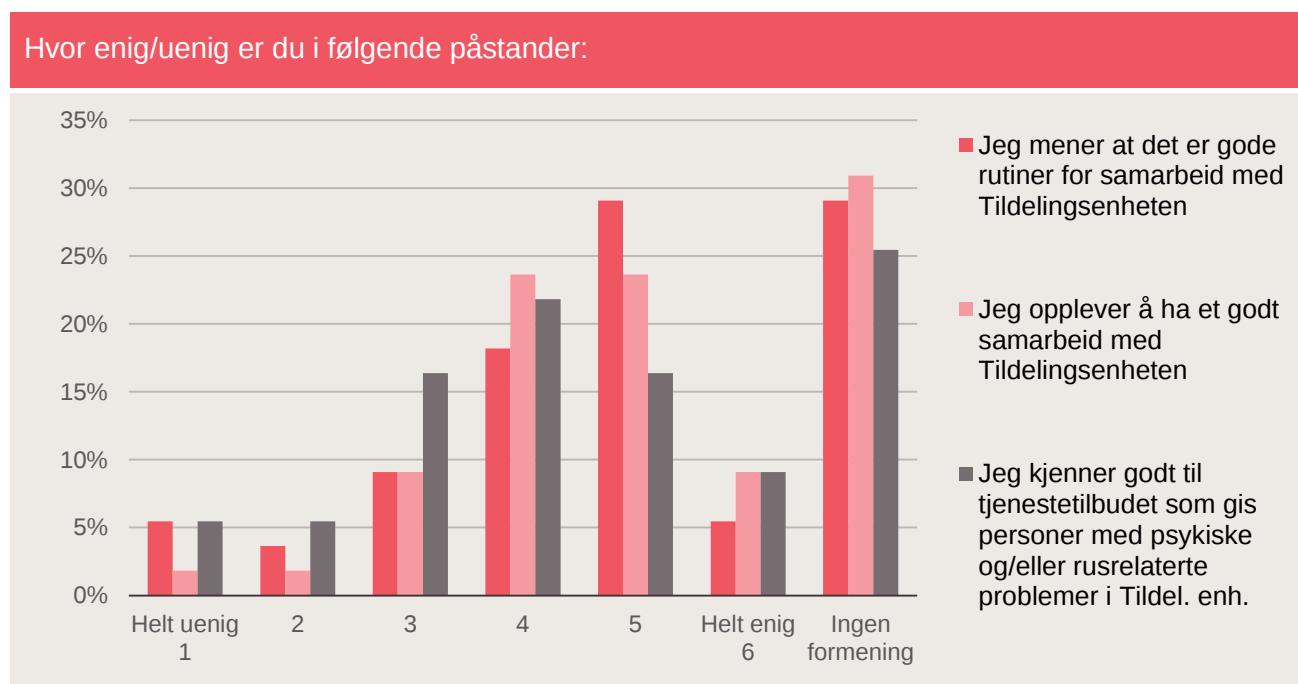
Som nevnt over har man satt ned en prosjektgruppe som jobber med vedtaksskriving, da planen er at det i fremtiden skal fattes vedtak også på de tjenestene det ikke fattes vedtak på i dag, og at alle vedtak skal fattes i Tildelingsenheten. For at denne overgangen til et nytt system i kommunen skal gå så bra som mulig, har arbeidsgrupper jobbet med hvordan endringene skal gjennomføres. Disse endringene er noe alle som revisjonen har intervjuet om dette, stiller seg positive til (Tildelingsenheten 2015; Helsevern 2015; enhetsleder Helsevern 2015). Enhetsleder for Tildelingsenheten trakk frem i intervju at de største utfordringene kan bli kartleggingsfasen, altså at

¹⁰ Tildelingsenheten tildeler bolig med tjenester og bolig til mennesker med funksjonsnedsettelser. Vanskeligstilte ellers, med økonomisk eller nedsatt boevne, tildeles bolig av NAV (Tildelingsenheten 2015).

Tildelingsenheten blir godt nok kjent med brukeren slik at de kan gjøre riktig vedtak. I tillegg vil ordningen kreve mer utstrakt samarbeid med avdelingene som utfører tjenestene.

Også blant de øvrige ansatte oppleves det å være et godt samarbeid med Tildelingsenheten, ifølge revisjonens spørreundersøkelse. En klar majoritet av de som har en formening om samarbeidet, er helt eller delvis enige i at det er et godt samarbeid med enheten, at det er gode rutiner for samarbeid, og at de kjenner til enhetens tjenester til den aktuelle brukergruppen.

Figur 6 Samarbeid med Tildelingsenheten



Kilde: RRI 2015, 23, 34, 45. N=55

5.3.3 Hjemmetjenesten

Rutiner for samarbeid

Saksbehandlerne i Tildelingsenheten og avdelingslederne for hjemmetjenesten møtes hver uke. Som nevnt over tildeler Tildelingsenheten kun hjemmetjenester, ikke tjenester for hjemmesykepleie (Tildelingsenheten 2015).

Når det gjelder Rus og avhengighet er det fast samarbeid med Hjemmetjenesten i forbindelse med LAR-pasienter. Utenom dette tar man kontakt med hverandre ved behov. Også leder for Psykisk helsevern oppgir at det er samarbeid i enkeltsaker og at man drøfter saker ved behov (Helsevern 2015).

Samarbeid i praksis

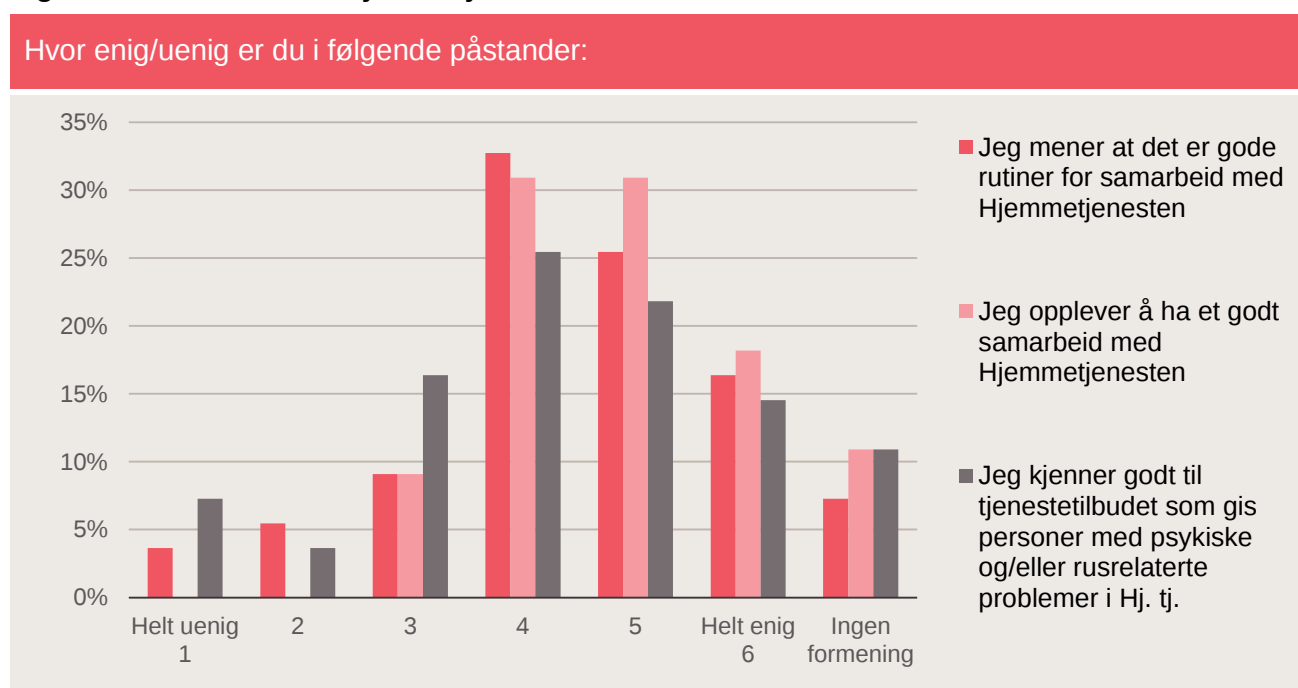
Ifølge enhetsleder for Helsevern er det godt avklart hva som er Hjemmetjenestens oppgaver og hva som er avdelingene i Helseverns oppgaver. For eksempel stiller ikke de ansatte i avdelingene så

eller vasker leilighet, men utlevering av medisiner kan både avdelingene i Helsevern og Hjemmetjenesten gjøre. Det er i følge enhetsleder få utfordringer i samarbeidet. En utfordring kan være brukere med adferd som Hjemmetjenesten opplever som vanskelig. Når dette forekommer setter man seg ned sammen og lager en plan for hvordan man skal organisere arbeidet om brukeren på best mulig måte. Samarbeidet pleier å ordne seg fint mellom Helsevern og Hjemmetjenesten.

Generelt opplever enhetsleder for Helsevern en positiv utvikling der det er «større vilje til å dele på ansvar og oppgaver nå enn tidligere». Dermed blir arbeidet mer effektivt enn om alle skal gjøre alt. Fokus ligger på at kommunen sammen skal yte gode tjenester til brukeren, i stedet for å tenke på hva slags diagnose en bruker har og hvem som derfor har ansvaret for å yte brukeren tjenester.

Resultatene fra spørreundersøkelsen korresponderer i stor grad med funnene i intervjuene. Det vil si, en stor majoritet er delvis eller helt enige i at det er et godt samarbeid med Hjemmetjenesten, at det er gode rutiner for samarbeid, og at de kjenner godt til tjenestetilbudet Hjemmetjenesten har til den aktuelle brukergruppen. Mange har riktignok valgt svaralternativ fire eller fem, og ikke seks som er «helt enig», noe som kan tyde på at det kanskje oppleves å være noen flere utfordringer i samarbeidet blant de ansatte enn blant ledere.

Figur 7 Samarbeid med Hjemmetjenesten



Kilde: RRI 2015, 22, 33, 44. N=55

5.3.4 Kommuneoverlegen

Rutiner for samarbeid

I Ullensaker kommune er det et fast Legevaktråd. Her deltar kommuneoverlege fra Ullensaker og kommuneoverlegene fra samarbeidskommunene, tillitsvalgt for fastlegene, en medisinsk faglig lege, enhetsleder for Helsevern, samt avdelingsleder og en representant fra Legevakttjenesten. Rådet møtes en gang i måneden og løser ulike problemer og tar opp aktuelle temaer. Det kan blant annet dreie seg om økonomi, prosedyrer og utfordringer opp mot spesialisthelsetjenesten (Helsevern 2015).

Utover dette oppgir flere av de intervjuede at de tar kontakt med kommuneoverlegen ved behov (Pro Jessheim øst 2015; Tildelingsenheten; Helsevern 2015).

Samarbeid i praksis

Samarbeidet med kommuneoverlegen blir av dem revisjonen har intervjuet om dette, beskrevet som godt. De intervjuede på Pro Jessheim Øst har i intervju trukket frem at kommuneoverlegen har vært en god rådgiver ved spørsmål om samtykkekompetanse, samt en god samtalepartner for sykehjemslegen. Den har nylig blitt tilsatt en ny kommuneoverlege, og de intervjuede håper det gode samarbeidet vil fortsette også med den nye kommuneoverlegen i kommunen (Tildelingsenheten 2015; Jessheim Pro Øst 2015; Helsevern 2015).

5.3.5 Alderspsykiatrisk institusjon (Blåveiskroken)

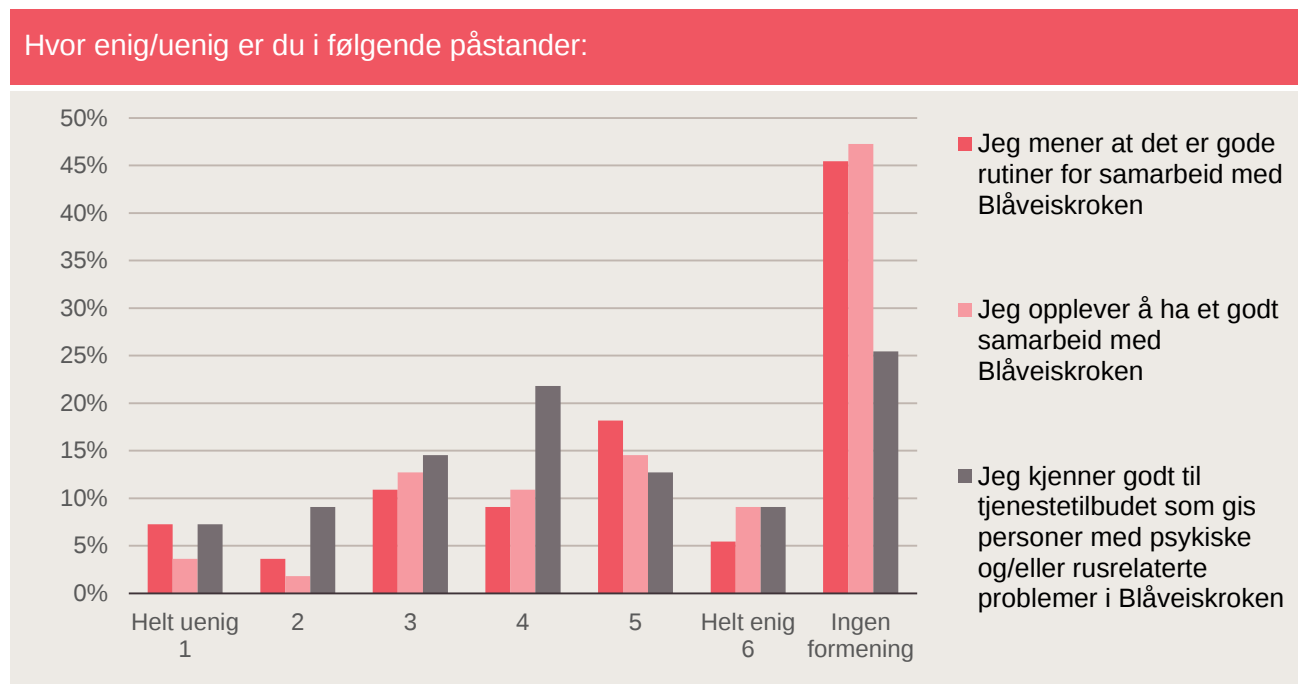
Rutiner for samarbeid

Det er lite kontakt eller samarbeid mellom Blåveiskroken og avdelingene i Helsevern. Årsaken til dette oppgis i intervju å være at brukerne i Blåveiskroken får alle behov dekket i institusjonen. Lederne i Pro Jessheim Øst nevnte i intervju at noen av brukerne på korttidsplasser har hatt oppfølging av Rus og avhengighet, samt at de har samarbeid om den enkelte bruker med Legevakttjenesten når det skjer akutte ting i Blåveiskroken og man ikke har lege til stede selv. Leder i Psykisk helsevern oppgir at de har noen brukere fra Blåveiskroken som også får oppfølging fra Psykisk helsevern (Pro Jessheim Øst 2015; Helsevern 2015; enhetsleder Helsevern 2015).

Samarbeid i praksis

Lederne som ble intervjuet i Pro Jessheim Øst oppgir at det samarbeidet man har med de nevnte avdelingene i Helsevern fungerer godt på brukernivå, men at man nok kunne hatt ett tettere samarbeid på overordnet nivå.

Revisjonens spørreundersøkelse tyder på det samme som lederne for de ulike tjenestene har oppgitt i intervju, nemlig at det er lite samarbeid mellom Blåveiskroken og de øvrige avdelingene som jobber med den aktuelle brukergruppen. Nærmere 50 prosent oppgir at de ikke har noen formening om det er godt samarbeid med avdelingen, og om det er gode rutiner for samarbeid. En majoritet av de som har en formening om samarbeidet med og tjenestetilbudet til Blåveiskroken, er delvis eller helt enige i påstandene om godt samarbeid, gode rutiner for samarbeid og kjennskap til tjenestetilbudet.

Figur 8 Samarbeid med Alderspsykiatrisk institusjon (Blåveiskroken)

Kilde: RRI 2015, 21, 32, 43. N=55

5.3.6 Miljøarbeidertjenesten

Rutiner for samarbeid

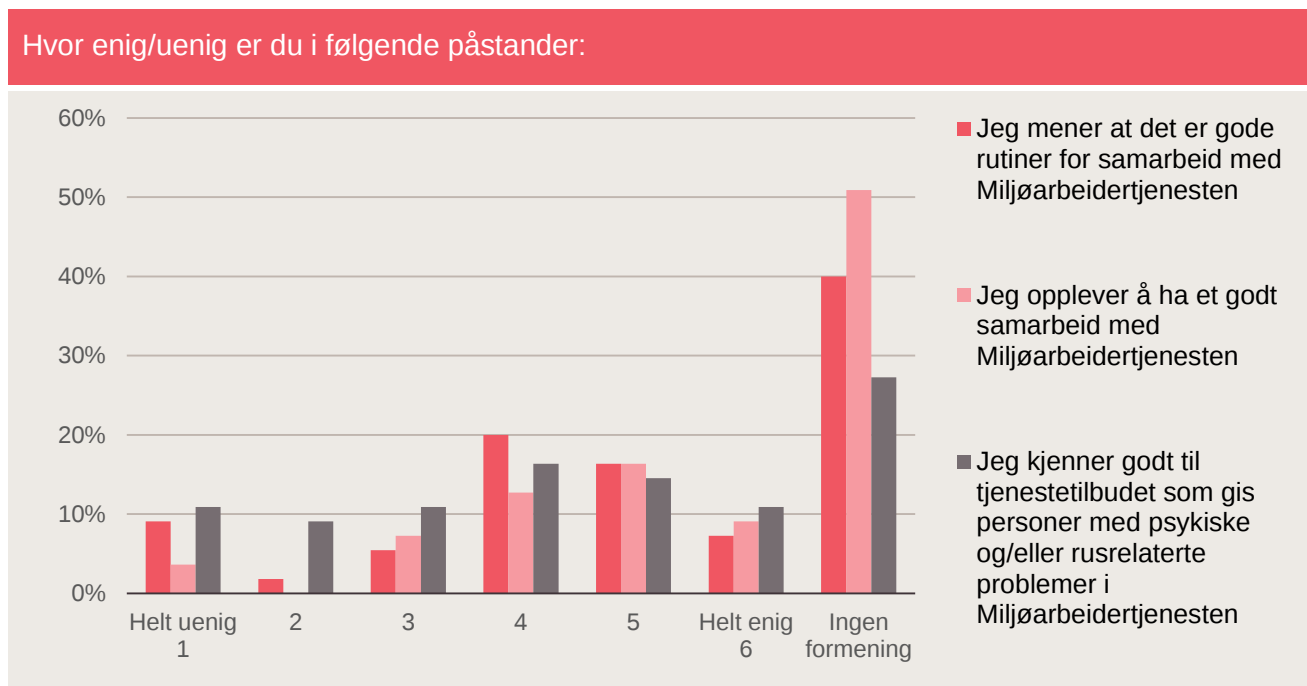
Mellom Miljøarbeidertjenesten og avdelingene i enhet Helsevern, nærmere bestemt Rus og avhengighet og Psykisk helsevern, har man jevnlig samarbeidsgruppemøter i forbindelse med enkelte felles brukere. I tillegg har man mye kontakt per telefon. Dersom det oppstår uavklarte situasjoner, for eksempel i forbindelse med komplekse brukere, har man skriftliggjorte retningslinjer om at man skal sette seg ned og finne løsninger sammen (Pro Jessheim Øst 2015).

Det er lite kontakt og samarbeid mellom Miljøarbeidertjenesten og de to siste avdelingene i Helsevern, altså Legevaktjenesten og Fengselshelsetjenesten (ibid).

Samarbeid i praksis

Enhetsleder i Helsevern har i intervju med revisjonen oppgitt at enheten opplever et godt samarbeid med Miljøarbeidertjenesten. Også avdelingsleder for Miljøarbeidertjenesten opplever samarbeidet mellom tjenestene som godt. Det har også blitt oppgitt at det er et velfungerende samarbeid på avdelingsleder- og enhetsledernivå.

Da de ansatte ble spurt om samarbeidet med Miljøarbeidertjenesten, gjennom revisjonens spørreundersøkelse, var det mange, som i likhet med spørsmålene om Blåveiskroken, ikke hadde noen formening om påstandene. Samtidig er det her fler som er helt eller delvis enige i at det er et godt samarbeid og gode rutiner for samarbeid med Miljøarbeidertjenesten, enn det var for tilsvarende påstander for Blåveiskroken.

Figur 9 Samarbeid med Miljøarbeidertjenesten

Kilde: RRI 2015, 20, 31, 42. N=55

5.3.7 Barnevernet

Rutiner for samarbeid

Rus og avhengighet har to ungdomskonsulenter som jobber opp mot ungdommer og som samarbeider med barnevernet i kommunen. Avdelingen er også med på å gi føringer i forbindelse med hva slags opplegg som skal tilbys unge rusmisbrukere. Det er et ad hoc-preget samarbeid der man gir hverandre informasjon når det er behov for det, i tillegg til at man hjelper hverandre med konkrete utfordringer. I tillegg har man også startet med felles møtepunkter av faglig karakter mellom barnevernet og Rus og avhengighet to ganger i året. Der møtes man for å ta opp aktuelle case og diskutere løsninger (Helsevern 2015).

Det oppgis ellers av de andre tjenestene at man samarbeider fra sak til sak. Pro Jessheim Øst samarbeider med barnevernet når bruker er i overgangen mellom 17 og 18 år, men oppgir at dette dreier seg om få tilfeller. Psykisk helsevern samarbeider med tjenesten når de har brukere hvor barnevernet er inne. Man melder også bekymringssaker til barnevernet (Tildelingsenheten 2015; Pro Jessheim Øst 2015; Helsevern 2015).

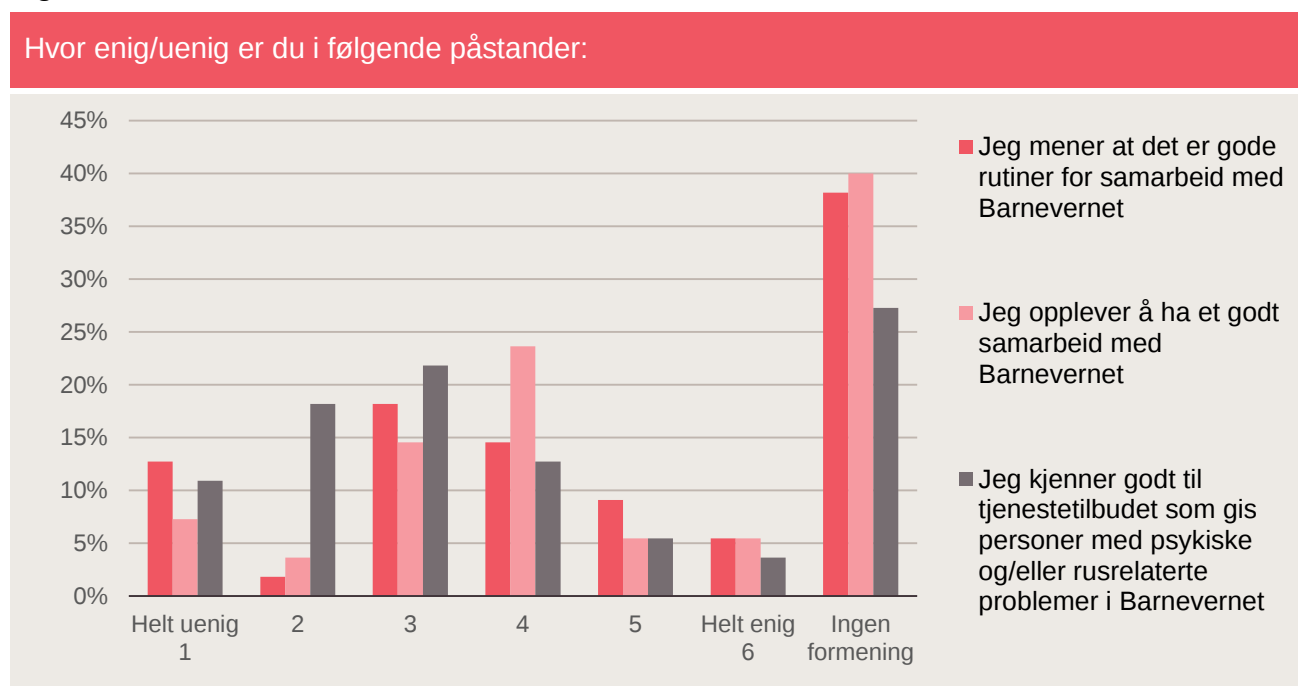
Samarbeid i praksis

Ledere i Rus og avhengighet og Psykisk helsevern har i intervju oppgitt at samarbeidet med barnevernet kan være utfordrende. For eksempel kan man ha ulike oppfatninger om foreldres omsorgsevne. Taushetsplikten kan også by på problemer da man ofte opplever å være avhengig av det barnevernet mener er taushetsbelagt informasjon for å kunne drive behandling på mest mulig hensiktsmessig måte (Helsevern 2015).

Fra Tildelingsenhetens side opplever man at det er «for løst» kun å samarbeide fra sak til sak. Ofte er det såkalte gråsonesaker som Tildelingsenheten og barnevernet skal samarbeide om og da dette er utfordrende saker, kan det være vanskelig å få til en felles forståelse av hvordan man skal gripe an saken. Det er en opplevelse av at barnevernet skyver ansvar bort fra seg i de tilfellene man skal løse saker rundt barn som har en diagnose. Leder for Tildelingsenheten mener man er for perifer for hverandre, men at dette kanskje kan bli bedre når enheten flytter inn i rådhuset (Tildelingsenheten 2015).

Inntrykket de intervjuede lederne ga, korresponderer med resultatene fra spørreundersøkelsen. Mange av de spurte samarbeider antagelig lite med barnevernet, noe man kan tenke seg i og med at mellom 35 og 40 prosent har svart ingen formening på påstandene om det er gode rutiner for samarbeid og om man opplever å ha et godt samarbeid. Kun mellom fem og ti prosent valgte svaralternativene fem og seks på hver av de samme påstandene, noe som tyder på at det er en del forbedringspotensial når det gjelder samarbeidet mellom tjenestene som jobber med den aktuelle brukergruppen.

Figur 10 Samarbeid med Barnevernet



Kilde: RRI 2015, 24, 35, 46. N=55

5.4 Samarbeid med fastlegene

Rutiner for samarbeid

Som nevnt under delkapitlet om kommuneoverlegen deltar fastlegene gjennom en tillitsvalgt i et tverrfaglig samarbeid i forbindelse med Legevaktrådet. Ellers har kommunen ved enhetsledere og andre aktuelle har faste møter med fastlegegruppa to ganger i året, som kommuneoverlegen kaller inn til. Utover dette oppgis fastlegene å være sentrale samarbeidspartnere for avdelingene i

Helsevern som jobber med den aktuelle brukergruppen. De inviteres derfor med på samarbeidsgruppemøter der man planlegger samarbeidet rundt den enkelte bruker (Tildelingsenheten 2015; Helsevern 2015).

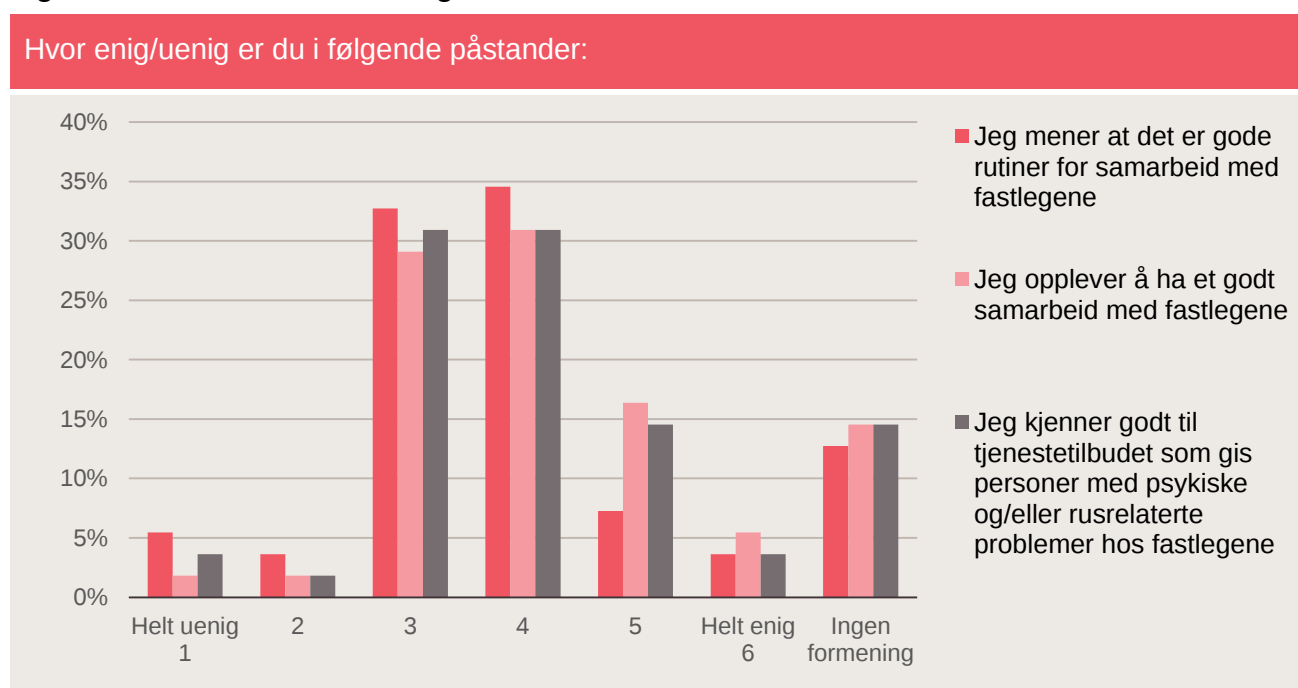
For Psykisk helseverns brukere har man valgt en ordning der fastlegene til den enkelte bruker henviser til avdelingens tjenester. Dette skal sikre en god link mellom fastlegene og kommunen, og underlette for videre samarbeid (enhetsleder Helsevern 2015).

Samarbeid i praksis

Samarbeidet med fastlegene fremstår av flere av de intervjuede som svært sentralt for å få til et godt samarbeid rundt den enkelte bruker. Men det er noen utfordringer. For det første oppleves det som varierende hvor engasjerte de er i brukerne, kanskje spesielt når det gjelder brukere med rusmiddelavhengighet. For det andre er det flere av de intervjuede som opplever flere av fastlegene som lite tilgjengelige og vanskelige å få tak i når man har behov for å få deres synspunkter på behandling osv. (Tildelingsenheten 2015; enhetsleder for Helsevern 2015; Helsevern 2015).

I revisjonens spørreundersøkelse ser vi at majoriteten av de ansatte har valgt svaralternativ tre og fire på de tre påstandene som handler om samarbeid, rutiner for samarbeid og kjennskap til tjenesten. Dette kan tolkes slik at det er et stort forbedringspotensial når det gjelder samarbeidet med fastlegene. Kun mellom fire og seks prosent har sagt seg helt enige i påstandene, noe som styrker dette inntrykket.

Figur 11 Samarbeid med fastlegene



Kilde: RRI 2015, 29, 40, 51. N=55

5.5 Samarbeid med politiet

Høsten 2013 ble det i Ullensaker kommune startet opp et samarbeid mellom politi, utekontakten og et team fra avdeling Rus og avhengighet. «Slik det er i kommunen i dag arbeider utekontakten forebyggende i aldersgruppen 12-18. Avdeling for rus- og avhengighet arbeider med unge voksne 18-25. Politiet har en ungdomspatrulje med fokus på forebyggende arbeid som favner aldersgruppen 12-25.» (Ullensaker kommune 2014a, 2). Deltagerne i prosjektet ønsket å intensivere arbeidet med disse ungdommene og unge voksne gjennom ungdomspatruljer, samarbeid rundt et hasjavvenningsprogram («Ut av tåka»), samt tett møtevirksomhet der man kan utveksle erfaringer og opplysninger (ibid).

For å øke og legge til rette for mer samarbeid mellom rusteamet og politiet fikk rusteamet høsten 2013 i forbindelse med dette prosjektet mulighet til å jobbe på kveldstid en gang i uken, dette skulle også bidra til muligheter for tettere oppfølging av klientene deres utenom vanlig arbeidstid (Ullensaker kommune 2014a, 3).

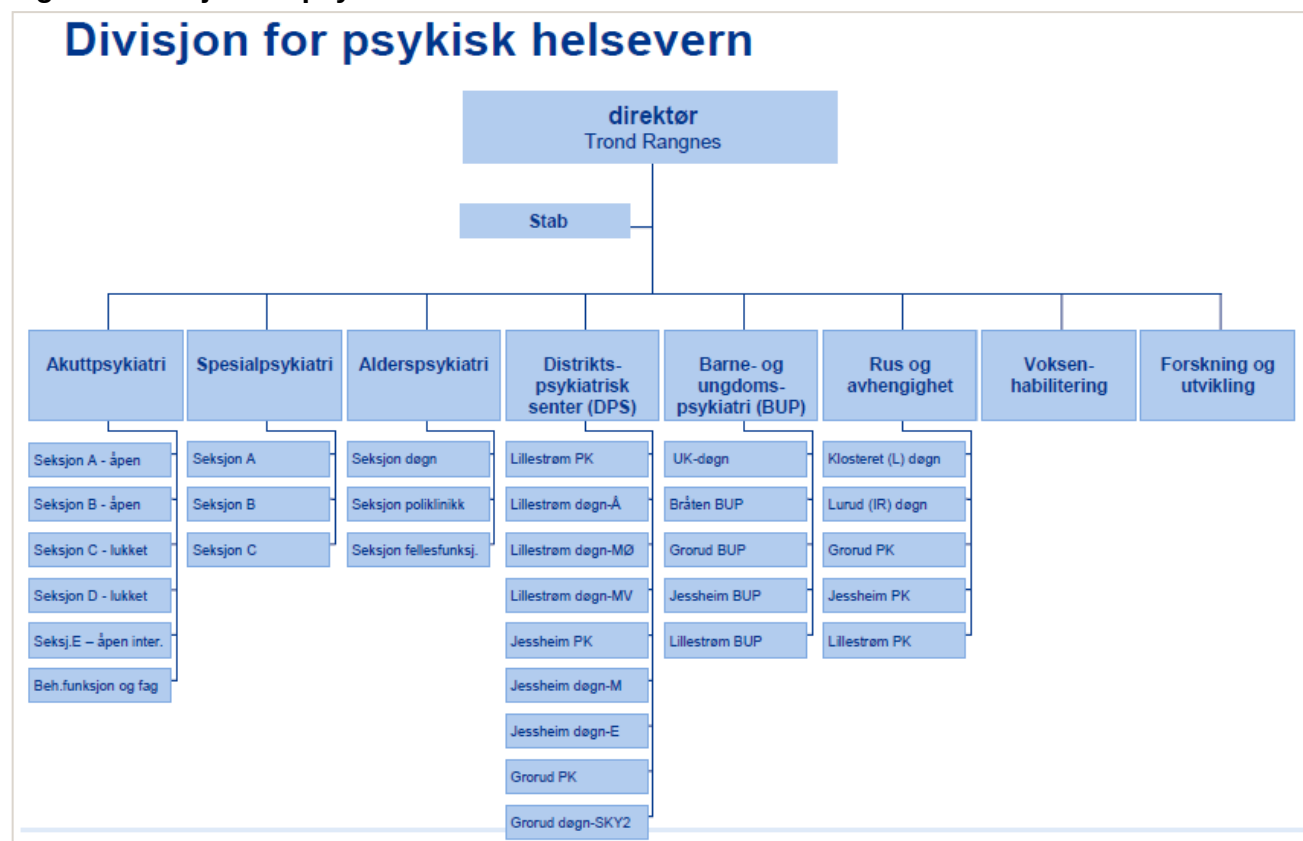
En evaluering som ble gjort av samarbeidet med politiet i forbindelse med dette prosjektet, viser at rusteamet er godt fornøyd med dette samarbeidet. «Samtlige klienter som politiet har satt i kontakt med rusteamet, er nå i avdelingen. Utrolig bra!» (Ullensaker kommune 2014b, 1).

5.6 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

5.6.1 Kommunens samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten

Kommunen samarbeider med flere ulike avdelinger på Ahus. Disse er samlet i Divisjon for psykisk helsevern. Under organisasjonskartet følger informasjon om de avdelingene som i intervju har kommet frem som de viktigste samarbeidspartnerne. Vi kommer nærmere tilbake til hvem som har rutine for å samarbeide med hvem under 5.6.2 (Andre rutiner for samarbeid).

Figur 12 Divisjon for psykisk helsevern



Kilde: Akershus universitetssykehus 2015a

Distriktspsykiatrisk senter (DPS) Øvre Romerike

DPS Øvre Romerike utreder og behandler personer med ulike typer psykiske lidelser som for eksempel angst, depresjon, fobier, spiseforstyrrelser, personlighets- og adferdsproblemer og psykoser. Senteret tilbyr både polikliniske tjenester, det vil si vurdering/behandling uten innleggelse, og døgn tjenester der man kan bli innlagt for behandling (Akershus universitetssykehus 2015a).

De polikliniske tjenestene består av Akutteamet, Allmennpoliklinikken, Team for tidlig intervensjon og rehabiliteringsteamet (TiRe), Rehabiliteringsteamet og Enhet for gruppeterapi (ibid). Akutteamet retter seg mot personer i akutt psykisk krise eller som er på vei inn i en slik situasjon. Teamet forsøker å finne alternative løsninger til innleggelse på sykehus (ibid).

Allmennpoliklinikken jobber i første rekke med å gi tilbud om undersøkelse og behandling til personer med psykiske plager, som hemmer en normal livsutfoldelse. Problemer med angst og depresjon er vanlige plager klinikken behandler. Andre sammensatte problemer er også vanlig. Behandlingen er som regel kortvarig og det forutsettes at avslutning av behandling og oppfølging skjer gjennom kommunale tjenester og fastlege i pasientens kommune (ibid).

TiRes tilbud retter seg mot personer med begynnende psykose. Ved å få raskt hjelp kan lidelsen hindres, mildnes eller forsinkes, og hjelp kan dermed bidra til en mindre alvorlig utvikling. Tilbudet er aktuelt for personer som har en kjent psykisk lidelse med lavt funksjonsnivå, og har behov for behandling over lengre tid (ibid).

Enhet for gruppeterapi tilbyr et intensivt behandlingsopplegg til personer som sliter med personlighetsproblematikk, for eksempel angst, depresjon og spiseforstyrrelser. Dette tilbudet kan benyttes dersom annen poliklinisk behandling ikke har vært tilstrekkelig eller man anser gruppeterapi å være den mest hensiktsmessige behandlingsmetoden (ibid).

Når det gjelder døgn tjenester har DPS Øvre Romerike en døgnavdeling som heter Myrvegen døgn. Dette er en sengepost med 18 plasser. Her benytter man seg av miljøterapi og kognitiv terapi som viktige behandlingsmetoder. Man driver også med utredning, individuelle samtaler og medikamentbehandling. Enheten har også en seng som er brukerstyrt¹¹ (ibid).

Rus og avhengighet (ARA)

Avdeling Rus og avhengighet er delt inn i fire poliklinikker ut ifra område. ARA Øvre Romerike poliklinikk ligger i Myrvegen på Jessheim og har som primæroppgave å utrede og diagnostisere, samt behandle, alvorlige rusproblemer i kombinasjon med psykiske lidelser som krever håndtering i spesialisthelsetjenesten. Klinikken tilbyr også hjelp til pasienter med patologisk spilleavhengighet. Behandlingen foregår blant annet gjennom ulike typer samtaler (Akershus universitetssykehus 2014a).

Avdelingen har også fire døgnseksjoner: ARA Klosteret døgn (Klosteret), ARA IR Døgn (IR), ARA Follo døgn (Follo døgn) og ARA Elvestad døgn (Elvestad døgn). Klosteret er et korttidstilbud til personer over 18 år med alkohol og/eller medikamentavhengighet. Her har man en avrusnings- og motivasjonsenhet. IR er et tilbud om avrusning og utredning i forbindelse med bruk av illegale rusmidler. Follo døgn har to enheter. Den ene tilbyr avgiftning fra alkohol, vanedannende medikamenter og illegale stoffer og den andre er en ROP-enhet som tilbyr behandling for personer med både psykisk lidelse og samtidig rusavhengighet. Elvestad døgn er et korttids døgnbehandlingstilbud for personer med alvorlige rusproblem (ibid).

Avdelingen har også et vurderingsteam som «[v]urderer og koordinerer henvisninger til døgnbehandling innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), korttid (3-6 mnd.) og langtid (6-12 mnd.). Vurderer og beslutter innskrivning og utskrivning av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for pasienter i Ahus sitt opptaksområde» (ibid).

Akuttpsykiatri

Avdelingen Akuttpsykiatri er et tilbud til voksne med behov for øyeblikkelig hjelp, som består av seks seksjoner: Mottak, Affektiv 1, Affektiv 2, Psykose 1, Psykose 2 og Psykose 3. Avdelingen er

¹¹ Bruker/pasient kan under gitte kriterier selv av denne plassen eller sengen når den er ledig.

lokalisert på Ahus og utreder og behandler pasienter gjennom observasjon, diagnostisering, miljøterapi, legemiddelbehandling, samtaleterapi, pårørendearbeid og rehabiliteringstiltak. Innleggelsestid varierer avhengig av pasientens behov for behandling og tilstand. Målgruppen er personer over 18 år med behov for øyeblikkelig psykiatrisk hjelp der det dreier seg om psykotiske tilstander som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse, eller tilstand preget av stor angst eller depresjon, der det er fare for at pasienten kan skade seg selv eller andre. Det dreier seg om akutte forvirringstilstander hvor avrusning ikke er en hovedsak (Akershus universitetssykehus 2015b).

5.6.2 Samarbeidsavtaler, nye retningslinjer og andre rutiner for samarbeid

Samarbeidsavtaler med Ahus

Samhandlingen mellom kommunen og Ahus er regulert i samhandlingsavtaler, både en overordnet samarbeidsavtale, en samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp og ni delavtaler. Avtalene gjelder både på områdene somatikk og psykisk helse (Akershus universitetssykehus 2015c). Under gjennomgår vi kort essensen i de viktigste avtalene med tanke på å kunne tilby brukere et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Revisjonen har bedt Ullensaker kommune om å få tilsendt kopier av samtlige avtaler og delavtaler, i underskrevet stand, og har fått tilsendt Overordnet samarbeidsavtale, Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp og samtlige ni delavtaler.

Overordnet samarbeidsavtale mellom Ullensaker og Ahus ble inngått i januar 2012.

Av avtalen fremgår at den skal

[...] sikre systematisk samarbeid mellom Ahus og kommunene om helhetlige, koordinerte og kvalitativt gode helsetjenester. Avtalen skal sikre en tydelig oppgave og funksjonsdeling mellom partene. [...] Samarbeidet skal bygge på likeverdighet mellom partene. Samarbeidsavtalen angir overordnende bestemmelser om samarbeidsformer, generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenesteområde mv. Partene skal i underliggende avtaler fastsette mer detaljerte bestemmelser, blant annet om pasientforløp, ansvars- og rollefordeling, betalingsansvar.

Akershus universitetssykehus 2015d:1

Også Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp ble inngått i januar 2012. Formålet med avtalen er å

(...) sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Akershus universitetssykehus 2015e:2

Avtalen regulerer blant annet:

- rutiner vedrørende henvisning og mottak (som øyeblikkelig innleggelse, ettersending av nødvendig informasjon, behandling av henvisning ved Ahus) (jf. punkt 2)
- rutiner og ansvarsfordeling vedrørende utredning og behandling (jf. punkt 3)
- rutiner for utskrivning (jf. punkt 4).
- ansvar knyttet til særlige forhold ved poliklinisk behandling og dagbehandling (jf. punkt 5).

Akershus universitetssykehus 2015e:4-11

Kommunen har også inngått blant andre Delavtale 2 – Samarbeidsavtale om koordinerte tjenester. Avtalen omfatter samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud med tanke på å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester, til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Av avtalen fremgår det at samarbeidet i stor grad omhandler pasienter/brukere som har rett til individuell plan, koordinator og tjenester fra koordinerende enhet.

Formålet med avtalen er å se til «at det til en hver tid eksisterer forpliktende samarbeidsrutiner og samarbeidsarenaer for å ivareta pasienter/brukere med behov for koordinerte tjenester, rehabilitering og læring og mestring (Akershus universitetssykehus 2015f:1)». Av avtalen fremgår videre at:

- Kommunen skal legge til rette for tverrfaglig samarbeid mellom fastlege og andre tjenesteytere i kommunen ved utforming av henvisninger
- Det skal tilbys en koordinator ved behov
- Ahus har ansvar for å sikre koordinering av tilbudet mellom ulike avdelinger/fagområder på Ahus og ev. koordinator ved behov.
- Partene plikter å ha rutiner for oppnevning og opplæring i koordinatorfunksjon
- Partene skal samarbeide om lærings- og mestringstilbud
- Partene skal sikre nødvendig informasjon til pasienter/brukere, pårørende og helsepersonell.
- Partene plikter å samarbeide ved utarbeidelse av pasientforløp, inngå individuelle avtaler når det er nødvendig og å utvikle/etablere nødvendige møteplasser

Akershus universitetssykehus 2015f:2-3

Protokoll fra kommunestyremøte som ble holdt den 2.1.12 viser at kommunestyret enstemmig har vedtatt å gi sin tilslutning til Overordnet samarbeidsavtale og Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp. Resterende delavtaler ble inngått av rådmannen i september 2012.

Nye retningslinjer for samarbeid

Det er også inngått retningslinjer for samarbeid mellom kommunene på Øvre Romerike DPS/ARA Øvre Romerike og sykehusavdelingene i Divisjon psykisk helsevern Ahus på området psykisk helse og rus. Retningslinjene ble vedtatt i Helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (SU) i desember 2014 (Akershus universitetssykehus 2014b).

Formålet med retningslinjene er «å forplikte partene i samarbeidet om pasienter/brukere innen psykisk helse og rusfeltet (Akershus universitetssykehus 2014b:2)». Dermed vil man sørge for

- en helhetlig tverretattlig og tverrfaglig tjeneste til pasienter og pårørende med behov for sammensatte tjenester
- et best mulig samarbeid om utvikling av tjenestene

Akershus universitetssykehus 2014b:2

Etter hva revisjonen forstår er avtalen dels en forsterkning/formalisering av allerede eksisterende samarbeidsformer, dels innebærer avtalen en etablering av nye samarbeidsfora. Avtalen omfatter samarbeid både på overordnet ledernivå og klinisk nivå.

Under følger en kort gjennomgang av de ulike forumene, mandat og deltagere slik det beskrives i retningslinjene.

Ledersamarbeidsforum (LSF)

Mandatet er blant annet å fremme, utvikle og forplikte samhandlingen i tråd med formålet med avtalen, å drøfte løsninger rundt pasientflyt på et generelt grunnlag, samt orientere om og drøfte saker vedrørende utviklingen av tjenestene innenfor psykisk helse og rusavhengighet og eventuelt fremme forslag om felles tjenestetilbud. Man skal også bestrebe å drøfte eventuelle endringer i tjenestene som er av betydning for samarbeidet før vedtak. Deltagere i forumet er ledere med beslutningsmyndighet for de aktuelle tjenestene i kommunene, DPS, ARA og sykehusavdelingene. Kommuneoverlegene deltar etter behov og brukerorganisasjoner inviteres til å delta. Møtene skal arrangeres minst tre ganger i året. Alle parter har ansvar for å fremme saker til dagsorden, DPS/ARA innkaller, leder og skriver referat fra møtene (Akershus universitetssykehus 2014b:2-3).

Klinisk samarbeidsforum (KSF)

Dette er et forum som har sin funksjon når det ordinære samarbeidet med utgangspunkt i IP, ansvarsgruppemøter og instansmøter (møter uten pasient og pårørende til stede) over tid ikke er tilstrekkelig. Mandatet er å drøfte og finne løsninger i konkrete sammensatte klientsaker. Målet er at man skal komme frem til en omforent forståelse av brukers behov, avklare ansvar og fordele oppgaver. Aktuelle deltagere i dette forumet er ledere med beslutningsmyndighet for tjenestene i kommunene og i Ahus og den aktuelle saken samt de som er involvert i behandlingen av pasienten. Ved behov kan også kommuneoverleger og representanter fra andre tjenesteytere som f.eks. hjemmetjenesten eller NAV også innkalles. Møtene arrangeres hver sjette uke (Akershus universitetssykehus 2014b:3-4).

LAR-møte

ARA og kommunene er forpliktet til å ha faste LAR-møter. Mandatet er oppfølging av pasientene i LAR/forløpet/behandlingen. Deltagere er ruskonsulenter og representanter fra ARA poliklinikk. (Akershus universitetssykehus 2014b:4).

ARA dialogmøte

Dette er et møte hvor ARA informerer om sin virksomhet og hvor det legges om til kunnskaps- og erfaringsutveksling mellom partene og andre inviterte (Akershus universitetssykehus 2014b:4).

Retningslinjene legger opp til at det skal være lav terskel for å ta kontakt mellom behandlerne i første- og andre-linjetjenestene. Det fremgår at hovedregelen for kontakt mellom tjenestene for pasienter innlagt på sengeavdeling i Ahus og kommunen er bruk av PLO-meldinger. Kommunene og Ahus skal i følge retningslinjen besvare hendelser innen neste virkedag. Ahus og kommunene skal kunne møte på ansvarsgruppe-/instansmøter innen 14 dager (Akershus universitetssykehus 2014b:5).

Kommunen og spesialisthelsetjenesten – hvem samarbeider med hvem?

De forskjellige tjenestene i kommunen har rutine for å samarbeide med ulike avdelinger innenfor spesialisthelsetjenesten. Rus og avhengighet samarbeider med ARA, DPS og noe med Akuttavdelingen (man følger med på PLO-meldinger i COSDOC), i tillegg til en rekke andre institusjoner utenfor Ahus. I tillegg treffes man om LAR-klienter to ganger i året og har et dialogmøte med Ahus en gang i året. Avdelingsleder sitter også i et arbeidsutvalg som treffes noen ganger i året og som jobber med å lage seminarer om rus og avhengighet for kommunene på øvre og nedre Romerike. Her er både ARA Øvre Romerike, Seksjon IR, Fylkesmannen, Korus Øst og Fet kommune representert (Helsevern 2015).

I Psykisk helsevern samarbeider man mest med DPS, men også med Akuttavdelingen på Ahus gjennom kommunikasjon via PLO-meldinger. Både Rus og avhengighet og Psykisk helsevern har faste møtepunkter med spesialisthelsetjenesten, i forbindelse med Klinisk samarbeidsforum, som skal holdes hver sjette uke. Ellers treffes kommunen og DPS og ARA i samarbeidsgruppemøter, noe man har lite av med Akuttavdelingen. Også Legevaktjenesten samarbeider mest med DPS og Akuttavdelingen og lite med ARA, men Legevaktjenesten har ingen faste møtepunkter med spesialisthelsetjenesten (Helsevern 2015; enhetsleder for Helsevern 2015).

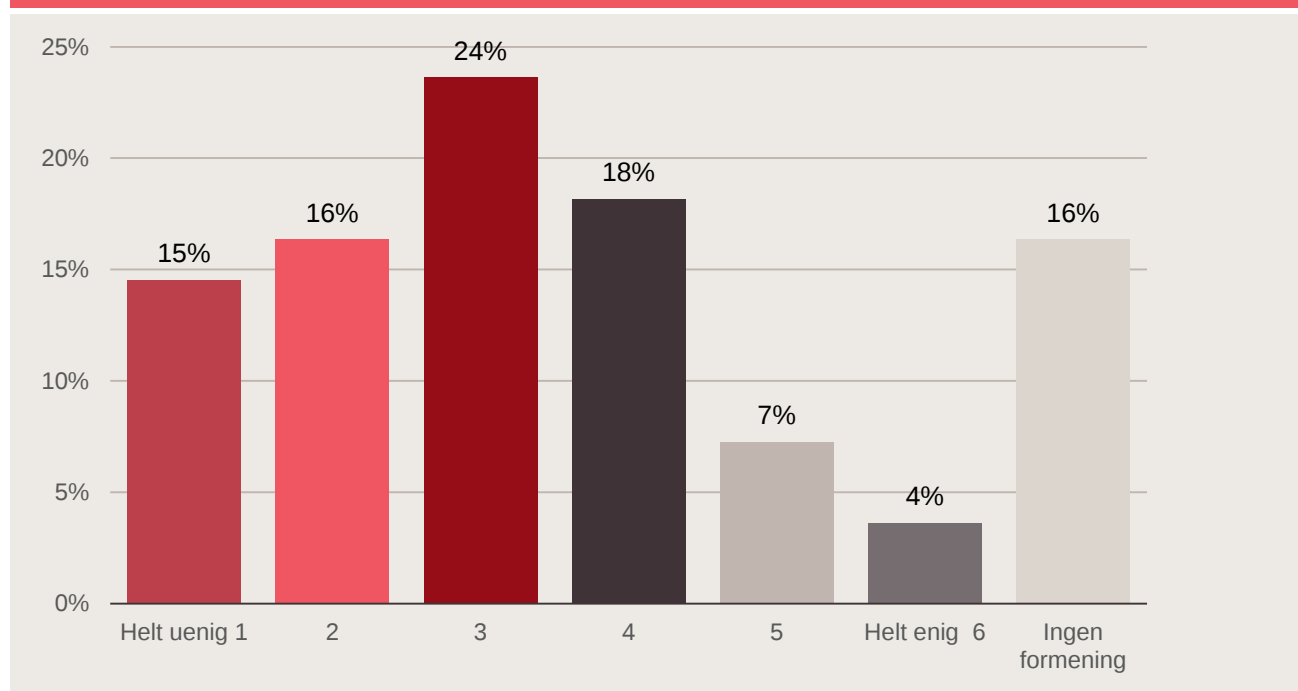
5.6.3 Samarbeid i praksis

Rutinene i praksis

I revisjonens spørreundersøkelse ble respondentene bedt om å si seg enig/uenig i en påstand om at det er gode rutiner for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Som vist i grafen under er det mange som er helt eller delvis uenige i denne påstanden. Kun fire prosent av respondentene er helt enige.

Figur 13 Rutiner for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (1)

Hvor enig/uenig er du i følgende påstand: Jeg opplever at det er gode rutiner for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

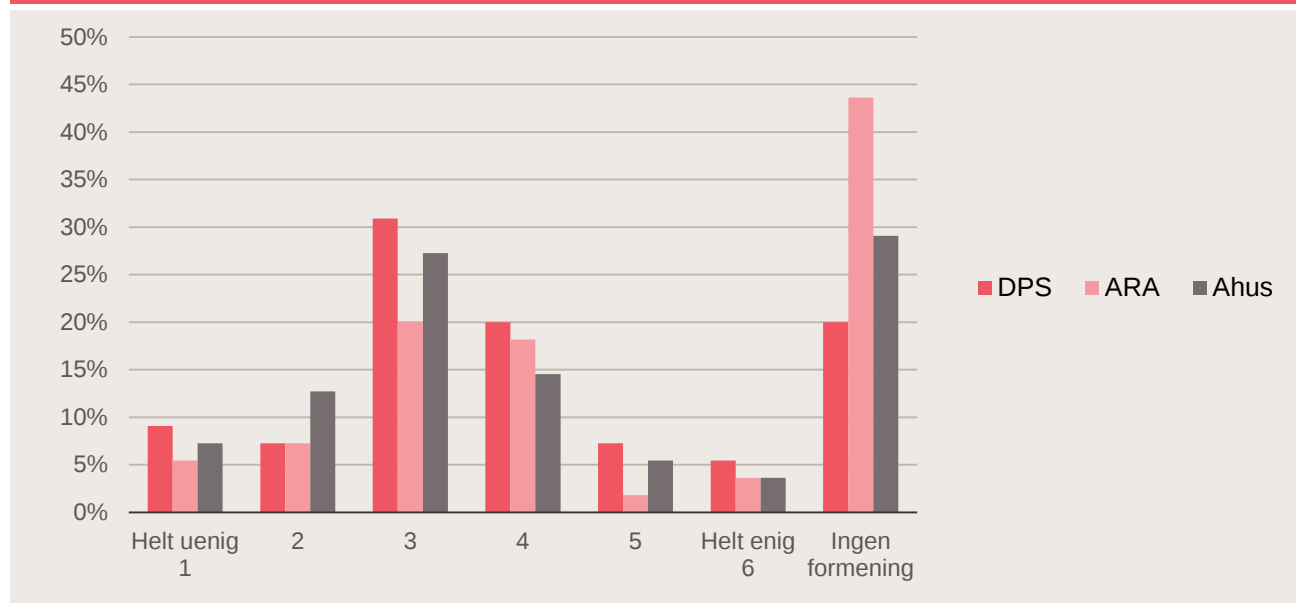


Kilde: RRI 2015, 18. N=55

Når det gjelder samarbeidet med DPS, ARA og akuttavdelingen på Ahus er mønsteret lignende det vi ser i grafen rett over.

Figur 14 Rutiner for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (2)

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander: Jeg mener det er gode rutiner for samarbeid med

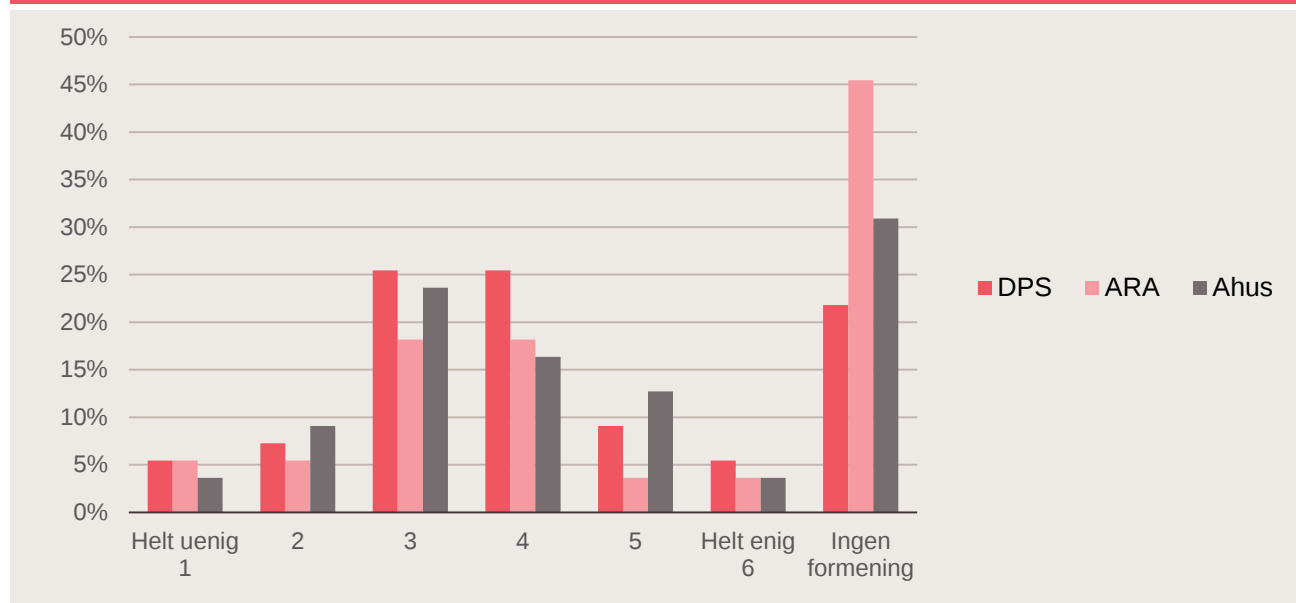


Kilde: RRI 2015, 26-28. N=55

Samme mønster i resultatene fikk vi da vi spurte om respondentenes opplevelse av samarbeidet med de ulike aktørene i spesialisthelsetjenesten. Vi ser også av grafene at det er en relativt høy svarprosent som svarer ingen formening i disse tre grafene. Årsaken til dette er antagelig at ulike respondenter forholder seg til ulike deler av spesialisthelsetjenesten ut ifra hvilken type tjeneste de selv jobber med i kommunen.

Figur 15 Opplevelse av samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander: Jeg opplever å ha et godt samarbeid med



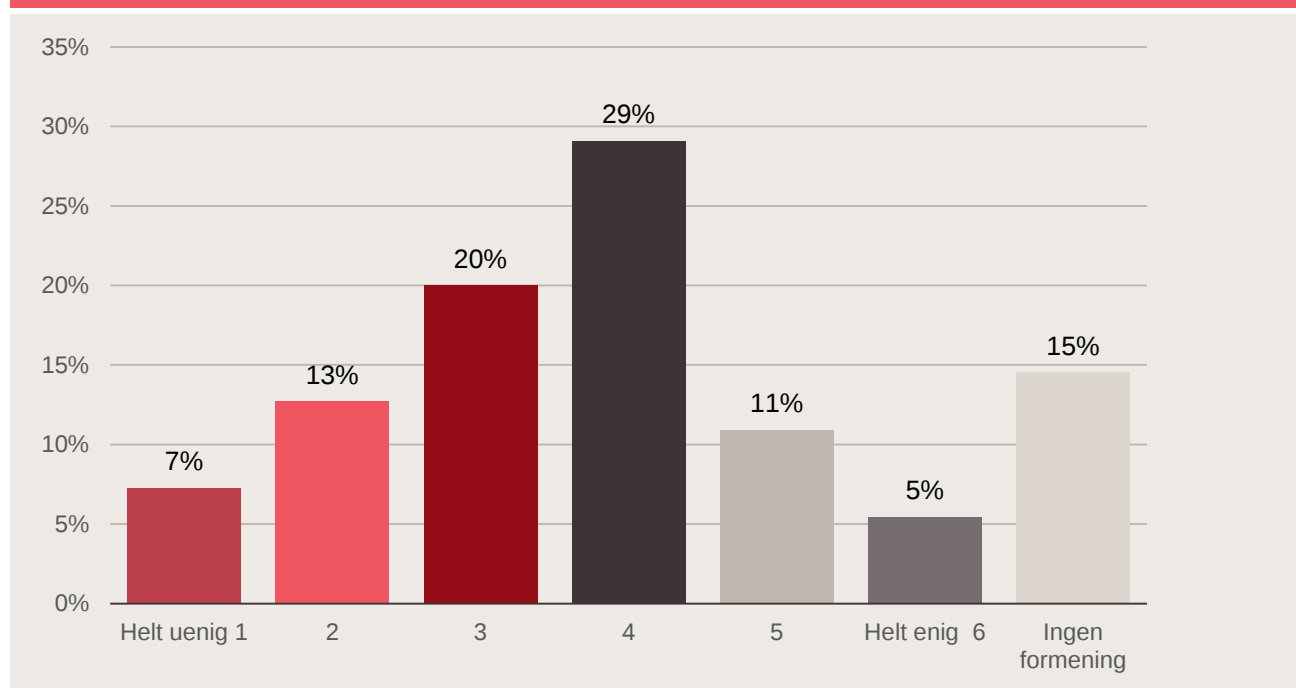
Kilde: RRI 2015, 37-39. N=55

Kommunikasjon

Den samme tendensen fant vi da vi fremsatte en påstand om at det er god kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten når det trengs. 40 prosent var her uenige, mens 45 prosent var enige (resten valgte svaralternativet «Ingen formening»). Dette forteller oss at meningene er delte når det gjelder hvor god kommunikasjonen kommunen har med spesialisthelsetjenesten.

Figur 16 Kommunikasjon mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Hvor enig/uenig er du i følgende påstand: Jeg opplever å ha god kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten når det trengs.



Kilde: RRI 2015, 14. N=55

Det kom også frem under intervjuene revisjonen gjennomførte at det kan være noen utfordringer i kommunikasjonen med Akuttavdelingen ved Ahus. Flere oppgir blant annet at de kan bli møtt på en lite hyggelig måte, samt at de som jobber på akuttavdelingene kan gjøre veldig kjappe og bastante vurderinger som ikke er i tråd med det de som jobber tettest på brukeren i kommunen, anser for å være riktig. Det oppgis at det er et forbedringspotensial for Akuttavdelingen når det gjelder å innhente informasjon om pasientene for å unngå at de gjør vurderinger på feil grunnlag. Opplevelsen er at Akuttavdelingen vil ta imot færrest mulig pasienter til tross for at man fra kommunens side opplever pasientene som svært syke (Helsevern 2015; Pro Jessheim Øst 2015).

Kommunen ser seg ofte nødt til å hjelpe brukeren med å klage til Fylkesmannen på vedtak spesialisthelsetjenesten gjør som de mener ikke er riktige for bruker. Dette har ikke vært så positivt for samarbeidet fordi spesialisthelsetjenesten ikke har gode rutiner for å behandle klager, i tillegg til at klagesakene kan bli opplevd som personlige fra spesialisthelsetjenestens side (Helsevern 2015; enhetsleder Helsevern 2015).

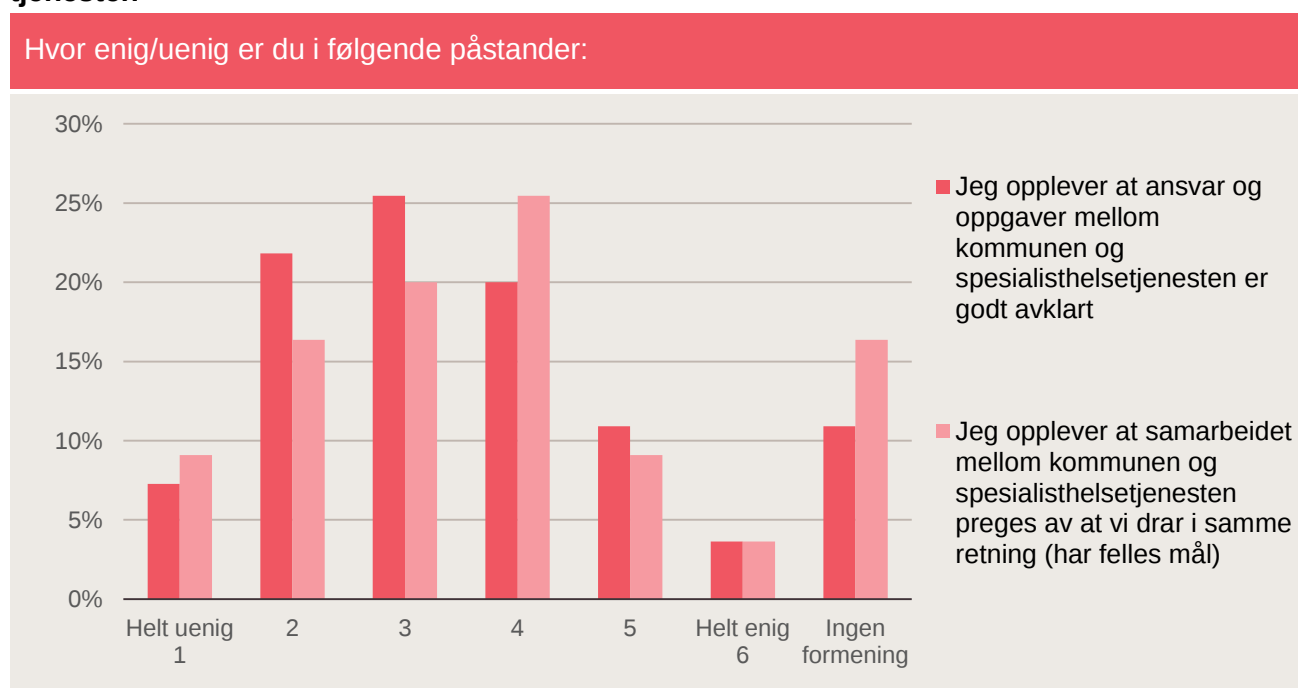
Velfungerende samarbeid?

Flere av de intervjuede oppgir at det har vært stor turnover i DPS og ARA på øvre Romerike, ARA preges også av å være underbemannet. Dette fører til liten kontinuitet, noe som kan være spesielt utfordrende for den aktuelle brukergruppen (Helsevern 2015; enhetsleder Helsevern 2015).

Videre oppgir flere at spesialisthelsetjenesten er lite oppsøkende, mobile og fleksible. Det oppleves som et problem at de ikke vil dra ut til brukerne/pasientene. Ofte faller det til de kommunalt ansatte å følge brukere til avtaler, for dersom de ikke dukker opp til avtalt tid, så mister de tilbudet sitt i spesialisthelsetjenesten. Når dette skjer faller det i stedet på kommunen å forsøke å gi et tilbud til brukeren, for behovet er fortsatt der. Et annet eksempel på lite fleksibilitet er at DPS ikke tar imot pasienter etter klokken 14.00, dersom brukere har behov for deres hjelp etter dette må andre etater i kommunen stille opp. Fra kommunens side opplever man at tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten er for snever, med for korte åpningstider (Helsevern 2015; enhetsleder Helsevern 2015; Pro Jessheim Øst 2015). Man «[h]ar et døgntilbud for det meste annet, men det er ikke et like godt tilbud for folk med rus og psykiatriproblemer» (Pro Jessheim Øst 2015).

I revisjonens spørreundersøkelse ba vi de ansatte i kommunen som jobber med den aktuelle brukergruppen, å ta stilling til to påstander. Den første handler om ansvar og oppgaver mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er avklart. Den andre handler om samarbeidet mellom de to aktørene preges av at man drar i samme retning. Som man ser av grafen under følger mønsteret i svarene på de to påstandene hverandre. Vi ser også at en majoritet av de som har svart, er delvis eller helt uenige i påstandene. Under fem prosent er helt enige i påstandene.

Figur 17 Ansvar, oppgaver og mål - samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten



Kilde: RRI 2015, 13, 17. N=55

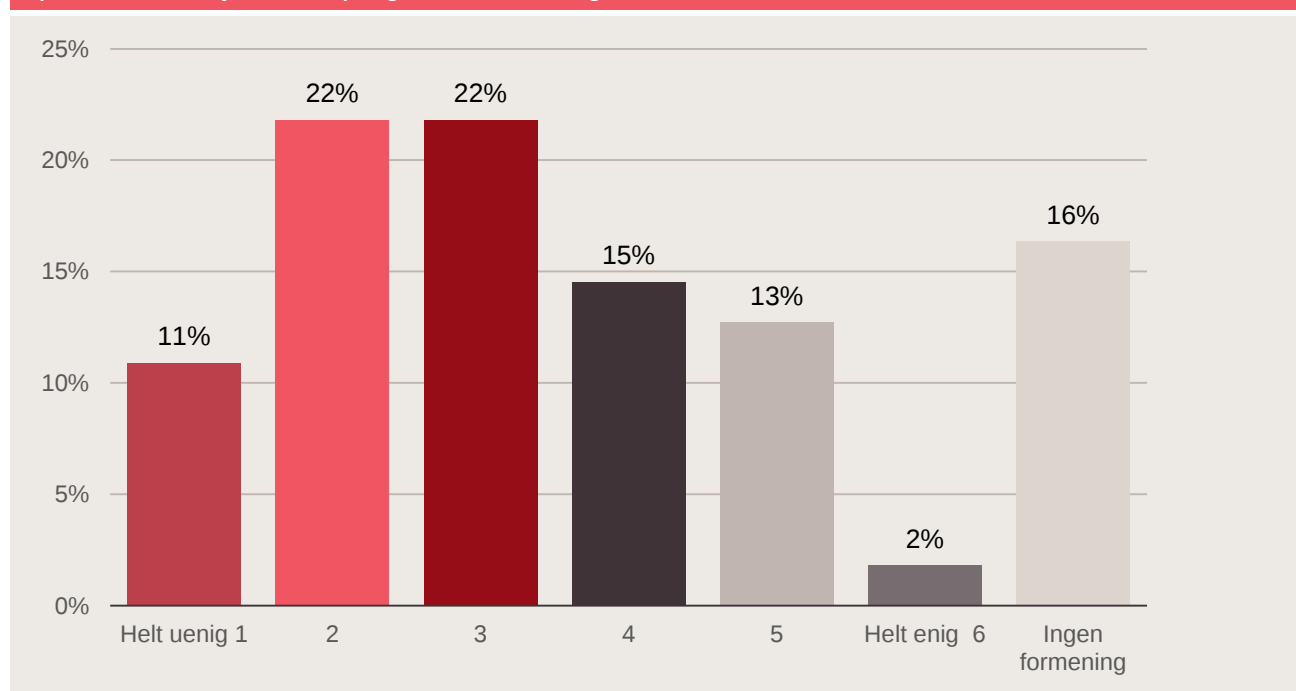
Da revisjonen intervjuet lederne i kommunen om samarbeidet med spesialisttjenesten, ble det trukket frem av flere at spesialisthelsetjenesten ikke behandler kommunen som likeverdige i arbeidet med brukerne. Kommunalt ansatte kan oppleve bare å få informasjon uten at spesialisthelsetjenesten er interessert i å høre på hva de har å si (Helsevern 2015; enhetsleder

Helsevern 2015; Pro Jessheim Øst 2015). Det har også skjedd at ledelsen på Ahus uten å diskutere dette med kommunene bestemte seg for å endre på kriteriene for samarbeidet, noe flere rådmenn måtte gå sammen om for å få stoppet. «Problemet er at de ser på seg selv som så suverene at de kan tillate seg den slags» (Tildelingsenheten 2015).

Også blant de ansatte ser det ut til at mange opplever at det er manglende likeverdighet i samarbeidet. Over halvparten av respondentene er helt eller delvis uenige i påstanden om at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten preges av likeverdighet. Kun to prosent sa seg helt enige i påstanden.

Figur 18 Likeverdighet i samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Hvor enig/uenig er du i følgende påstand: Jeg opplever at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten preges av likeverdighet.



Kilde: RRI 2015, 16. N=55

Revisjonen har i intervju spurt hva som skal til for å forbedre samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Blant annet ble det da trukket frem at hospiteringsordningen bør brukes flittigere, og ikke bare av sykepleiere og miljøterapeuter, men også av psykologer og leger som bruker den lite i dag. Dette er en fin måte å få forståelse for hverandres arbeidsmetoder og utfordringer. Videre ble det nevnt at kommunen må forsøke å være med på endringene som går i retning av at kommunen skal ta en større og større del av oppgavene. Fra spesialisthelsetjenestens side trengs det endring i ledelse og kultur for at samarbeidet skal bli bedre (Tildelingsenheten 2015; Pro Jessheim Øst 2015).

5.7 Individuell plan og koordinator

Alle brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har krav på å få en individuell plan (IP) utarbeidet og/eller tilbud om en koordinator.

Individuell plan er et lovfestet virkemiddel for brukermedvirkning (jf. kapittel 4), som i tillegg skal sikre helhetlige og koordinerte tjenester (Helsedirektoratet 2014). Arbeidet med planen skal ta utgangspunkt i bruker/pasientens egne mål, ressurser og helhetlige behov. Den skal også styrke samhandlingen mellom de som yter tjenester til brukeren, brukeren selv og eventuelle pårørende. Prosessen starter gjerne med å oppnevne en koordinator som har en viktig rolle i å tilrettelegge for medvirkning, sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet.

Rutiner for bruk av IP og koordinator

Kommunen har utarbeidet flere dokumenter og prosedyrer som omhandler bruk av individuell plan og koordinator:

- Håndbok for koordinatore
- Prosedyre for tildeling av koordinator og individuell plan
- Prosedyre for koordinator og individuell plan

I følge håndbokens forord skal håndboken gi kommunens koordinatore oversikt over kommunens retningslinjer for arbeidet med individuell plan, samt bidra med tips og råd til bruk i planarbeidet¹². Prosedyrene er tilgjengelige i kommunens Kvalitetssystem.

Prosedyrene inneholder beskrivelse av ansvar og myndighet både for vedlikehold og oppfølging av prosedyren og for arbeidet med individuell plan og rollen som koordinator. De inneholder også informasjon om tjenesten koordinator og individuell plan og informasjon om aktuelle dokumenter, maler og sjekklister til bruk i arbeidet.

Av prosedyrene fremgår det blant annet:

- Hva som er formålet med individuell plan og koordinator
- Hvem som er målgruppen
- Hva som er kriterier for tildeling av individuelle plan og koordinator

I henhold til prosedyre for *tildeling av koordinator og individuell plan* skal henvendelse om behov for koordinator/individuell plan meldes til Tidelingsenheten som har ansvar for å saksbehandle søknader om individuell plan og koordinator. Det fattes vedtak der tjenesten innvilges eller avslås på bakgrunn av om vilkårene er oppfylt. Avslaget kan påklages. Søkeren underrettes skriftlig om avgjørelsen. Tidelingsenheten skal videre vurdere hvilken avdeling som det er mest hensiktsmessig å legge koordinatoransvaret til på bakgrunn av avdelingens tilknytning til bruker og brukers ønske. Det er så den enkelte fagavdeling som skal utpeke en koordinator og sende melding til søker om

¹² Håndboken ble sist revidert 17.09.2014. Planlagt revisjon, 06.01.2015, ser ikke ut til å være utført.

hvem som er koordinator. I henhold til kommunens håndbok vurderes fordeling av koordinatoransvar i det enkelte tilfelle. Som utgangspunkt skal koordinatoransvaret for ungdom og voksne med psykiske problemer og/eller rus fordeles mellom avdelingene Psykisk helsevern og Rus og avhengighet.

Prosedyrene for *koordinator og individuell plan* inneholder videre beskrivelse av aktiviteter/handlinger som er del av arbeidet med individuell plan. Blant annet inneholder de opplysninger om:

- Innhold i informasjon til bruker
- Krav til samtykkeerklæring
- Koordinators oppgaver og rolle
- Avklare arbeidsform og mål, ressurser, tiltak – sammen med bruker
- Utarbeidelse av og innhold i planen
- Evaluering av målene – i samarbeid med bruker
- Endringer av planene og ev avslutning av plan
- Opplæring og veiledning i bruk av individuell plan/koordinator
- Registreringer og arkivering
- Oversikt over dokumenter og maler og hvor disse finnes

Når det gjelder opplæring i arbeidet som koordinator og bruk av individuell plan fremgår det at koordinator skal be om veiledning fra systemkoordinator (i Koordinerende enhet) i enkeltsaker. Systemkoordinator skal tilby opplæring og veiledning ved behov til nye koordinatorene og arrangere årlige kurs. Avdelingsleder skal melde fra om behov om opplæring av koordinator. I håndboken anbefales at koordinator deltar på kurs om koordinatorrollen, men dette er ikke et krav.

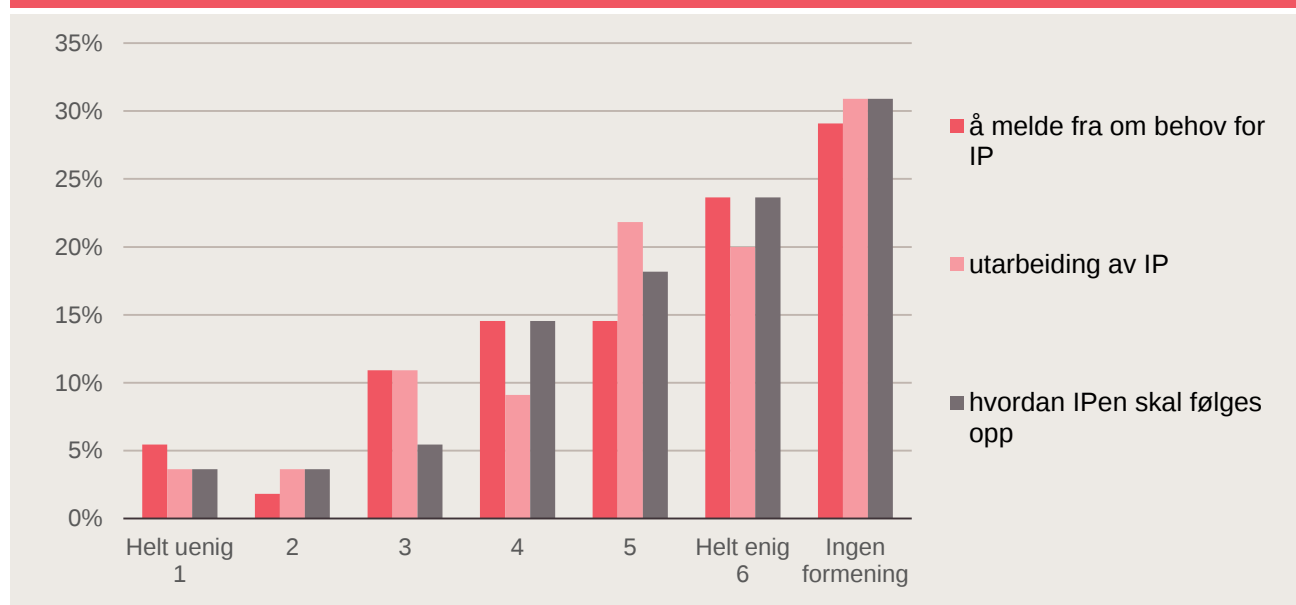
Av prosedyren fremgår videre at Koordinerende enhet skal ha oversikt over koordinatorene og individuelle planer og at disse skal sende ut til de aktuelle avdelinger for oppdatering en gang per år. Disse returneres så til Koordinerende enhet. Systemkoordinator har ansvar for å revidere kommunens dokumenter tilknyttet arbeid med koordinering og individuell plan og informere involverte om endringer.

Bruk av IP og koordinator i praksis

Spørreundersøkelsen revisjonen har gjennomført viser at majoriteten av de spurte har god kjennskap til rutineene både når det gjelder å melde fra om behov for individuell plan, samt utarbeide og følge opp arbeidet med utgangspunkt i individuell plan. Resultatene (gjengitt i figuren under) viser likevel at det er et potensial for forbedring.

Figur 19 Kjennskap til rutiner for IP

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander: Jeg har god kjennskap til kommunens rutiner når det gjelder



Kilde: RRI 2015, 54-56. N=55

I intervju med ledelsen i Rus og avhengighet og Psykisk helsevern fremkommer at det er avdelingene selv som kartlegger og utreder behovet for individuell plan og koordinator, på samme måte som de utreder søknader om andre tjenester. Ofte skjer dette uten kontakt med Tildelingsenheten/Koordinerende enhet. Revisjonen får opplyst at man i Rus og avhengighet fatter vedtak om individuell plan, men at dette ikke gjøres i Psykisk helsevern.

Avdelingsleder i Rus og avhengighet opplyser videre at avdelingen skal informere Koordinerende enhet om hvem som oppnevnes som koordinator og hvilke brukere som har IP, men at dette ikke gjøres systematisk. Avdelingsleder for Psykisk helsevern har i intervju opplyst at de informerer Koordinerende enhet om når en IP opprettes og avsluttes - og videre at juristen i Koordinerende enhet «purrer med jevne mellomrom for å være oppdatert».

Det fremgår også av undersøkelsen at ikke alle formelt sett er oppnevnt som koordinator, selv om de har en koordinatorrolle. Praktiseringen av kommunens rutiner for IP/koordinator synes altså per i dag ikke å være i tråd med de skriftlige rutinene på området. Revisjonen har imidlertid fått opplyst, som også tidligere beskrevet (jf. punkt 5.3.2), at kommunen er i en prosess der kartleggingsoppgaver og vedtakskompetanse for tjenestene innen psykisk helse og rus skal overføres til Tildelingsenheten og at dette også vil omfatte utredning av behovet for individuell plan og koordinator.

Bruk av IP/holdninger

Lederne revisjonen har intervjuet gir uttrykk for positive holdninger til bruk av individuell plan. Det trekkes frem som et nyttig verktøy, særlig fordi det bidrar til å gi mål og retning i arbeidet og dokumenterer hvem som gjør hva i oppfølgingen av bruker.

Det påpekes imidlertid av flere at vellykket bruk av IP forutsetter at bruker forplikter seg og bidrar aktivt i arbeidet med planen:

[...] det er ikke et dokument som er interessant i seg selv, dersom det ikke brukes aktivt. En IP er nesten litt ferskvare, de må brukes aktivt for at den skal være noe verdt.

[Det er] et strukturert verktøy, skal gi oversikt over hvilke deltager og behov bruker har. [...] Det at man skal sette opp mål er et viktig terapeutisk verktøy som gjør at IP kan være veldig nyttig og bra for mange.

IP skal være brukerens IP. Bruker som må sette seg mål og ønsker, må ville det selv. Hvis bruker ikke vil endre noe, da avsluttes behandlingen.

Helsevern 2015

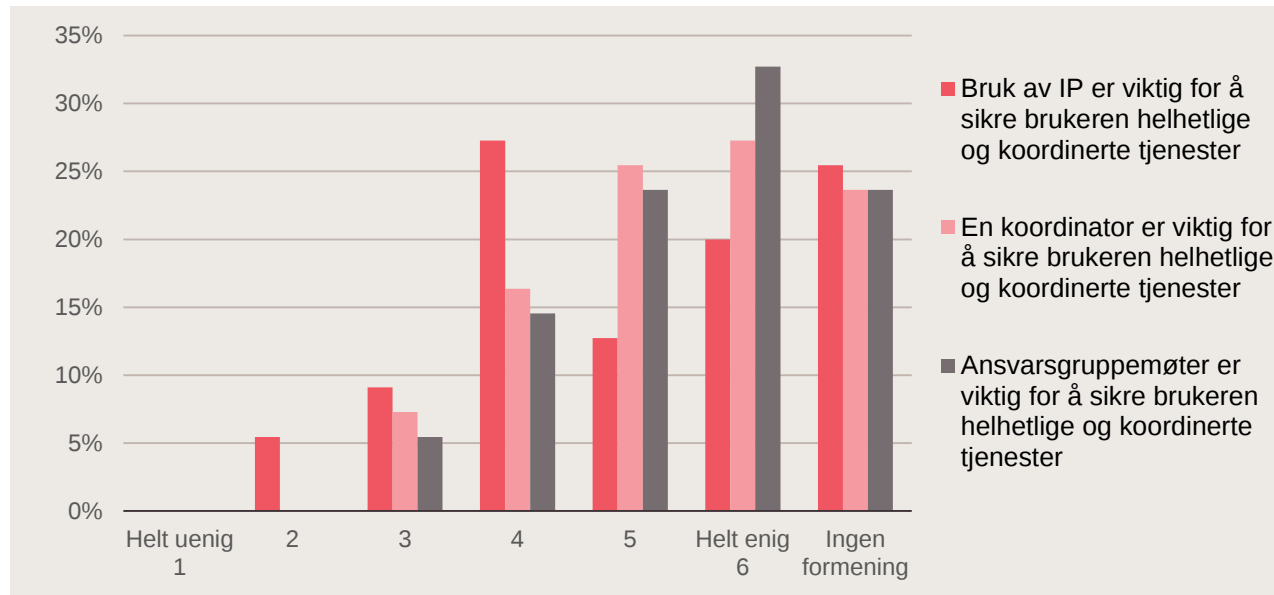
Flere av de som revisjonen har intervjuet forteller at selv om en bruker ikke har IP, følges man likevel tett. Man samarbeider i ansvarsgrupper eller samarbeidsmøter og har tett kontakt med de tjenestene som er inne; « [...] man gjør den samme jobben og er like avhengig av samarbeid uansett en IP eller ikke» (Helsevern 2015). Det påpekes imidlertid at samarbeidet kan bli litt mer omstendelig uten en IP, ettersom man da må ha samtykke fra bruker for å kunne trekke andre inn i samarbeidet.

Leder for Blåveiskroken opplyser at ingen av beboerne der har IP. Hun forklarer dette med at det er få som fyller vilkårene for IP; de har ikke flere tjenester som krever koordinering. I Blåveiskroken handler det primært om å gjøre hverdagen best mulig for bruker. I Miljøarbeidertjenesten er det imidlertid flere som har IP og koordinator.

Individuell plan og koordinator er lovpålagte virkemidler som skal lette arbeidet med å gi brukeren helhetlige og koordinerte tjenester. I spørreundersøkelsen revisjonen har gjennomført viser resultatene at IP anses som et viktig verktøy, men at ansvarsgrupper og koordinator anses for å ha større betydning enn IP for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

Figur 20 IP, koordinator og ansvarsgruppemøter

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander:



Kilde: RRI 2015, 61-63. N=55

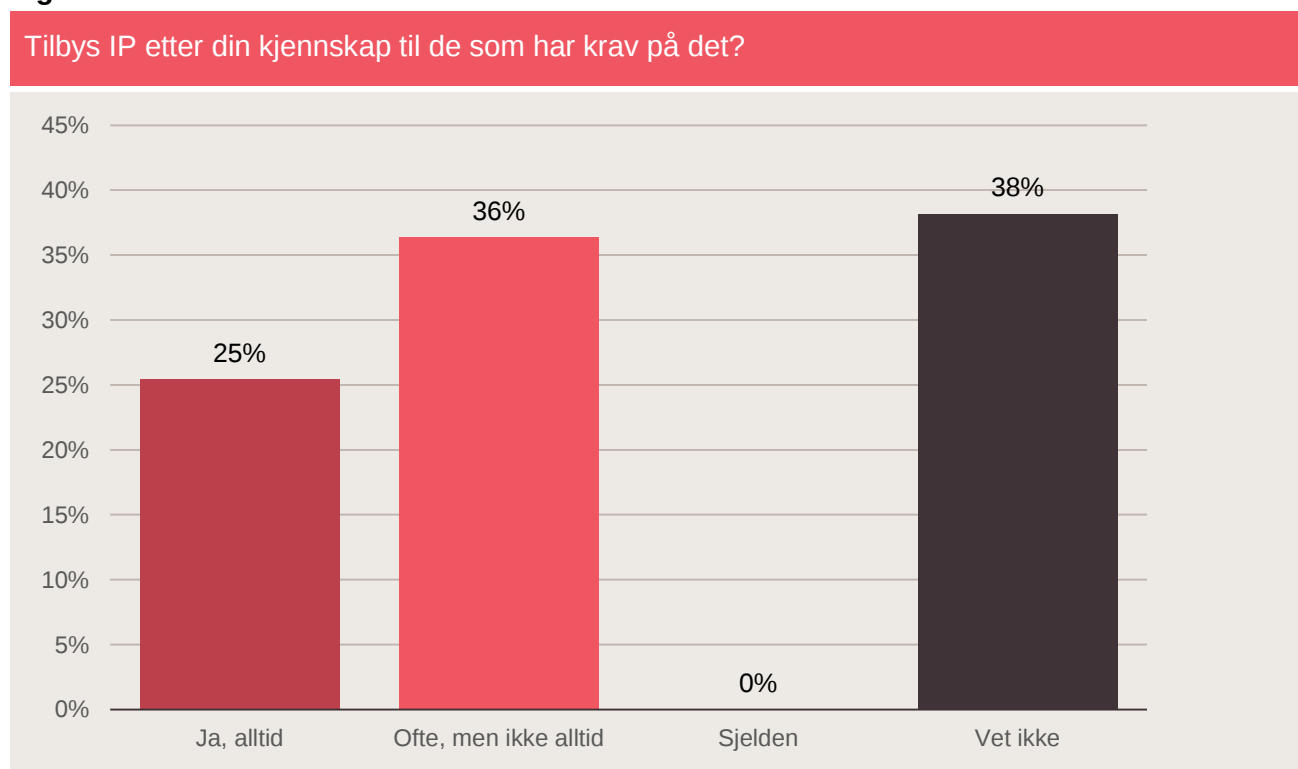
En fjerdedel av de spurte svarer at de ikke har noen formening om spørsmålene som er stilt (jf. figur 20), noe som antagelig har sammenheng med at de enten ikke har erfaring med bruk av IP, det å være koordinator eller deltager i ansvarsgruppemøter.

I intervjuene understrekes det at IP er et tilbud som krever at brukeren selv samtykker og ser nytten av. De som revisjonen har intervjuet forteller imidlertid at en del takker nei til IP, blant annet fordi det oppleves som «litt skummelt» og innebærer en forpliktelse man kanskje ikke ønsker. Andre er for syke til å kunne nyttiggjøre seg en IP fremholdes det. Flere påpeker at det av og til kan være for store forventninger til en IP og at en IP ikke er løsningen på «alt» (Helsevern 2015). Lederen i Miljøarbeidertjenesten peker på at det er viktig at man informerer bruker godt om hva en IP er og hvilken nytte den har, slik at det kan oppleves som et positivt hjelpemiddel.

Tilbud om IP

I følge lovkrav skal IP tilbys til de som har langvarige og sammensatte tjenester. I spørreundersøkelsen svarer 25 prosent at IP alltid tilbys til de som har krav på det, mens 36 prosent oppgir at dette ofte, men ikke alltid gjøres.

Figur 21 Tilbud om IP



Kilde: RRI 2015, 65. N=55

Undersøkelsen¹³ peker på flere årsaker til at IP ikke alltid tilbys.

- Dårlige rutiner for IP (glemmes) og dårlige verktøy for bruk av IP
- Manglende kjennskap til lovkravet om IP
- Mangel på tid, stort arbeidspress
- Unødvendig ekstraarbeid. Ivaretar koordinering, mål og tiltaksjobbing på andre måter.
- Usikkerhet
- Lite nytteverdi med IP, bruker føler seg ikke forpliktet, lite aktiv
- Usikkerhet rundt IP-arbeid

Det pekes også på at IP'n ofte gjøres for «stor og vanskelig» og at det er viktig å tenke enkelt slik at den blir lettere å forholde seg til for bruker. En av respondentene etterlyser et enklere IP-skjema.

¹³ Svarene fremkommer i et åpent spørsmål i undersøkelsen.

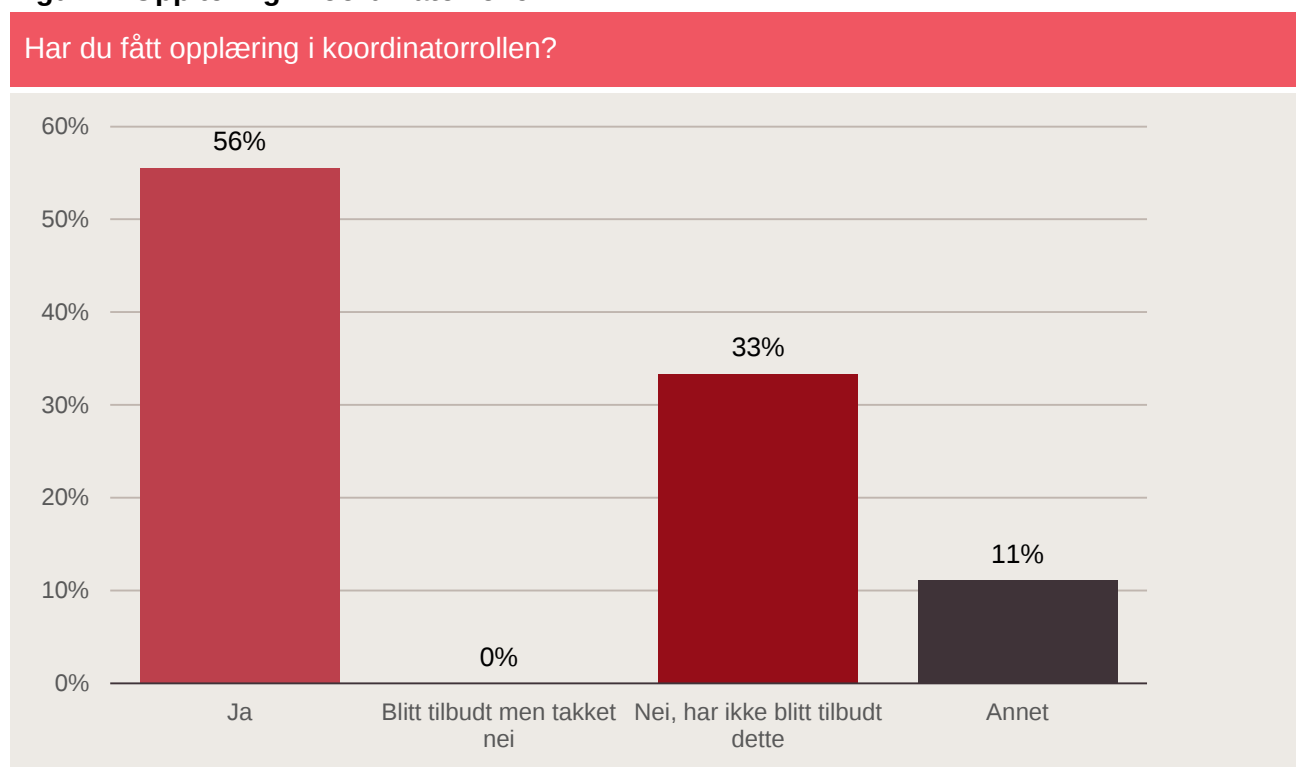
Helst bare en side, enkelt, oversiktlig, konkret, mer stikkordsform. Tror det vil føre til at man bruker det mer aktivt og at det blir et mer nyttig verktøy i behandlingen og ikke bare blir en bunke med papirer som blir liggende i journalen.

RRI 2015, 66

Det er brukerens koordinator som har ansvar for å «holde i» IP-arbeidet. Når det gjelder opplæring i rollen som koordinator og bruk av IP, er dette noe Koordinerende enhet har ansvar for å tilby. Revisjonen får opplyst at systemkoordinator holder kurs med jevne mellomrom og at de ulike avdelingene melder fra dersom noen har behov for opplæring. Det er anbefalt å delta på kurs, men det er ikke et krav.

Revisjonens spørreundersøkelse viser at de fleste, men ikke alle (som har koordinatoroppgaver) har fått tilbud om opplæring¹⁴. 56 prosent svarer at de har fått et slikt tilbud, mens 33 prosent svarer at de ikke har fått det.

Figur 22 Opplæring i koordinatorrollen

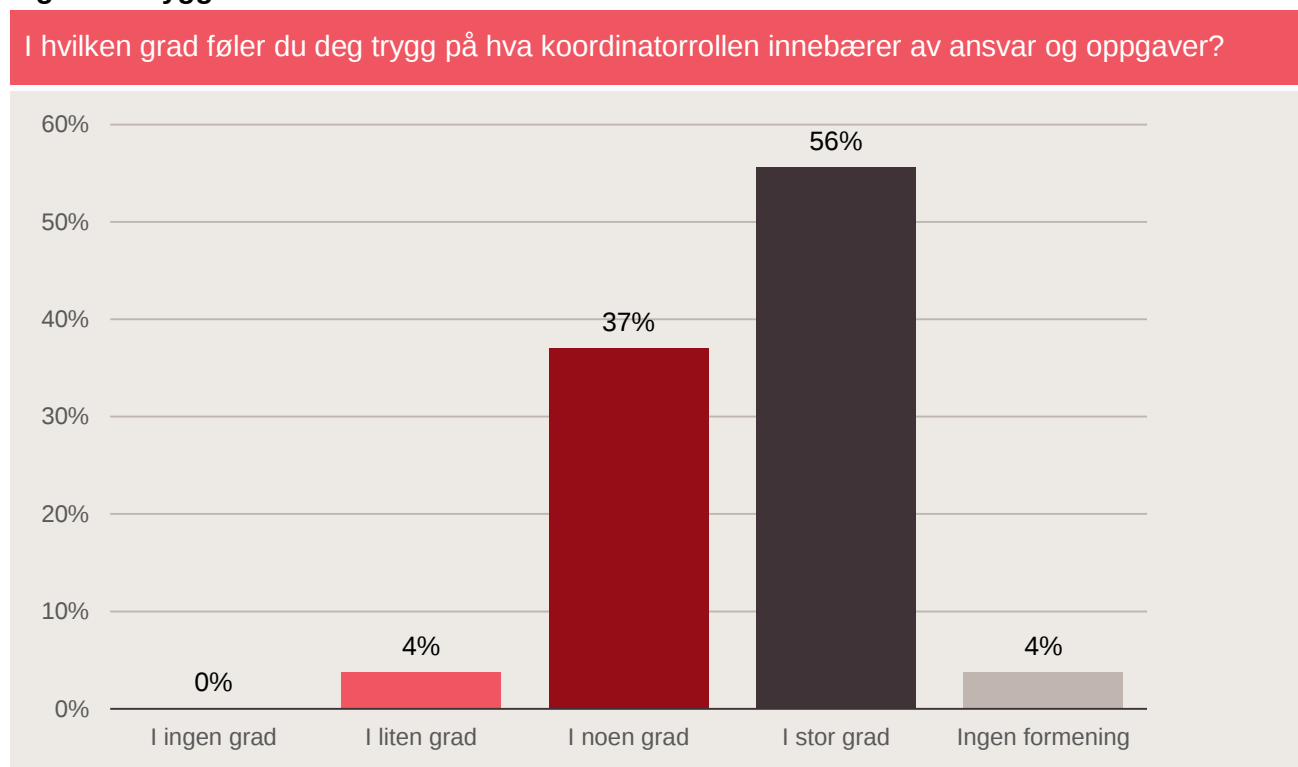


Kilde: RRI 2015, 69. N=27

¹⁴ Det er kun 27 respondenter som har svart på dette spørsmålet (de som har svart at de har en rolle som koordinator i kommunen), men resultatene kan likevel ses på som en indikasjon.

I spørreundersøkelsen ble det videre spurt om i hvilken grad man føler seg trygg i rollen som koordinator. Resultatene viser at en majoritet (56 prosent) i stor grad føler seg trygge denne rollen, 37 prosent i noen grad trygge, og fire prosent i liten grad trygge i rollen¹⁵.

Figur 23 Trygghet i koordinatorrollen



Kilde: RRI 2015, 70. N=27

Enkelte påpeker at det kan være krevende å være koordinator, blant annet fordi andre tjenesteytere rundt brukeren ikke følger opp eller møter opp på ansvarsgruppemøter og da «blir det mye ekstra arbeid, fordi man da bruker mye tid på få disse instansene på banen» (RRI 2015, 71).

5.8 Koordinerende enhet

Helse- og omsorgstjenesteloven krever at kommunen skal ha en koordinerende enhet. Loven stiller også bestemte krav til hvilke oppgaver og ansvar koordinerende enhet skal ha (jf. kapittel 4).

I dette kapitlet redegjør vi for hvilket ansvar og hvilke oppgaver Koordinerende enhet i Ullensaker har, og hvordan enheten oppleves å fungere i praksis.

¹⁵ Det er kun 27 respondenter som har svart på dette spørsmålet, men resultatene kan likevel ses på som en indikasjon.

5.8.1 Ansvar og oppgaver

I følge kommunens prosedyrer har Koordinerende enhet tre hovedoppgaver:

1. Gi råd og veiledning knyttet til habilitering- og rehabiliteringsarbeidet i kommunen og skal herunder kjenne kommunens ulike tilbud på området.
2. Motta, saksbehandle og tildele individuell plan og koordinator.
3. Utarbeide, vedlikeholde og informere om prosedyrer og maler for individuell plan

Revisjonen får opplyst at koordinerende enhet i det daglige ivaretas av en rådgiver i 100 prosent stilling (systemkoordinator). Leder for Tildelingsenheten understreker imidlertid at det er Tildelingsenheten som er Koordinerende enhet, selv om oppgaven i det daglige er lagt til en stilling. Han forteller videre at det jobbes med å forankre dette blant de ansatte i enheten og at det nå er flere av medarbeiderne i enheten som kjenner og kan utføre oppgavene til Koordinerende enhet (Tildelingsenheten 2015).

5.8.2 Koordinerende enhet i praksis

Leder for Tildelingsenheten mener Koordinerende enhet fungerer etter hensikten slik det defineres i loven. Han peker likevel på at koordinerende enhet har et stort forbedringspotensial med tanke på å sikre et helhetlig og koordinert tilbud til brukerne. Enheten bør utvikles i retning av å sette pasienten og pasientens behov i sentrum og koble på de tjenestene den enkelte trenger mener han. Han trekker frem et eksempel:

Er det en mor til en gutt med store omsorgsbehov som tar kontakt, da tromler man sammen et nettverksmøte, med de hjelpeinstanser som er aktuelle og diskuterer hvilke utfordringer han står i. Man forsøker å jobbe mot dette, men er ikke der ennå.

Tildelingsenheten 2015

Lederen mener at for å få dette til, må man bruke mer tid på brukeren i en tidlig fase, i tillegg må man tenke annerledes enn hva man gjør i dag. Han påpeker at det spesielt er utfordringer med ungdom mellom 18-25 år med ADHD, Asperger syndrom og lignende diagnoser. Her er det ingen som tar et helhetlig ansvar mener han; «Kommunen og tjenestene er for fragmentert - Nav tar sitt ansvar, helse og omsorg sitt osv.». Han ser det også som en utfordring at brukere med psykiske lidelser ikke møter samme holdninger og rettighetsbilde som somatisk syke. For eldre og somatisk syke derimot, går pasientflyten stort sett av seg selv mener han (ibid).

Leder for Psykisk helsevern har forstått hensikten med Koordinerende enhet dit hen at den skal påse at hver og en får riktige tjenester og ha en overordnet oversikt; «før var det sånn at en som fikk brukeren i fanget 'eide' den, nå er det Koordinerende enhet som skal sørge for helheten» sier han.

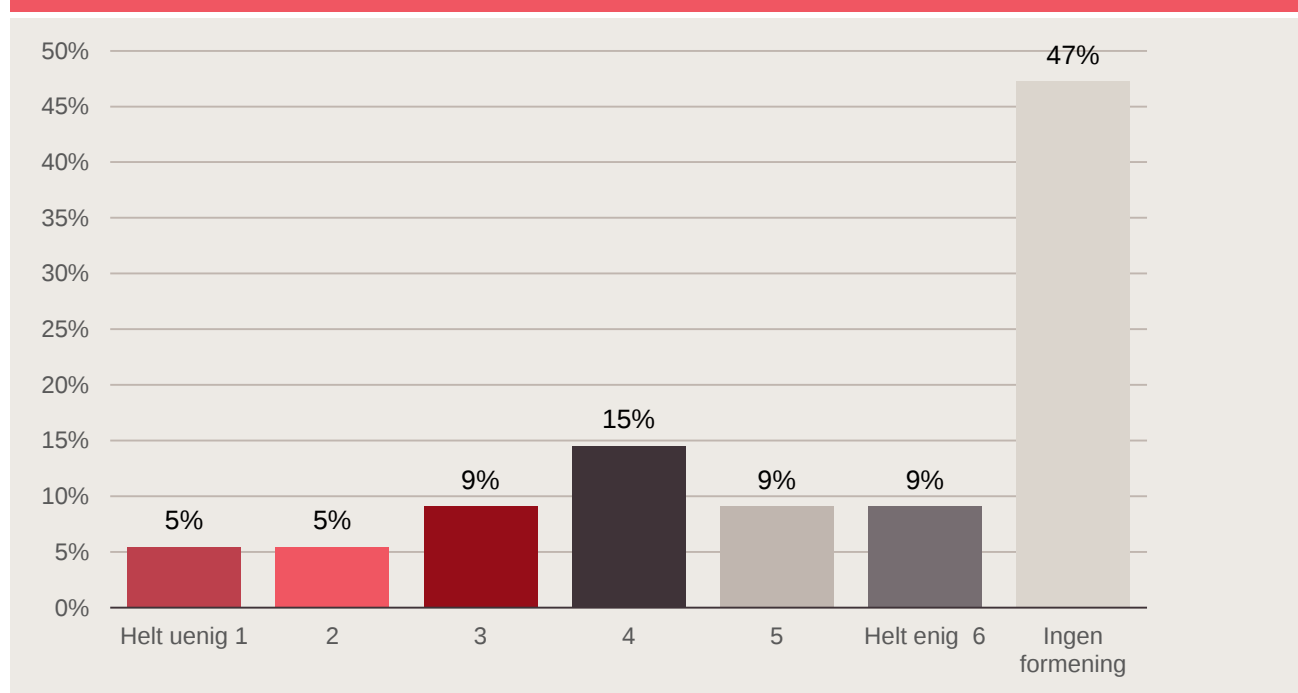
Leder for Rus og avhengighet gir uttrykk for at hun har lite kjennskap til hvordan Koordinerende enhet er organisert og hvem som jobber der. Hun peker på at det har skjedd mye de siste årene og at lederen i Tildelingsenheten jobber for å bygge enheten «stein for stein». I Koordinerende enhet har hun kontakt med systemkoordinator i forbindelse med opplæring i bruk av IP og

koordinatorrollen, utover dette er det lite samarbeid forteller hun. Begge lederne peker på at det nok etter hvert vil bli et tettere samarbeid i forbindelse med at Tildelingsenheten skal overta oppgavene med kartlegging og vedtak av tjenester. Når dette kommer på plass antar de at Koordinerende enhet vil fungere (enda) bedre etter hensikten.

Spørreundersøkelsen viser at 33 prosent (summen av 4, 5 og 6) mener at Koordinerende enhet fungerer etter hensikten, men kun 9 prosent er helt enig i påstanden. Av figuren under fremgår at nesten halvparten av de spurte ikke har noen formening om hvorvidt enheten fungerer etter hensikten.

Figur 24 Om koordinerende enhet fungerer etter hensikten

Hvor enig/uenig er du i følgende påstand: Jeg mener at koordinerende enhet fungerer etter hensikten.

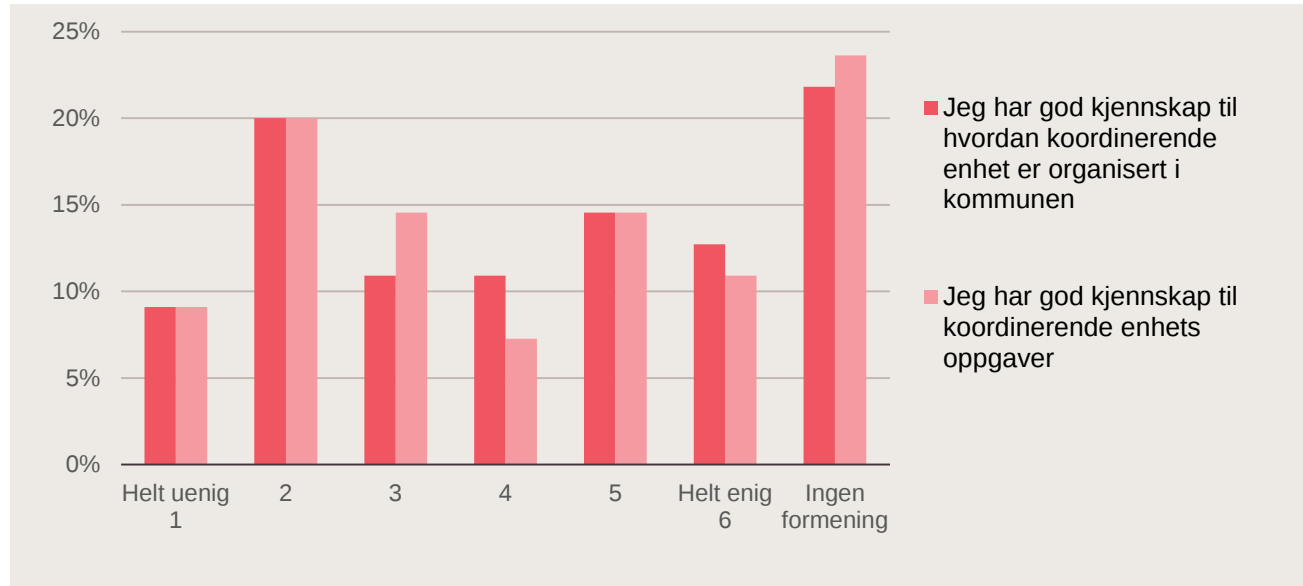


Kilde: RRI 2015, 75. N=55

På direkte spørsmål om kjennskap til Koordinerende enhets organisering og oppgaver viser resultatene at det er omtrent like mange som kjenner til, som det er som ikke kjenner til Koordinerende enhet. En majoritet svarer videre at de ikke kjenner til oppgavene Koordinerende enhet har. Cirka en av fire svarer at de ikke har noen formening om spørsmålene som stilles.

Figur 25 Kjennskap til koordinerende enhet

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander:



Kilde: RRI 2015, 73-74. N=55

6 REVISJONENS VURDERING OG KONKLUSJON

I denne revisjonen har vi undersøkt to problemstillinger. For det første har vi redegjort for Ullensaker kommunes tilbud til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet og hvordan kommunens tilbud er organisert. For det andre har vi undersøkt i hvilken grad kommunen sikrer at pasienter/brukere med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Kommunen har samlet flere av tilbudene til denne brukergruppen i avdelingene Rus og avhengighet og Psykisk helsevern. I tillegg mottar mange brukere tjenester fra NAV, hjemmetjenesten, Blåveiskroken og Miljøarbeidertjenesten. Fastlegene har en viktig rolle i det samlede psykiske helsearbeidet og er en viktig samarbeidspartner for kommunen. Tilsvarende gjelder spesialisthelsetjenesten, som er sentral når det gjelder behandling av pasienter med mer alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet.

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller mange krav til kommunene, blant annet skal kommunen tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. For å sikre dette er det nødvendig at de involverte aktørene samarbeider og at kommunen benytter seg av virkemidler som individuell plan og koordinator. Revisjonens vurdering tar utgangspunkt i kriteriene som er utledet i kapittel fire.

Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud

Revisjonskriterium

Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester i kommunen og med andre tjenesteytere.

Det er mye godt arbeid som gjøres i Helsevern når det gjelder samarbeidet innad i enheten. Særlig på ledernivå er det godt både formelt, og uformelt, samarbeid. Kommunen har også mange gode rutiner og prosedyrer på plass. Disse er med på å sikre samarbeid og et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til brukerne. Samtidig viser dataene i spørreundersøkelsen at det er potensiale for forbedring av samarbeidet både *innad* i Helsevern, og *med* avdelingene i Helsevern.

Samarbeidet med NAV ser ut til å være preget av utfordringer på flere områder, og for flere av aktørene i undersøkelsen. Men særlig mellom Rus og avhengighet og NAV er samarbeidet preget av utfordringer og uoverensstemmelser. Revisjonen vil trekke frem viktigheten av å få på plass fungerende møteplasser mellom aktørene, der det kan jobbes med å avklare forventinger og fordeling av oppgaver, samt skape et bedre klima for samarbeid om brukerne. Revisjonen viser også til at kommunen i arbeids- og velferdsordningen skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer. Dette følger av sosialtjenesteloven § 13.

Revisjonens vurdering er at det legges godt til rette for samarbeid mellom enheten Helsevern og Tildelingsenheten, Hjemmetjenesten og Kommuneoverlegen. Men det har blitt påpekt av flere ledere at det er noe uheldig at vedtakskompetansen for den aktuelle brukergruppen er såpass fragmentert i kommunen. Kommunen jobber derfor aktivt i prosjektgruppe for å få på plass et system der Tildelingsenheten på sikt skal sitte med all vedtakskompetanse. Etter revisjonens syn er kommunen her på riktig vei mot et system som enda bedre kan sikre et helhetlig og koordinert tilbud for brukeren, da det blir mer oversiktlig for brukeren å forholde seg til kommunen, samt at alle sikres en lik, rettferdig og helhetlig vurdering av tjenester.

Det vurderes videre som positivt at ansvar og oppgaver er avklart mellom Helsevern og Hjemmetjenesten. Videre er det positivt at samarbeidet med Kommuneoverlegen beskrives som godt. Når det gjelder samarbeidet mellom Blåveiskroken og Miljøarbeidertjenesten på ene siden og de andre aktørene på andre, beskrives dette som godt. Imidlertid kan det se ut som om det er et større uutnyttet potensiale for samarbeid her, og revisjonen vurderer det slik at å legge til rette for et enda tettere samarbeid mellom disse tjenestene kan lede til større grad av helhetlige og koordinerte tjenester for brukerne.

Revisjonens vurdering er videre at man i større grad bør legge til rette for samarbeid mellom Barnevernet og resterende aktører som jobber med den aktuelle brukergruppen. Grunnen til dette er at både intervjuer og spørreundersøkelse viser at samarbeidet med Barnevernet preges av utfordringer og mangel på rutiner.

Fastlegene er viktige aktører i samarbeidet om et helhetlig tjenestetilbud. Undersøkelsen viser at noen fastleger oppleves som lite engasjerte, kanskje spesielt når det gjelder pasienter med rusavhengighet, og som lite tilgjengelige for råd og veiledning i forbindelse med for eksempel behandling. Dette kan få konsekvenser for fremdrift og kvalitet i tilbudet til bruker, noe som etter revisjonens syn er uheldig. Revisjonen understreker at kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom kommunen og fastlegene er slått fast i § 8 i forskrift om fastlegeordning i kommunene.

Undersøkelsen viser at det er et utstrakt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, men at samarbeidet bærer preg av flere utfordringer. Blant annet opplever mange respondenter og intervjuede at:

- Det er mangel på gode rutiner for samarbeid.
- Det er mangel på kommunikasjon og kommunen opplever spesialisthelsetjenesten som lite lydhøre
- Liten kontinuitet og fleksibilitet i samarbeidet.
- Det er mangel på avklaring av ansvar og oppgaver.
- Kommunen får i økende grad ansvar for syke pasienter og opplever at den mangler et hensiktsmessig tilbud.
- Det er mangel på felles mål og likeverdighet i samarbeidsforholdet.

Funnene som er beskrevet ovenfor er etter revisjonens vurdering problematisk i et samarbeidsperspektiv. Felles mål, rolleavklaring, jevnlig kontakt og kommunikasjon, samt likeverdig deltagelse er viktige suksesskriterier for et godt tverrfaglig samarbeid (se delkapittel 4.2.1). Kommunen bør derfor jobbe videre med å utvikle samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, slik at brukeren kan ivaretas på best mulig måte.

En nasjonal undersøkelse gjennomført av SINTEF viser at mange av utfordringene i samarbeidet mellom kommune, fastlegene og spesialisthelsetjenesten som oppleves i Ullensaker kommune, også er utfordringer man også finner igjen over hele landet (Tøndel og Ose 2014). De samme utfordringene har revisjonen også funnet i forbindelse tilsvarende prosjekt i tre andre kommuner.

Revisjonskriterium

Kommunestyret skal vedta samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen.

Overordnet samarbeidsavtale og Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp er vedtatt av kommunestyret i januar 2012, og har blitt oversendt revisjonen i underskrevet stand. Samtlige ni delavtaler har også blitt inngått av kommunen ved rådmannen, og har også blitt oversendt revisjonen i underskrevet stand.

Revisjonskriterium

Kommunens skal ha et system som sikrer at personer med langvarige og sammensatte behov tilbys en individuell plan og en koordinator. Kommunen skal også ha en koordinerende enhet.

Kommunen har etter revisjonens oppfatning per i dag ikke et fullgodt system som sikrer retten til individuell plan (IP) for de med langvarige og koordinerte tjenester iht. helse- og omsorgstjenesteloven, § 7-1. En slik plan er viktig for å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud og for å sikre brukernes medvirkning i tjenestetilbudet.

Kommunen har utarbeidet skriftlige rutiner for tildeling av koordinator og bruk av individuell plan, noe som er positivt. Det finnes også en håndbok for koordinatorene. Kommunens praktisering av disse innenfor området rus og psykisk helse synes imidlertid ikke å være i tråd med rutinene. Praksis varierer også internt mellom avdelinger i enhet for Helsevern. Revisjonen mener kommunen bør sette inn tiltak som sikrer etterlevelse og en enhetlig praktisering av rutinene.

Revisjonens undersøkelse viser videre at IP ikke alltid tilbys de som har krav på det. Det er ulike årsaker til dette. Blant annet viser undersøkelsen at det dels er mangelfull kunnskap/informasjon om og usikkerhet blant kommunens ansatte rundt bruk av IP. Andre viser til liten nytteverdi,

kompliserte maler, eller mangel på tid som årsak til at IP ikke alltid tilbys. Revisjonen mener kommunen bør sette inn tiltak som sikrer at de som har krav på det blir tilbudt IP og at det informeres godt om nytten av en slik plan. Revisjonen vil understreke at det er brukernes behov som skal ligge til grunn for tilbud om IP, og ikke enkeltmedarbeideres holdninger, tidsressurser o.l.¹⁶

Koordinator er en nøkkelperson for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud til bruker, det er derfor avgjørende at de som innehar denne rollen mestrer oppgaven. Undersøkelsen viser at selv om de fleste føler seg trygge i rollen som koordinator, gjelder dette ikke alle. Kommunen bør også mer systematisk, via Koordinerende enhet, sikre at alle får opplæring i rollen som koordinator.

Kommunen har en Koordinerende enhet som er organisert som en integrert del av Tildelingskontoret. Koordinerende enhet har ansvar for å legge til rette for tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling og skal være et knutepunkt for koordinering. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette innebærer blant annet et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

Å ha dette overordnede ansvaret innebærer blant annet at enheten skal ta imot meldinger om behov for IP, samt å sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan jf. forskrift om habilitering og rehabilitering § 6. Revisjonens undersøkelse viser at Koordinerende enhet ikke fullt ut ivaretar disse oppgavene når det gjelder tjenester innen rus og psykisk helse og at enheten fortsatt er under utvikling. Dette påpekes også av flere i kommunen ved intervju. Det påpekes også at enheten i større grad vil kunne ivareta disse oppgavene når vedtakskompetansen overføres til enheten i tråd med kommunens planer.

Undersøkelsen viser videre at det er mangelfull kjennskap til Koordinerende enhets funksjon og oppgaver både blant ledere og medarbeidere. Revisjonen mener kommunen må se til at enhetens rolle og arbeidsoppgaver synliggjøres godt og gjøres kjent i hele organisasjonen.

¹⁶ Revisjonen viser også til veiledningsplikten som følger av lov 10.2.1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker § 11.

Konklusjon

Når det gjelder spørsmålet om i hvilken grad kommunen sikrer et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, har revisjonen operasjonalisert undersøkelsen gjennom å sette opp tre forskjellige revisjonskriterier. For det første har vi undersøkt kommunens arbeid med å legge til rette for samarbeid både internt i kommunen og opp mot spesialisthelsetjenesten. Her konkluderer vi med at kommunen i ganske stor grad¹⁷ legger til rette for et godt samarbeid. Det er som vist mange utfordringer som gjenstår, særlig i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, men også i forbindelse med samarbeidet internt i kommunen, da særlig når det gjelder NAV og Barnevernet.

For det andre har vi sett på om kommunestyret har vedtatt samarbeidsavtale med Ahus, noe de har gjort. Konklusjonen er derfor at kommunen på dette området i svært stor grad har gjort det de skal for å se til at brukerne får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

For det tredje har vi undersøkt om kommunen sikrer at de som har krav på IP tilbys dette og at de tilbys koordinator, samt at kommunen har en koordinerende enhet. På dette området konkluderer revisjonen med at kommunen i noen grad arbeider på en slik måte at brukerne får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Det er særlig utfordringer når det gjelder praksisen med lite utstrakt bruk av IP som verktøy for samordning av tjenester til brukeren.

Anbefalinger

- Kommunen bør vurdere ytterligere tiltak som styrker det lovpålagte og nødvendige samarbeidet både innad i kommunen (inklusive fastlegene og NAV-kommune) og opp mot spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen bør sette inn tiltak som sikrer den enkeltes rett til individuell plan og koordinator i henhold til lovens intensjon og krav.
- Kommunen bør sette inn tiltak som sikrer at koordinerende enhet fungerer etter forutsetningene i loven, jf. kapittel 7 i helse og omsorgstjenesteloven og forskrift om habilitering og rehabilitering.

¹⁷ Vi har valgt å gradere kommunens arbeid, og benytter begrepene i svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i ganske stor grad og i svært stor grad, for å beskrive hvor godt kommunens arbeid er på området.

LITTERATUR- OG KILDEOVERSIKT

Lov, forskrift og forarbeider

Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m. v. (helsepersonelloven).

Lov av 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (Sosialtjenesteloven).

Lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).

Forskrift av 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (forskrift om habilitering og rehabilitering).

St.meld.nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Prop.91L (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Litteratur

Folkehelseinstituttet. «Ulike psykiske plager og lidelser.» *www.fhi.no*. 25 mars 2015.

<http://www.fhi.no/artikler/?id=104092> (funnet 04 30, 2015).

Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser - Sammensatte tjenester - samtidig behandling*. IS-1948, Oslo: Helsedirektoratet, 2012.

—. *Sammen om mestring*. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.

Helsedirektoratet (2008). *Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. Oslo: Trykksakekspedisjonen.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Veileder. For inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. [3.11.14] <http://regjeringen.no/upload/HOD/veileder.pdf>

Husbanken (2012). *Samhandling som veien til bedre boligsosialt arbeid – Et erfaringshefte fra kommuner og Husbankens regionkontorer*. Oslo. Husbanken og Rambøll Management Consulting.

IS-1201 - Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Veileder. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*.

Jacobsen, Dag Ingvar. *Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretattlig samarbeid i et*

organisasjonsteoretisk perspektiv. I Repstad, Pål (red): Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretattlig samarbeid i teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.

Tøndel, Gunhild, og Solveig Osborg Ose (2014). *Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser*. Trondheim: SINTEF.

Kilder fra kommunen

Ullensaker . *Rustiltak i kommunen*. u.d.

<https://www.ullensaker.kommune.no/Virksomheter/Helsevern/Rusomsorg/> (funnet 5 27, 2015).

Ullensaker kommune. «Aktivitetstilbud psykisk helse .» *Østafor mestringssenter*. 2 februar 2015.

<https://www.ullensaker.kommune.no/no/Los-struktur/Vare-emneord/Aktivitetstilbud-psykisk-helse---Ostafor-mestringssenter/> (funnet juni 9, 2015).

—. *Forebyggende barn og unge*. 9 August 2013. <https://www.ullensaker.kommune.no/no/Kontakt-oss/Enhet-og-ansatte/Fagomrade-helsevern-og-sosial-omsorg/Forebyggende-barn-og-unge/> (funnet August 18, 2015).

—. «Psykiatri døgntilbud.» *Helse og omsorg*. 7 november 2014.

<https://www.ullensaker.kommune.no/no/Los-struktur/Vare-emneord/Psykiatri--dogntilbud/> (funnet juni 9, 2015).

—. «Psykisk helse.» *Ullensaker kommune - helse og omsorg*. 9 9 2014.

<https://www.ullensaker.kommune.no/no/Virksomheter/Helse-og-sosial-omsorg/Helse-og-omsorg1/Hjelp-til-hjemmeboende/> (funnet juni 9, 2015).

—. «Psykososialt kriseteam.» *Ullensaker kommune*. u.d.

<https://www.ullensaker.kommune.no/no/Virksomheter/Helsevern/Psykososialt-kriseteam/> (funnet juni 9, 2015).

—. «Terapeutiske samtaler.» *Helse og sosial*. 9 9 2014.

<https://www.ullensaker.kommune.no/no/Virksomheter/Helse-og-sosial-omsorg/Helse-og-omsorg1/Hjelp-til-hjemmeboende/Psykososialt-kriseteam/> (funnet juni 9, 2015).

—. «Tildelingsenheten.» *Helse og sosial*. u.d.

<https://www.ullensaker.kommune.no/no/Virksomheter/Tildelingsavdelingen1/> (funnet juni 9, 2015).

—. «Ullensaker kommune - visjon og verdier.» *Sammen vil vi mer*. 23 mai 2014-2.

—. «Ullensaker kommune.» *Psykisk helsevern*. 3 april 2012.

<https://www.ullensaker.kommune.no/no/Los-struktur/Emneord-a-a/Psykisk-helsevern/> (funnet juni 8, 2015).

—. «Ullensaker kommune.» *legevakt*. 3 april 2012. <https://www.ullensaker.kommune.no/no/Los-struktur/Emneord-a-a/Legevakt/> (funnet juni 8, 2015).

Ullensaker. «Kurs og gruppetilbud -rus.» *Rus og avhengighet*. 4 april 2015.

<https://www.ullensaker.kommune.no/no/Los-struktur/Vare-emneord/Kurs-og-gruppetilbud--rus/> (funnet mai 28, 2015).

Ullensaker. *Årsbudsjett 2015, økonomiplan 2015-2018*. Økonomiplan, Ullensaker: Ullensaker kommune, 2015.

Ullensaker kommune (2011). *Evalueringsrapport av overføring av oppgaver knyttet til lov om sosiale tjenester fra NAV til enhet Helsevern*. Saksfremlegg med saksnr. 2010/4660-4.

Ullensaker kommune (2014a). *Prosjektbeskrivelse tverrfaglig samarbeid. Politi-Utekontakt-*

Rusteam. Jessheim: Ullensaker kommune.

Ullensaker kommune (2014b). *Evaluering av tverretattlig samarbeid. Politi-Utekontakt-Rusteam*. Jessheim: Ullensaker kommune.

Ullensaker kommune (2015). *Prosjektspesifikasjon (mandat)*. Jessheim: Ullensaker kommune.

Øvrige kilder

Akershus universitetssykehus (2014a). *ARA Øvre Romerike poliklinikk*.

http://www.ahus.no/omoss/_avdelinger/_rus-og-avhengighet/_ovre-romerike/_Sider/side.aspx [30.6.15].

Akershus universitetssykehus (2014b). *Retningslinje for samarbeidet mellom kommunene på Øvre Romerike og Akershus universitetssykehus HF ved Distriktpsikiatrisk senter (DPS) og Avdeling rus og avhengighet (ARA) Nedre Romerike*.

http://www.ahus.no/fagfolk/_samhandling/_samhandlingsreformen/_Documents/Delavtaler%20og%20retningslinjer/Retningslinje%20samarbeid%20kommuner%20og%20DPS_ARA%20%C3%98vre%20Romerike%20Godkjent%203.12.14.pdf#search=Retningslinje%20for%20samarbeidet%20mellom%20kommunene%20p%C3%A5%20%C3%98vre%20Romerike%20og%20Akershus%20universitetssykehus [1.7.15].

Akershus universitetssykehus (2015a). *Behandlingstilbud*.

http://www.ahus.no/omoss/_avdelinger/_distriktpsikiatrisk-senter-dps-ovre-romerike/_behandlingstilbud/_Sider/side.aspx [30.6.15].

Akershus universitetssykehus (2015b). *Akuttpsykiatri*.

http://www.ahus.no/omoss/_avdelinger/_akuttpsykiatri [1.7.15].

Akershus universitetssykehus (2015c). *Samarbeidsavtaler*.

http://www.ahus.no/fagfolk/_samhandling/_samhandlingsreformen/_Sider/side.aspx [3.7.15].

Akershus universitetssykehus (2015d). *Overordnet samarbeidsavtale*.

http://www.ahus.no/fagfolk/_samhandling/_samhandlingsreformen/_Documents/Overordnet%20Samarbeidsavtale%20Ahus%20og%20kommuner.pdf [3.7.15].

Akershus universitetssykehus (2015e). *Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp*.

http://www.ahus.no/fagfolk/_samhandling/_samhandlingsreformen/_Documents/Samarbeidsavtale%20om%20helhetlige%20pasientforløp%20v%201.0%2014122011.pdf [3.7.15].

Akershus universitetssykehus (2015f). *Delavtale 2 – Samarbeidsavtale om koordinerte tjenester*.

http://www.ahus.no/fagfolk/_samhandling/_samhandlingsreformen/_Documents/Delavtale%202%20-%20koordinerte%20tjenester.pdf [3.7.15].

Referanse til gjennomførte intervjuer

Helsevern, intervju av avdelingsledere (2015).

Helsevern, intervju av enhetsleder (2015).

NAV Ullensaker, intervju med avdelingsleder og seniorkonsulent (2015).

Pro Jessheim Øst, intervju av enhetsleder og avdelingsleder for Alderspsykiatrisk avdeling og Miljøarbeidertjenesten (2015).

Tildelingsenheten, intervju med enhetsleder (2015).

FIGURLISTE

Figur 1 Organisasjonskart Ullensaker kommune	10
Figur 2 Utsnitt av organisasjonskart for Helse og sosialomsorg	11
Figur 3 Samarbeid i enhet Helsevern	32
Figur 4 Samarbeid med enhet Helsevern	33
Figur 5 Samarbeid med NAV	36
Figur 6 Samarbeid med Tildelingsenheten	38
Figur 7 Samarbeid med Hjemmetjenesten	39
Figur 8 Samarbeid med Alderspsykiatrisk institusjon (Blåveiskroken)	41
Figur 9 Samarbeid med Miljøarbeidertjenesten	42
Figur 10 Samarbeid med Barnevernet	43
Figur 11 Samarbeid med fastlegene	44
Figur 12 Divisjon for psykisk helsevern	46
Figur 13 Rutiner for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (1)	52
Figur 14 Rutiner for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (2)	53
Figur 15 Opplevelse av samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten	54
Figur 16 Kommunikasjon mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten	55
Figur 17 Ansvar, oppgaver og mål - samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ...	56
Figur 18 Likeverdighet i samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten	57
Figur 19 Kjennskap til rutiner for IP	60
Figur 20 IP, koordinator og ansvarsgruppemøter	62
Figur 21 Tilbud om IP	63
Figur 22 Opplæring i koordinatorrollen	64
Figur 23 Trygghet i koordinatorrollen	65
Figur 24 Om koordinerende enhet fungerer etter hensikten	67
Figur 25 Kjennskap til koordinerende enhet	68

VEDLEGG: RÅDMANNENS HØRINGSSVAR



ULLENSAKER
kommune

Romerike Revisjon IKS
Ringveien 4
2050 JESSHEIM

Vår ref: (Oppgis ved svar)
2015/4502-2

Deres ref:
FR-09/14 509/15

Dato
02.09.2015

TILBAKEMELDING PÅ FORELEGGELSE - FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT - PSYKISK HELSE OG RUS

Rådmannens uttalelse til rapporten

Forvaltningsrevisjonsprosjektet belyser et viktig og vanskelig område til en sårbar gruppe. Kommunen ønsker å utvikle sine tjenester i takt med lovkrav, faglige føringer og brukerens behov. Det er derfor spesielt nyttig å få en grundig forvaltningsrapport, som analyserer hvordan status er i Ullensaker kommune og som vi kan bruke som utgangspunkt i vårt kontinuerlige forbedringsarbeid.

Revisjonens funn er ikke overraskende, og det fremkommer i rapporten områder hvor kommunen har et forbedringspotensial for å sikre at brukerne opplever et mere samordnet tilbud.

Rådmannen registrerer at revisjonen konkluderer med at kommunen i ganske stor grad legger til rette for et godt samarbeid. Dette er et godt utgangspunkt for å iverksette tiltak som skal bedre samarbeidet både internt og med spesialisthelsetjenesten.

Oppfølging av revisjonens anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen blir revisjonens anbefalinger:

- Kommunen bør vurdere ytterligere tiltak som styrker det lovpålagte og nødvendige samarbeidet både innad i kommunen (inklusive fastlegene og NAV-kommune) og opp mot spesialisthelsetjenesten.

Rådmannens kommentar og oppfølging av anbefalingen:

Funnene er ikke uventet, men svært beklagelig, og vil kreve at det avklares og nedfelles skriftlig hvilke ansvars- og arbeidsoppgaver NAV og Helsevern har i forhold til brukergruppen. Det skal parallelt jobbes med holdninger og samarbeidsrutiner. Dette gjelder også samarbeidet med andre tjenester og enheter. Rådmannen forventer at kommunens verdier må komme tydeligere frem, ikke bare overfor innbyggerne men også mellom samarbeidspartnere.

Når det gjelder samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er utfordringene mer sammensatte. Det oppleves at det er flere forhold som kommunen kun i liten grad kan påvirke. Rådmannen har tro på at kommunene på Øvre Romerike samlet kan gi innspill, både når det gjelder utvikling av tilbudet til spesialisthelsetjenesten og tilbakemeldinger og evaluering av samarbeidet. Det gjelder å benytte de samarbeidsfora som allerede fins og bruke disse aktivt for i dialog bedre tilbudet til brukergruppen.

Utover dette er det i tjenesteanalysen for psykisk helsevern som er utarbeidet i 2014 beskrevet nødvendigheten av å gjøre noen langsiktige prioriteringer når det gjelder tjenester til mennesker med psykiske vansker/lidelser. Det skal utarbeides et strategidokument for området. Strategiene og tiltakene som foreslås vil kreve et tett og forpliktende samarbeid på tvers av enheter og fagområder, slik at kommunen sikrer et helhetlig tjenestetilbud for brukeren og deres pårørende. Strategier og tiltak skal også legges frem og drøftes med brukerorganisasjonene. Dette er en sårbar brukergruppe og det skal derfor legges vekt på god brukermedvirkning i det videre arbeidet.

- Kommunen bør sette inn tiltak som sikrer den enkeltes rett til individuell plan og koordinator i henhold til lovens intensjon og krav.

Kommunens kommentar og oppfølging av anbefalingen:

Det vil i forbindelse med budsjett 2016 foreslås å overføre vedtaksmyndigheten for tjenester innen psykisk helse og rus til Tildelingsenheten fra 2016. Dette vil bidra til å sikre lik og god saksbehandling og styrke tjenestemottakerens rettsikkerhet.

Forvaltningsorganets virksomhet er regulert i forvaltningsloven og saksbehandlingen er utøvelse av forvaltningsmyndighet som stiller krav til utredning, vedtak – og klagebehandling.

Egne prosedyrer vil sikre at tjenestetilbud planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med faglige normer og standarder.

Enhetene Tildeling og Helsevern vil dermed arbeidere tettere sammen og bli kjent med hverandres ansvars- og arbeidsoppgaver. Denne endringen vil sammen med strategiplanen bidra til å sikre brukergruppen et enda bedre tilbud i fremtiden.

□ Kommunen bør sette inn tiltak som sikrer at koordinerende enhet fungerer etter forutsetningene i loven, jf. kapittel 7 i helse og omsorgstjenesteloven og forskrift om habilitering og rehabilitering.

Kommunens kommentar og oppfølging av anbefalingen:

Mandatet til koordinerende enhet er etter gjeldende lov og forskrift tredelt; (1) tildele individuell plan og koordinator, (2) overordnet ansvar for arbeidet med individuelle planer samt (3) gi opplæring og veiledning til koordinatorene. Ullensaker kommune har ikke samlet all tildeling av individuelle planer i koordinerende enhet, men koordinerende enhet har utarbeidet og holder ved like prosedyrer, maler og dokumenter knyttet til dette arbeidet for hele kommunen.

Koordinerende enhet har også oversikt over alle individuelle planer og koordinatorene som er i drift i kommunen. Det registreres at kommunerevisjonen ønsker en tettere oppfølging og ønsker at koordinerende enhet skal ha en sterkere rolle, noe Rådmannen vil vurdere. Det vil bli vurdert å iverksette et arbeid for å ivareta dette. Rådmannen ser at dette vil styrke kvaliteten på habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet hvor koordinering er avgjørende. Ved at saksbehandling av psykiske helse og rus tjenester foreslås ivarettatt av Tildelingsenheten, vil kommunen sikre at behovet for individuelle planer og koordinator for denne gruppen blir ivarettatt ved i samme enhet.

Begrepet koordinerende enhet er i dag lite brukt i kommunen, men Rådmannen er av den oppfatning at oppgavene utføres og ivaretas på en god måte. Det gjelder å gjøre administrasjonen bedre kjent med begrepet.

Med hilsen



Mette Gro Iversen

Kommunaldirektør helsevern og sosialomsorg

Dokumentet er ekspedert og godkjent elektronisk