



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

## **PSYKISK HELSE OG RUS**

**ET HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD OG VEDTAK OM TJENESTER  
ETTER LOVENS KRAV**

LØRENSKOG KOMMUNE

JUNI 2015



# INNHold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>I</b>
Formål med prosjektet	i
Problemstillinger og avgrensninger	i
Revisjonens oppsummering	i
Revisjonens samlede vurdering og konklusjon	ix
Anbefalinger	x
<b>1 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn og formål med prosjektet	1
1.2 Problemstillinger	1
1.3 Revisjonskriterier	2
1.4 Avgrensninger og begrepsdefinisjoner	2
1.5 Oppbygging av rapporten	3
1.6 Rådmannens uttalelse til rapporten	4
<b>2 Anvendte metoder i prosjektet</b>	<b>5</b>
2.1 Datainnsamling og datagrunnlag	5
2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet	6
<b>3 Tjenestetilbud og organisering</b>	<b>9</b>
3.1 Innledning	9
3.2 Overordnet organisering og kommunens verdier	9
3.3 Sentrale virksomheter i arbeidet med rus og psykisk helse	11
3.3.1 Bolig, rus og psykisk helse	11
3.3.2 Samhandling og forvaltning	15
3.3.3 Helsefremmende og forebyggende tjeneste	16
3.4 Kommunens øvrige tjenestetilbud til brukergruppen	18
3.4.1 Hjemmetjenesten	18
3.4.2 NAV Lørenskog	18
3.4.3 Fastleger - kommuneoverlege - kurative tjenester	18
3.5 Helse- og omsorgsplan 2015-2026	19
<b>4 Revisjonskriterier</b>	<b>23</b>
4.1 Kriterier til problemstillingen om et helhetlig og koordinert tilbud	23
4.1.1 System for å sikre at aktivitetene er i samsvar med lov m.m.	23

4.1.2	Lovbestemt ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven	24
4.1.3	Sammenfatning av revisjonskriteriene	27
4.2	Kriterier til problemstillingen om enkeltvedtak	27
4.2.1	Sammenfatning av revisjonskriteriene	30
<b>5</b>	<b>Et Helhetlig og koordinert tjenestetilbud</b>	<b>31</b>
5.1	Samarbeid generelt	31
5.2	Samarbeid internt i Bolig, rus og psykisk helse	33
5.3	Samarbeid på tvers av kommunens tjenester	36
5.3.1	Samhandling og forvaltning/Mottaks- og utredningskontoret	36
5.3.2	NAV Lørenskog	39
5.3.3	Helsefremmende og forebyggende tjeneste	44
5.3.4	Hjemmetjenesten	47
5.3.5	Barnevernet	48
5.3.6	Flyktningetjenesten	50
5.3.7	Kommuneoverlegen	50
5.3.8	Opplevelsen av Bolig, rus og psykisk helse som samarbeidspart	51
5.4	Samarbeid med fastlegene	51
5.5	Samhandling med spesialisthelsetjenesten	53
5.5.1	Kommunens samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten	54
5.5.2	Samarbeidsavtaler med Ahus	56
5.5.3	Rutiner for samarbeid – utskriving av pasienter	59
5.5.4	Samarbeid i praksis	61
5.6	Individuell plan og koordinator	66
5.7	Koordinerende enhet	71
<b>6</b>	<b>Vedtak om tjenester</b>	<b>75</b>
6.1	Ansvar og myndighet	75
6.2	Rutiner for saksbehandling	77
6.2.1	Samhandling og forvaltning	77
6.2.2	Avdeling for rus og psykisk helse	80
6.2.3	Individuell plan	84
6.2.4	Vedtak om bolig	85
<b>7</b>	<b>Revisjonens vurdering og konklusjon</b>	<b>87</b>
7.1	Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud	87
7.2	Tildeling av tjenester – (enkelt)vedtak	91

7.3	Revisjonens samlede vurdering og konklusjon	93
7.4	Anbefalinger	94
	LITTERATUR- OG KILDEOVERSIKT	95
	FIGURLISTE	97
	VEDLEGG: RÅDMANNENS HØRINGSSVAR	98

# SAMMENDRAG

## Formål med prosjektet

Formålet med revisjonen har vært å undersøke om kommunen sikrer at pasienter/brukere 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 de med psykiske vansker/lidelser og /eller rusavhengighet og hvordan dette er organisert.

Videre har formålet vært å undersøke hvordan kommunen sikrer at det fattes vedtak på tjenester etter lovens krav.

## Problemstillinger og avgrensninger

Revisjonen ser i denne rapporten på følgende tre 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 Lørenskog kommune at pasienter eller brukere med psykiske vansker og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?
3. Hvordan sikrer kommunen at det fattes vedtak på tjenester etter lovens krav?

Prosjektets hovedfokus er rettet mot systemene for koordinering og samhandling av tjenester til enkeltbrukere, herunder virkemidlene individuell plan og koordinator. Undersøkelsen tar for seg kommunens tilbud til personer over 18 år. Kommunens arbeid med barn og unge ligger derfor (i all hovedsak) utenfor undersøkelsen.

Opplysningene som ligger til grunn for undersøkelsen er innhentet ved hjelp av tre forskjellige metoder: dokumentanalyse, intervjuer og spørreundersøkelse.

## Revisjonens oppsummering

Mange av tilbudene til brukere med rusavhengighet og/eller psykiske vansker/lidelser over 18 år er samlet i virksomheten Bolig, rus og psykisk helse. Mange brukere mottar også tjenester fra NAV, noen fra hjemmetjenesten og andre også fra Forebyggende og helsefremmende enhet (de unge voksne). Fastlegene har en viktig rolle i det samlede psykiske helsearbeidet og er en viktig samarbeidspartner for kommunen. Tilsvarende gjelder for spesialisthelsetjenesten, som er sentral når det gjelder behandling av pasienter med mer alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet.

### Problemstilling - helhetlige og koordinerte tjenester

#### Revisjonskriterium

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

Kommunen samlet nylig flere av tjenestene til personer med rusavhengighet og /eller store psykiske helseutfordringer i en virksomhet, mens utrednings- og saksbehandleroppgavene i all hovedsak er lagt til enhet for Samhandling og forvaltning (Mottaks- og utredningskontoret). Revisjonen skal ikke ta stilling til hensiktsmessigheten ved kommunens organisering, men vil trekke fram at blant de som revisjonen har intervjuet mener flere at det å samle tjenestene til brukere med store rus og/eller psykiske helseutfordringer til én virksomhet, legger i seg selv godt til rette for å kunne gi bruker et helhetlig og koordinert tilbud. Tilsvarende gjelder samlingen av utredningsoppgaver og vedtaksmyndighet (med noen unntak) til en enhet, Samhandling og forvaltning.

Ledere og medarbeidere har i samtaler med revisjonen også fortalt om et sterkt fokus på nødvendigheten av samarbeid for å sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud med god kvalitet. Viktigheten av samarbeid synes også å være godt forankret i kommunens planverk. I kommunens Helse- og omsorgsplan 2015-2026 trekkes tverrfaglig samarbeid frem både som en viktig strategi, og ett av mange tiltak for å løse sektorens oppgaver frem mot 2026.

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. Lørenskog kommune har etter revisjonens vurdering mange av disse faktorene på plass, men det er også rom for forbedringer på mange områder.

Kommunen har etablert flere faste rutiner og møteplasser for å sikre et nødvendig samarbeid både:

- internt i avdelingen for Bolig, rus og psykisk helse,
- på tvers mellom de ulike enhetene i kommunen
- og opp mot spesialisthelsetjenesten.

På overordnet ledernivå er det ledermøter her 14. dag som samler kommunaldirektør, samtlige virksomhetsledere i helse- og omsorgssektoren, og fra årsskiftet, også Nav-leder.

Internt i Bolig, rus og psykisk helse er det faste møter på alle nivå. Avdelingsledermøter og avdelingsmøter bidrar til regelmessig kontakt og legger godt til rette for å drøfte utfordringer både i enkeltsaker og for tjenesten som sådan, utveksle erfaringer og legge felles planer. I tillegg er det virksomhetssamlinger seks ganger i året. Undersøkelsen viser at det generelt er et godt samarbeid internt, men at det også er rom for forbedringer. Blant annet uttrykkes behov for å bli enda bedre kjent med kollegaer og tjenester på tvers av avdelinger. Revisjonen mener dette er ekstra viktig ettersom avdelingene ikke er lokalisert på samme sted.

Vurderinger og prioriteringer rundt tildeling av kommunal bolig til de som har fått dette innvilget foregår i faste tildelingsmøter. Her deltar i tillegg til Avdeling rus og psykisk helse, Boligkontoret, Mottaks- og utredningskontoret, NAV og Flyktningetjenesten. Det er også månedlige fagmøter mellom Avdeling rus og psykisk helse, Samlokaliserte boliger og Mottaks- og utredningskontoret. Samarbeidet her er viktig med tanke på å sikre at den enkelte bruker får tildelt riktig tjeneste på rett nivå og for å sikre en god og hensiktsmessig oppfølging av den enkelte bruker. Tilbakemeldingene

til revisjonen er at disse møtene fungerer godt, men at det er et forbedringspotensial når det gjelder dialog/planlegging av boligbehov og bruk av kommunens kartleggingsverktøy.

Generelt viser undersøkelsen at samarbeidet med Mottaks- og utredningskontoret er godt og at det er gode rutiner for samarbeid om den enkelte brukers tilbud. Det trekkes imidlertid frem at det er behov for en bedre avklaring av roller, rolleforståelse og ansvar mellom de to virksomhetene, spesielt i tunge og sammensatte saker. Etter revisjonens meninger er det viktig at dette kommer på plass raskt. Det pekes også på at det kunne vært hensiktsmessig med et tettere samarbeid på virksomhetsledernivå. Videre trekkes det frem at dialog og planlegging av boligbehov i kommunen kan bedres.

Mange av brukerne i Bolig, rus og psykisk helse har også tjenester fra Nav-kommune, blant annet sosialhjelp. Nav har også ansvar for å sørge for bolig til de som trenger dette akutt. Samarbeidet mellom Bolig, rus og psykisk helse, og NAV foregår i tillegg til ledermøter, i tildelingsmøtet (hvor også Mottaks- og utredningskontoret er med), gjennom ansvarsgruppemøter og ellers ad hoc, fra sak til sak.

Kommunen har valgt å organisere det tverrfaglige samarbeidet om den enkelte bruker i ansvarsgruppemøter. Dette er i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet 2014). Møtene samler bruker og de viktigste aktørene rundt bruker. Formålet med møtene er å planlegge, følge opp og samordne innsatsen fra de involverte tjenestene. Undersøkelsen viser imidlertid at det kan være utfordrende å samle alle aktørene i en ansvarsgruppe. I siste instans kan dette få konsekvenser for fremdrift og kvalitet i tilbudet til bruker, noe som etter revisjonens syn er uheldig.

Spørreundersøkelsen viser at det er delte meninger om samarbeidet med NAV. Majoriteten av de spurte vurderer samarbeidet med Nav til å være middels, altså med rom for forbedringer. I dybdeintervjuene revisjonen har gjort trekkes det frem flere utfordringer og forbedringsområder.

Fra Bolig, rus og psykisk helse og Mottaks- og utredningskontoret sin side pekes det spesielt på at Nav-ansatte er vanskelig tilgjengelige, noe som gjør at «ting» tar tid. Det trekkes også fram at det er mangel på kontinuitet i samarbeidet på grunn av stor utskiftning av medarbeidere. Videre pekes det på at det er for lite samarbeid og dialog om felles brukere, både når det gjelder oppfølging med hensyn til brukernes økonomi og andre utfordringer brukeren måtte ha.

Revisjonens nøkkelinformanter i NAV peker på flere forhold som oppleves som utfordrende i samarbeidet. Ansvarsforhold i grensesnittet mellom tjenestene oppleves ikke som avklart. Konsekvensen, påpekes det, er en «dette er ikke mitt bord» tenkning. I verste fall er det oppgaver som står i fare for ikke å bli ivaretatt og brukeren selv kan oppleve å bli kasteball i systemet. Det gis også uttrykk for at det er utydelig hva kommunens ledelse vil at den kommunale delen av Nav skal «drive med».



En annen utfordring som trekkes frem er manglende kjennskap eller bevissthet om at NAV-kommune også er en del av kommunen. Det kommer frem at de kommunalt NAV ansatte opplever å befinne seg på siden av det som ellers skjer i kommunen. Det understrekes at det er behov for å bli bedre kjent med hverandre og hverandres tjenester, utnytte ressursene bedre og få på plass et effektivt samarbeid til det beste for brukerne. NAV (kommune) ble ved årsskiftet en del av helse- og omsorgssektoren i kommunen. Det gis uttrykk for forventninger om at dette vil ha en positiv effekt for samarbeidet og at det vil kunne gi brukerne et bedre tilbud. Revisjonen mener informantene peker på viktige utfordringer og mener kommunens ledelse bør se nærmere på ytterligere tiltak som kan styrke samarbeidet.

Virksomhet Bolig, rus og psykisk helse, ved avdeling rus og psykisk helse, samarbeider også i noen grad med Helsefremmende og forebyggende tjeneste. Først og fremst er det et tverrfaglig samarbeid om oppfølging av gravide rusmisbrukere. Samarbeidet er formalisert gjennom faste rutiner regulert i en egen metodebok, blant annet nedsettes det arbeidsgruppemøter rundt oppfølgingen av mor og barn.

Kommunen har også et tverrfaglig samarbeid om å forebygge alvorlig rusproblemer blant ungdom i alderen 13-20 år, blant annet gjennom Ruskontrakter. Her har Avdeling rus og psykisk helse i liten grad vært involvert, men det jobbes nå med å involvere avdelingen mer, spesielt i samarbeidet om unge voksne som er på vei inn i rusavhengighet og som har utfordringer som gjør at de faller mellom de to tjenestene. Flere mener det generelt ville vært hensiktsmessig med et noe tettere samarbeid mellom de to tjenestene, både med tanke på å se helheten i kommunens tilbud innen rus og psykisk helse, tydeliggjøre felles ansvar, kompetanseoverføring, faglig veiledning osv. Revisjonen mener det er positivt at Avdeling rus og psykisk helse nå er trukket inn i arbeidet med en handlingsplan for denne gruppen og at de to virksomhetene har begynt å diskutere et tettere samarbeid.

Revisjonens informanter understreker viktigheten av samarbeid og dialog med hjemmetjenesten med tanke på å avdekke sykdom, mangler i boligen osv. Samarbeidet er ikke formalisert i rutiner, men felles lokalisering med Boligkontoret bidrar til å senke terskelen for samarbeid. Spørreundersøkelsen viser at samarbeidet med hjemmetjenesten om brukergruppen alt i alt fungerer godt.

Revisjonen får opplyst at samarbeidet og dialogen mellom Bolig, rus og psykisk helse og barnevernet i all hovedsak oppleves som godt, selv om barnevernets taushetsplikt oppleves som utfordrende. Det gis uttrykk for et ønske om mer åpenhet fra barnevernets side slik at man lettere kan jobbe mot felles mål. Revisjonen mener kommunen bør se nærmere på om, og eventuelt hvordan disse utfordringene kan løses.

Bolig, rus og psykisk helse har et fast samarbeid med flyktningetjenesten om tildeling av bolig til flyktninger. Flyktninger som har psykiske utfordringer og/eller rusproblemer kan søke om tjenester på lik linje med andre innbyggere i kommunen. Det trekkes frem at samlokalisering med avdeling psykisk helse og rus bidrar til å senke terskelen for samarbeid.

Kommuneoverlegen er en viktig samarbeidspartner for Bolig, rus og psykisk helse og et viktig bindeledd mellom kommunen og fastlegene. En gjennomgående tilbakemelding er at det er ønskelig med et tettere samarbeid med kommuneoverlegen. Det understrekes også at det er viktig at kommuneoverlegen har god kunnskap om kommunens tjenester til brukergruppen og formidler dette videre til fastlegene. Revisjonen mener kommunen bør se på hvordan kommuneoverlegens kompetanse og ressurser kan trekkes mer inn i arbeidet med brukere med rusavhengighet og/eller psykisk lidelser. Det er også viktig at kommuneoverlegen er bevisst på å formidle informasjon og kunnskap om kommunen til fastlegene.

Fastlegene er en viktig del av det samlede psykiske helse- og rusarbeidet i kommunen. Bolig, rus og psykisk helse samarbeider med fastlegene primært om oppfølging av brukere i LAR-møter og i ansvarsgrupper rundt den enkelte bruker der det er etablert. Samhandling og forvaltning har kontakt og dialog med fastlegene spesielt i forbindelse med henvisninger. Revisjonen understreker at kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid med mellom kommunen og fastlegene er slått fast i § 8 i forskrift om fastlegeordning i kommunene. Revisjonens undersøkelse viser at samarbeidet med fastlegene alt i alt oppleves som godt og at det er gode rutiner for samarbeid.

### Revisjonskriterium

Kommunestyret skal vedta samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen.

Helse- og omsorgstjenesteloven krever at det er samarbeid mellom kommunen og regionale helseforetak og at samarbeidet skal sikres gjennom lovpålagte samarbeidsavtaler. Kommunen har inngått de lovpålagte samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten. I desember 2014 inngikk kommunen i tillegg, i samarbeid med de andre kommunene på Nedre Romerike, retningslinjer for samarbeid med DPS/ARA og sykehusavdelingene i Divisjon psykisk helsevern Ahus innenfor psykisk helse og rusfeltet. Bakgrunnen for dette var et behov for å forplikte partene i pasientsamarbeidet ytterligere.

Omtrent halvparten av de spurte mener alt i alt det er gode rutiner for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Mye av samarbeidet om den enkelte bruker/pasient er satt i system gjennom ansvarsgruppemøter og LAR<sup>1</sup>-møter. Kontakten om utskrivning og innskrivning av pasienter foregår blant annet gjennom PLO-meldinger<sup>2</sup>. Revisjonens undersøkelse viser at erfaringene fra bruk av PLO-meldinger alt i alt er gode, selv om kommunen ikke alltid mottar PLO-melding eller innkalling til utskrivingsmøte om den enkelte bruker. Flere av revisjonens informanter opplever at særlig rusmisbrukere er utsatt for ikke å fanges opp.

---

<sup>1</sup> LAR: Legemiddelassistert rehabilitering.

<sup>2</sup> PLO-meldinger: Elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger

Revisjonens undersøkelse tyder på at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten alt i alt fungerer greit i det daglige, men det bærer preg av flere utfordringer:

- Det oppleves som vanskelig å få spesialisthelsetjenesten «på banen» for å samarbeide om akutt psykisk syke
- Kommunen opplever også dels at den mangler et hensiktsmessig tilbud til denne brukergruppen. Lørenskog kommune har bemannede boliger, men de er ikke institusjoner med kapasitet til å drive behandling og medisinerer av de sykeste pasientene.
- Det oppleves at spesialisthelsetjenesten ikke alltid kjenner godt nok til kommunens tjenester innen området psykisk helse og rus og «instruerer» kommunen i å legge til rette for tjenester de ikke har.
- Det er faglig uenighet og mangel på likeverdighet i samarbeidsforholdet.

Revisjonen mener utfordringene er alvorlige og kommunen må, eventuelt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, se på hvordan de kan løse disse utfordringene.

### 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.

#### *Individuell plan og koordinator*

Kommunen har plikt til å tilby IP til personer med langvarige og sammensatte behov. Individuell plan skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. IP er frivillig og mange brukere takker i følge kommunen nei til å få en slik plan utarbeidet. Revisjonens undersøkelse viser imidlertid at det ikke alltid tilbys IP til de som har krav på det, og at IP er et lite brukt verktøy i arbeidet med denne brukergruppen. Det oppgis flere årsaker til dette.

For det første oppgis det at det er usikkerhet blant de ansatte i forbindelse med rutinene for arbeidet med IP og koordinator. Kun mellom syv og tolv prosent sier seg helt enige i påstandene om kjennskap til rutiner for IP. Den samme tendensen ser vi for kjennskap til rutiner for oppnevning av koordinator og koordinators arbeidsoppgaver. Revisjonen vurderer det som positivt at Lørenskog kommune har rutiner på plass, men det er et problem at såpass mange kjenner seg usikre på rutinene.

Undersøkelsen viser videre at kommunens rutiner for IP og koordinator ikke gjelder for rustjenesten. Dette kommer imidlertid ikke frem i kommunens håndbok om IP og koordinator. Revisjonen får opplyst at årsaken til at rustjenesten har egne rutiner er fordi *alle* brukerne i rustjenesten har IP og koordinator. Derfor ønsker man å slippe å søke om denne tjenesten hos Koordinerende enhet. Men revisjonens undersøkelser viser at IP slik lov og forskrift definerer den, er lite brukt blant brukerne i rustjenesten. Det settes opp planer for brukerne som ligner på IPer med mål, fremgangsmåte for å nå målene og så videre. Revisjonen mener kommunen bør vurdere å ha et felles system for

hvordan det skal jobbes med IP og koordinatorene. IP bør også formaliseres etter lovverkets intensjon, først og fremst for å sikre brukeren trygghet om kvalitet og likebehandling.

For det andre oppgis det at IP er for omfattende og arbeidskrevende. Kun syv prosent av de spurte i spørreundersøkelsen oppgir at de er helt enige i at IP er et nyttig verktøy. Det oppgis også at brukeren selv oppfatter IP som mye jobb og som «skummelt». Revisjonen vil understreke at det er brukernes behov som skal ligge til grunn for bruken av IP, ikke enkeltmedarbeideres holdninger eller tidsressurser.<sup>3</sup>

For det tredje oppgis det at mangel på opplæring fører til at IP brukes i mindre grad. Nærmere 60 prosent av de med koordineringsoppgaver oppgir at de ikke har blitt tilbudt opplæring. Revisjonen mener det er viktig å trygge de ansatte i koordinatorrollen samt i arbeidet med IP, slik at brukerens behov ivaretas på best mulig måte, og ifølge lovkrav.

### *Koordinerende enhet*

Kommunen har en koordinerende enhet som består av to koordinatorene og en kreftkoordinator. Enheten er organisert under Mottaks- og utredningskontoret. Enheten har blant annet ansvar for å ta imot søknader om IP og koordinator, opplæring i bruk av IP og i koordinatorrollen, i tillegg til å holde oversikt over IPer og koordinatorene.

Når det gjelder enhetens ansvar for opplæring oppgis at mangel på kapasitet i Koordinerende enhet gjør det vanskelig å få gjennomført dette. Som nevnt over er det viktig å se til at tilfredsstillende opplæring skjer slik at alle ansatte blir trygge i koordinatorrollen og i arbeidet med IP. Avdeling for psykisk helse og rus opplyser at de savner årlige samlingspunkter for koordinatorene i regi av Koordinerende enhet og at Koordinerende enhet holder koordinatorrollene oppdatert på temaer som er relevant for arbeidet som koordinator.

Revisjonens undersøkelse viser at få av de ansatte i spørreundersøkelsen kjenner til hva Koordinerende enhet er og hva slags oppgaver de har. Over 50 prosent har svart at de ikke har noen formening om hvorvidt Koordinerende enhet fungerer etter hensikten. Koordinerende enhet skal ta imot og behandle søknader om IP og koordinator for alle andre enn rustjenesten, samt drive med opplæring og veiledning av de ansatte, og det er bekymringsfullt dersom mange av de ansatte ikke kjenner til at dette er enhetens oppgaver og hensikt. Revisjonen mener at det er viktig at kommunen synliggjør Koordinerende enhet og dens oppgaver for de ansatte som jobber med personer med rus- eller psykiske helseproblemer, slik at man på best mulig vis sikrer samhandling om disse brukerne og at de får de tjenestene de har behov for.

Koordinerende enhet skal også holde oversikt over IPer i kommunen og hvem som er koordinatorene. Det fremkommer imidlertid av undersøkelsen at det er forskjellige syn på om kommunen har en slik

---

<sup>3</sup> Revisjonen viser også til veiledningsplikten som følger av lov 10.2.1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker § 11.

oversikt og om det er mulig å fremskaffe dette av fagsystemet Profil. Revisjonen mener kommunen bør få på plass en ordning for registrering av disse tjenestene slik at Koordinerende enhet på enklest mulig måte kan skaffe seg en slik oversikt.

### **Problemstilling - vedtak om tjenester**

Revisjonen har undersøkt hvordan kommunen sikrer at det fattes vedtak på tjenester i henhold til lovens krav.

#### Revisjonskriterium

Kommunen skal ha systemer som sikrer at det blir fattet (enkelt)vedtak etter lovens krav, herunder skal det være avklart hvem som har ansvar og myndighet og det skal være rutiner for saksbehandling, innhold og hjemmel.

#### *Ansvar og myndighet*

Revisjonen vurderer at kriteriet ikke er fullt ut oppfylt. Hvem som har ansvar og myndighet til å fatte enkeltvedtak synes å være avklart i praksis, men tydelig og skriftlig delegering av ansvar og myndighet til å fatte vedtak er ikke på plass, jf. kommuneloven §§ 6 og 23 nr. 4.

Undersøkelsen viser at rådmannen er delegert myndighet fra kommunestyret til å fatte vedtak i medhold av særlov. Rådmannen har så videre delegert myndigheten til kommunaldirektørene. Videre delegering fra kommunaldirektør for helse og omsorg til ledere i sektoren er kjent blant de ansatte, basert på praksis og er i liten grad skriftliggjort. Det framgår også i rapporten at ledere i Bolig, rus og psykisk helse er delegert fag-, økonomi- og personalansvar direkte i sine lederavtaler. Skriftlig delegering av vedtaksmyndighet med lovhenviing til den enkelte særlov er ikke på plass. Revisjonen mener at dagens delegering av vedtaksmyndighet er for generell og at dette ikke kan sies å være tilfredsstillende. Delegering av vedtaksmyndighet skal følge en delegeringsrekke. Det er etter revisjonens oppfatning viktig at kommunen ferdigstiller dette arbeidet.

Innenfor rustjenesten i Avdeling for rus og psykisk helse saksbehandles og lages vedtak om tjenester av rustjenesten før det godkjennes av virksomhetsleder for Samhandling og forvaltning som har vedtaksmyndighet. For vedtak om botilbud ved samlokalisert bolig er vedtaksmyndigheten imidlertid ikke konsistent med dette. Revisjonen bemerker at et vedtak ikke er fattet før det er godkjent. Revisjonen mener at rutinene framstår som noe forvirrende på dette punkt og årsaken kan være at noe henger igjen fra tidligere rutiner og organisering. Revisjonen er kjent med at kommunen vil vurdere rutiner og arbeidsfordeling på nytt innenfor rusfeltet.

#### *Rutiner for saksbehandling*

Revisjonen vurderer at kriteriet i stor grad er oppfylt. Kommunen har skriftlige rutiner for saksbehandling. Revisjonen mener likevel at retningslinjer, rutiner og vedtaksmaler om bolig og tjenester bør inngå i en helhet i den gjennomgangen som kommunen nå står foran.

Felles for rutinene i begge virksomheter er at de sier noe om innholdet i saksbehandlingen og tjenestetilbudet, og både rutiner og vedtaksmaler inneholder opplysninger om hjemmel og klageadgang. Dette er positivt og det er også positivt at virksomhet Samhandling og forvaltning nå

er i gang med å oppdatere retningslinjene sine og at virksomhet Bolig, rus og psykisk helse står foran en gjennomgang av arbeidsfordeling m.m. Det er imidlertid enkelte svakheter og utfordringer.

I et internkontroll-perspektiv er det ikke tilfredsstillende at rutinene i avdeling Bolig, rus og psykisk helse i liten grad inneholder noe om hvem som har godkjent rutinene og når de skal gjennomgås neste gang.

Revisjonens undersøkelser viser at bruk av ulike kartleggingsverktøy og tilnæringsmåter kan være en utfordring, men det fortelles i intervjuer at samarbeid i faste møter avhjelper dette på en bedre måte nå enn tidligere. Undersøkelsen viser videre at rutiner, retningslinjer og vedtaksmaler som gjelder tilbud om tjenester og bolig innenfor rusfeltet ikke inngår i en helhet med felles rutiner, retningslinjer og vedtaksmaler for hele psykisk helse og rusfeltet innenfor helse- og omsorg i kommunen.

Vurdering og tildeling av IP skjer i forskjellige virksomheter innenfor helse- og omsorgstjenesten. Revisjonens undersøkelse indikerer at det kan være behov for bedre samordning av krav til saksbehandling og overprøvningsmuligheter når det gjelder individuell plan.

Når det gjelder individuell plan og mulighetene for å klage ble det foretatt endringer i klagereglene da stortinget vedtok helse- og omsorgstjenesteloven. Retten til individuell plan ble da tatt inn i pasient- og brukerrettighetsloven sammen med klagerettigheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Klageadgangen omfatter mer enn rett til å påklage avslag på individuell plan. Det kan for eksempel klages på manglende brukermedvirkning i utarbeidelse av planen. Når plan er utarbeidet, kan det også klages dersom krav til innhold som følger av forskriften, ikke er oppfylt. Malen Samhandling og forvaltning bruker for å gi positivt svar på henvendelser om individuell plan, inneholder ikke opplysninger om klageadgang. Håndboken om individuell plan omtaler bare muligheten for å klage over avslag på IP. Revisjonen mener at kommunens håndbok og mal må gjenspeile alle sider ved klageretten på IP.

Revisjonen viser at Koordinerende enhet fatter vedtak om individuell plan og koordinator, med unntak for rusfeltet. I håndboken som kommunen utarbeidet om individuell plan i 2012 heter det at Koordinerende enhet tar i mot alle henvendelser om dette, saksbehandler og gir skriftlig vedtak eller avslag til bruker. Revisjonen gjør oppmerksom på at formålet med koordinerende enhet er å bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tjenestetilbud. Det er ikke et lovkrav at koordinerende enhet skal ta imot søknader og saksbehandle disse.

### **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 tre revisjonskriterier.

For det første har vi undersøkt kommunens arbeid med å legge til rette for samarbeid både internt i kommunen og opp mot spesialisthelsetjenesten. Revisjonen konkluderer med at kommunen i ganske stor grad sikrer dette. Kommunen har et system som legger til rette for samarbeid, både

internt og opp mot eksterne samarbeidspartnere. Det er imidlertid et potensial for forbedring, særlig gjelder dette i samarbeidet med Nav og spesialisthelsetjenesten.

For det andre har vi sett på om kommunestyret har vedtatt samarbeidsavtale med Ahus, noe de har gjort. Det er også nylig vedtatt retningslinjer for samarbeid spesifikt for området psykisk helse og rus. 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 det, tilbys en individuell plan og en koordinator, samt om kommunen har en koordinerende enhet. Kommunen benytter i liten grad individuell plan som et verktøy i oppfølgingen av den enkelte bruker. Lovgiver har ment at Individuell plan er et viktig verktøy, både for å sikre brukermedvirkning og et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Revisjonen mener kommunen bør vurdere å øke sin bruk av individuelle planer i sin oppfølging av brukerne innenfor feltet psykisk helse og rus.

Når det gjelder spørsmålet om hvordan kommunen sikrer at det fattes vedtak på tjenester etter lovens krav, har vi sett på om det er avklart hvem som har ansvar og myndighet og om kommunen har rutiner for saksbehandling, innhold og hjemmel. Revisjonen konkluderer med at kommunen har noen svakheter her. Hvem som har ansvar og myndighet til å fatte enkeltvedtak synes å være avklart i praksis, men tydelig og skriftlig delegering av ansvar og myndighet til å fatte vedtak er ikke på plass, jf. kommuneloven §§ 6 og 23 nr. 4. Kommunen har skriftlige rutiner for saksbehandling, men rutiner og maler er utdatert og bør gjennomgås. Det er positivt at kommunen allerede er i gang med et arbeid på dette området, både når det gjelder delegering og gjennomgang av arbeidsfordeling og rutiner.

### **Anbefalinger**

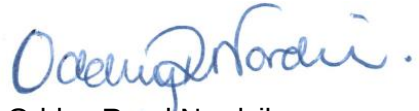
På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen blir revisjonens anbefalinger:

- Kommunen bør vurdere ytterligere tiltak som styrker det lovpålagte og nødvendige samarbeidet både innad i kommunen (inklusive NAV) 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.
- Kommunen bør sørge for å fullføre arbeidet med oppdatering av delegering av vedtaksmyndighet, rutiner og maler for saksbehandling innenfor psykisk helse og rus i helse og omsorg.

Jessheim, 10. juni 2015



Nina Neset  
Revisjonssjef



Oddny Ruud Nordvik  
avdelingsleder forvaltningsrevisjon



# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn og formål med prosjektet

Kontrollutvalget i Lørenskog kommune bestilte en forvaltningsrevisjon innenfor tjenesteområdet «Psykisk helse og rus» i møte 23.9.2014 sak 26/2014. Bestillingen er forankret i plan for forvaltningsrevisjon 2014-2016, vedtatt av kommunestyret 25.6.2014.

Personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet har ofte behov for tjenester fra ulike deler og sektorer i hjelpeapparatet, ofte samtidig. Det er i flere stortingsmeldinger og nasjonale planer blitt 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.

Videre er formålet å undersøke hvordan kommunen sikrer at det fattes vedtak på tjenester etter lovens krav.

## 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 Lørenskog kommune at pasienter eller brukere med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?
3. Hvordan sikrer kommunen at det fattes vedtak på tjenester etter lovens krav?

### 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 et system som sikrer brukernes rettigheter til individuell plan og koordinator.

Samarbeid er en plikt og 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, pårørende foreninger, 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.

For å svare på problemstilling 3 undersøker revisjonen om det er avklart hvem som har ansvar og myndighet til å fatte vedtak etter lovens krav og om kommunen har rutiner på dette området. Det ligger utenfor revisjonens undersøkelse å se om rutinene etterleves i praksis.

#### **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.

I kapittel 4 redegjør vi for revisjonskriteriene som er utledet for å besvare problemstilling 2 og 3 i undersøkelsen. Deretter, i kapittel 5 og 6, presenteres fakta/funn som gir grunnlag for å besvare de nevnte problemstillingene. Revisjonens vurdering og konklusjoner følger i rapportens siste kapittel, kapittel 7. 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 hørings svar er mottatt 09.06.2015 og følger som vedlegg.

## 2 ANVENDTE METODER I PROSJEKTET

Forvaltningsrevisjonsprosjektet er gjennomført i tråd med RSK 001 - Standard<sup>4</sup> for forvaltningsrevisjon, som er fastsatt av styret i Norges Kommunerevisorforbund. I arbeidet med undersøkelsen 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 undersøkelsesenes 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 omsorgstjenesten, virksomhetsleder for Bolig, rus og psykisk helse, avdelingsleder for Avdeling for rus og psykisk helse, leder for Samhandling og forvaltning og virksomhetsleder for Helsefremmende og forebyggende tjeneste. Alle bortsett fra kommunaldirektør har blitt intervjuet igjen i gruppeintervju og dybdeintervjuer/telefonintervjuer. Videre er det gjennomført telefonintervju med en medarbeider i NAV og en avdelingsleder i NAV har svart på spørsmål på mail. Totalt 12 personer har bidratt med innspill og synspunkter i dybdeintervjuer og gruppeintervjuer.

Intervjuene er gjennomført som delvis strukturerte dybdeintervjuer eller minigrupper med 3-4 deltagere. Kjerneideen i gruppeintervjuer er at "to hoder tenker bedre enn ett", og at dynamikken som oppstår i en gruppe kan frembringe mer utfyllende informasjon om et emne, enn hva som er tilfelle i intervjuer en til en. Vi utarbeidet i forkant av intervjuene tilpassede intervjuguider med forhåndsdefinerte spørsmål. Referatene fra intervjuene har vært et avgjørende bidrag til det datagrunnlaget vi trengte for å besvare problemstillingene i undersøkelsen.

---

<sup>4</sup> Standarden bygger på internasjonalt anerkjente standarder og prinsipper vedtatt av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og The Institute of Internal Auditors (IIA).

## 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 virksomhetene Bolig, rus og psykisk helse, Helsefremmende og forebyggende tjeneste, og Samhandling og forvaltning. I tillegg ble den sendt ut til noen utvalgte medarbeidere i NAV og Flyktningetjenesten. 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 distribuert gjennom mail til totalt 60 personer. 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 virksomhetsleder i Bolig, rus og psykisk helse som ved hjelp av dette kunne oppfordre de ansatte til å svare. Undersøkelsen ble gjennomført 18. mars 2015 til 10. april 2015. Revisjonen sendte også ut to påminnelser om å svare før spørreundersøkelsen ble avsluttet. Den samlede svarprosenten for undersøkelsen ble til slutt 80 prosent. Tabellen under viser antall respondenter og variasjonen i svarprosent mellom de ulike gruppene av respondenter.

Avdeling	Antall personer	Antall svar	Svarprosent
Bolig, rus og psykisk helse	39	33	85
Helsefremmende og forebyggende tjeneste <sup>5</sup>	11	8	73
Samhandling og forvaltning	10	7	70
<b>Alle</b>	<b>60</b>	<b>48</b>	<b>80</b>

Alle respondentene har fått de samme spørsmålene med unntak av spørsmål som omhandler *samarbeid internt* i Bolig, rus og psykisk helse og *samarbeid med* Bolig, rus og psykisk helse. Førstnevnte har kun gått til de som jobber i virksomheten. Sistnevnte har gått til alle de som ikke jobber i Bolig, rus og psykisk helse. Når det gjelder spørsmålene om IP og koordinator har vi trukket ut svarene fra de fem respondentene fra Boligkontoret fra resultatet ettersom arbeid med IP, samt koordinatoroppgaver, ikke inngår i deres arbeidsoppgaver og de ansatte her svarte «ingen formening» på det meste.

## 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

<sup>5</sup> I spørreundersøkelsen hadde vi med to ansatte i NAV og to ansatte i Flyktning- og innvandrertjenesten, da kommunen oppga at disse personene også jobber opp mot den aktuelle brukergruppa. Disse fire respondentene ble lagt inn i gruppen Helsefremmende og forebyggende tjeneste for å ta hensyn til deres anonymitet.

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 problemstillingene. 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 at man bruker flere ulike metoder for å besvare de samme spørsmålene. Her har vi i tillegg til dokumentanalyse gjennomført intervjuer og en 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 ved at informantene ble stilt mange av de samme spørsmålene, samtidig som det var muligheter for åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål 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.

Påliteligheten til svarene og muligheten til å generalisere avhenger samtidig av hvor mange av de som får undersøkelsen som faktisk har svart. Dataene i spørreundersøkelsen har en akseptabel feilmargin<sup>6</sup> på +/-6,3 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 som mulig. Vi har, i tillegg til å arbeide grundig med spørsmålsformuleringer, tatt med noen åpne spørsmål der respondentene kunne legge til utfyllende informasjon. Dette har bidratt til å sikre dataenes gyldighet i undersøkelsen.

Revisjonen er klar over at alle spørsmålene nok ikke vært like relevante for alle respondentene. For eksempel kan man ha fått spørsmål om samarbeid med en tjeneste man ikke i utgangspunktet ikke har et samarbeid med. Revisjonen har her bedt respondentene om å svare «ingen formening».

---

<sup>6</sup> 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 feilmargin får man. Feilmarginen minker også når antallet respondenter som har mottatt undersøkelsen øker, det vil si at man får en mindre feilmargin om 50 av 500 har svart enn om 5 av 50 har svart, selv om prosentandelen er den samme.

Vi har ved utregningene av feilmargin 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 feilmargin 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 feilmargin 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 feilmargin.



## 3 TJENESTETILBUD OG ORGANISERING

### 3.1 Innledning

I dette kapitlet besvares problemstillingen om kommunens tjenester og tilbud til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet, og hvordan Lørenskog kommune har organisert sine tjenester og tilbud.

#### Problemstilling 1

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

Revisjonen baserer gjennomgangen på dokumentasjon fra kommunen, kommunens nettside og intervjuer gjennomført med sentrale medarbeidere. Innledningsvis gis en sammenstilling av kommunens tjenester og tilbud. Kapitlet gir deretter en mer inngående gjennomgang av kommunens tjenester og tilbud og hvordan de er organisert.

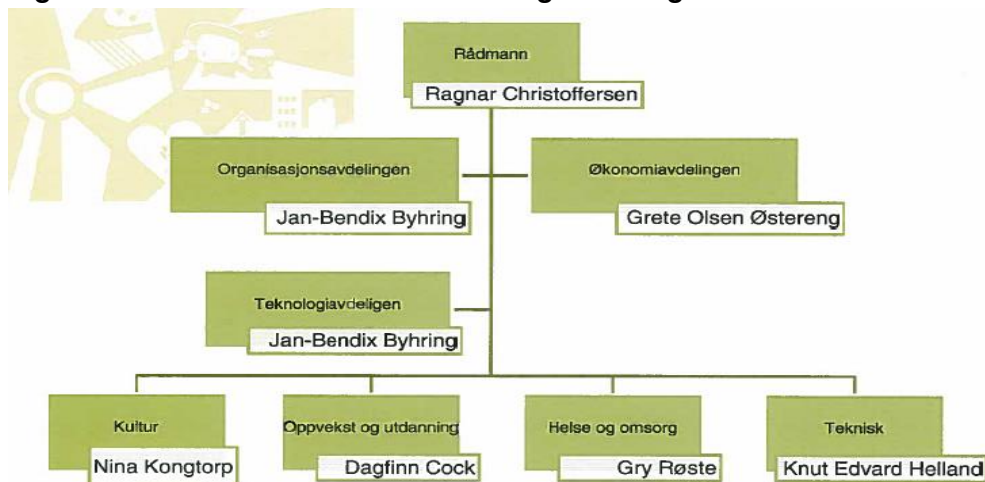
Innenfor psykisk helse og rus er det et økende antall brukere med behov for tjenester i Lørenskog (økonomiplan 2015-2018, rådmannens forslag). I Lørenskog, som generelt i landet, er feltet psykisk helse og rus sammensatt med mange aktører og arenaer. Det er flere berørte virksomheter som leverer tjenester til innbyggere over 18 år som har psykiske helseplager/lidelser, og eller rusmiddelproblemer.

Tjenestetilbudet spenner fra lavterskeltilbud, ulike sysselsettings- og tiltaksaktiviteter, inntektssikring, tjenester i hjemmet, bo-oppfølging og boligtildeling til hjemmesykepleie og hjemmehjelp, henvisning til avrusning eller legemiddelassistert rehabilitering (LAR), og igangsetting og oppfølging av tvangsvedtak. Lørenskog kommune har også tilbud om psykiske helsetjenester og rusbehandling i samarbeid med Ahus.

### 3.2 Overordnet organisering og kommunens verdier

Kommunens tjenester er organisert i fire sektorer slik det fremgår av organisasjonskartet under. Hovedtyngden av tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser og/eller rusrelaterte problemer er organisert under sektor helse og omsorg.

Kommunens verdier Åpen, Troverdig og Engasjert skal kjennetegne kommunen i dens møte med innbyggere og brukere av kommunale tjenester.

**Figur 1 Kommunens administrative organisering**

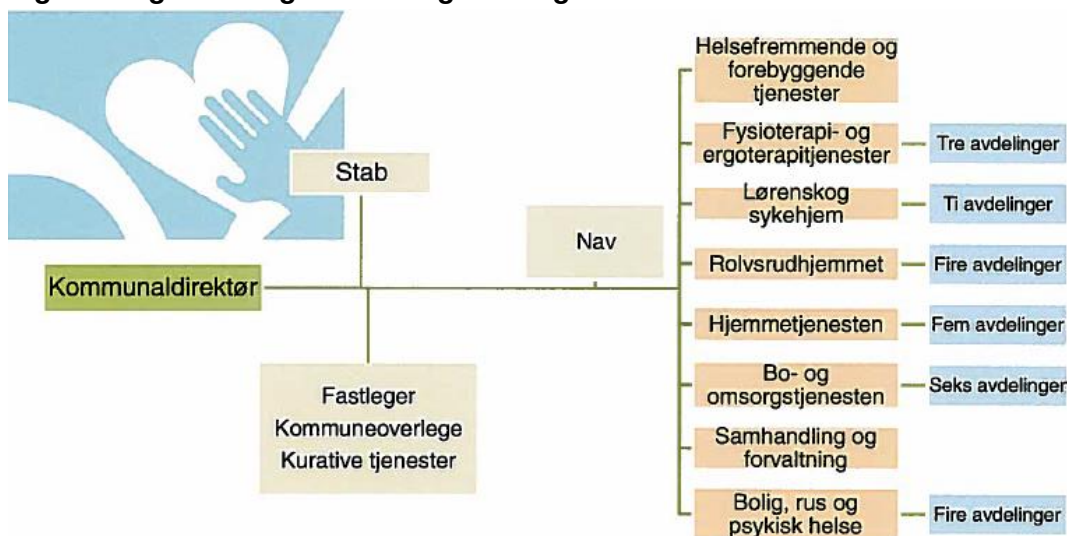
Kilde: Organisasjonskart, Lørenskog kommune

Helse- og omsorgssektoren ledes av kommunaldirektør som har det overordnede og helhetlige ansvar for helse- og omsorgstjenester som tilbys i Lørenskog kommune, og for at helse- og omsorgstjenestene «[...] ytes i henhold til innbyggernes behov og utviklingen i kommunen generelt, samt i samsvar med lover, forskrifter og retningslinjer. Administrasjonen skal sørge for tjenesteutvikling, faglig standard og kvalitet, samt organisering, ledelse og styring av enheten innenfor vedtatte budsjettammer» (Lørenskog kommune - Årsrapport 2013, 58).

Kommunens helse- og omsorgsplan 2015-2026 er det styrende plandokument for helse- og omsorgssektorens prioriteringer og aktiviteter. Helse- og omsorgsplanen tar sikte på å styrke brukerne av helse- og omsorgstjenestenes mestring og selvbestemmelse, samt bidra til at flere kan ivareta egne behov bedre. Planen peker innledningsvis på forventningen om en relativt høy befolkningsvekst og at det innebærer at alle tjenester må tilpasses og utvikles for å imøtekomme innbyggernes behov. «Alle tjenester skal ha høy faglig kvalitet, basert på solid og riktig kompetanse om hva som fremmer helse og livskvalitet for innbyggerne» (Helse- og omsorgsplan 2014, 4). Nærmere om planen til slutt i dette kapitlet.

NAV (i kommunen) og kurative tjenester med kommuneoverlegen og fastlegene er organisert inn under helse- og omsorgssektoren. Sektoren er videre organisert med 8 virksomheter, hver under ledelse av en virksomhetsleder. Den enkelte virksomhet er organisert med et varierende antall avdelinger, slik det framgår av figur 2 under.

Figur 2 Organisering - Helse- og omsorgssektoren



Kilde: Organisasjonskart, Lørenskog kommune

### 3.3 Sentrale virksomheter i arbeidet med rus og psykisk helse

De tre virksomhetene som er mest sentrale når det gjelder kommunens arbeid innenfor psykisk helse og rus, omtales nærmere nedenfor.

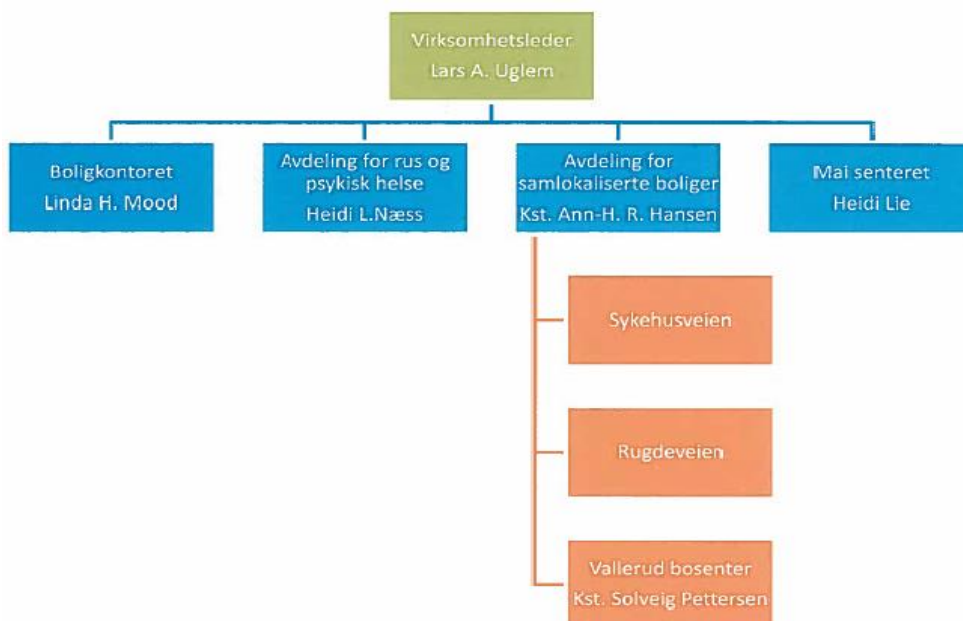
#### 3.3.1 Bolig, rus og psykisk helse

Virksomhet Bolig, rus og psykisk helse ble opprettet 1.1.2014 etter en omorganisering der det tidligere boligkontoret, rustjenesten, psykisk helse for voksne og Maisenteret ble slått sammen (Lørenskog kommune årsbudsjett 2014, 72). Videre opplyses i intervju at opprettelsen av Bolig, rus og psykisk helse kom som et resultat av samhandlingsreformens fokus på forebygging i kommunene, samt erkjennelsen av at de med størst utfordringer knyttet til å skaffe seg bolig, ofte har psykiske og/eller rusrelaterte vansker.

Revisjonen får opplyst i intervju at kommunen mener virksomheten vil legge til rette for et tettere samarbeid om «tjenesteledet i kommunen» og bidra til å gi et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud til den enkelte bruker.

Virksomheten ledes av virksomhetsleder og er organisert med fire tjenesteleverende avdelinger. Avdelingene er Boligkontoret, Avdeling for rus og psykisk helse, Avdeling for samlokaliserte boliger samt MAI-senteret som vist nedenfor. Hver av disse avdelingene ledes av avdelingsleder.

Figur 3 Organisasjonskart Bolig, rus og psykisk helse



Kilde: Organisasjonskart Lørenskog kommune

### Boligkontoret

Lørenskog kommune har omtrent 490<sup>7</sup> boliger av ulike størrelser på forskjellige steder i kommunen. Boligene tildeles personer som på grunn av økonomiske, sosiale eller andre forhold har et midlertidig eller varig behov for boligbistand. Boligkontoret forvalter kommunens utleieboliger, Husbankens låne- og tilskuddsordninger og bostøtte. Boligkontoret ble flyttet fra eiendomsavdelingen til helse- og omsorgssektoren i juni 2011. I forbindelse med omorganiseringen 1.1.2014 ble boligkontoret en del av virksomhet Bolig, rus og psykisk helse.

I intervju får revisjonen opplyst at mange av kommunens leietakere er etablert inn i eksisterende bomiljøer, også på det private leiemarkedet, etter en «Housing first» (bolig først) modell. Modellen tar utgangspunkt i at bolig er en menneskerett, ikke noe som mennesker må gjøre seg fortjent til. Siden den ble utviklet i USA på 1990-tallet, har bolig først-modellen etter gode resultater blitt tatt i bruk på forskjellige måter i en rekke land, blant annet Sverige, Danmark, Finland, og i flere norske kommuner (Rambøll 2012). Modellen innebærer at bostedsløse skal tilbys bolig og tverrfaglig oppfølging over tid. Varig bolig skal bidra til stabilitet og bedret livskvalitet for bostedsløse med psykiske- og/ eller ruslidelser.

Som navnet på modellen tilsier blir egen bolig her forstått som en viktig grunnstein på veien mot en mer stabil livssituasjon. Når det kommer til valg av bolig er brukers medbestemmelse sentralt. Brukerens preferanser skal tas i betraktning slik at det å takke nei til første boalternativ ikke

<sup>7</sup> Lørenskog kommunes hjemmeside

medfører at den bostedsløse havner bakerst i køen eller mister bo- og andre tjenestetilbud fra kommunen. Bruker skal heller få hjelp til å finne en bolig på det ordinære boligmarkedet, hvor flere tilbud blir vurdert. Brukeren skal også få tid til å bestemme seg om hvor de vil bo, hvordan boligen skal innredes og hvilket nødvendig utstyr de trenger.

Lørenskog kommune har fra 1. september 2014 ansatt en markedskontakt ved virksomhet Bolig, rus og psykisk helse. Markedskontaktens arbeidsområder er å framskaffe leieboliger på det private leiemarkedet (kjøp og salg), kontakte utleiery og framskaffe boliger til kommunens boligsøkende og bistå boligsøkere med leiekontrakter og spørsmål rundt leieforhold (Lørenskog kommune 2014). I tillegg er markedskontakten knyttet til Lørenskogs deltagelse i boligsosialt utviklingsprogram (BOSO), et boligsosialt samarbeid med Husbanken.

Som Boligkontoret skriver i sitt informasjonsbrev til styrer og borettslag er mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet en variert gruppe, hvor noen har større hjelpebehov enn andre:

For disse er det viktig med forutsigbarhet og kontinuitet, noe som kan oppnås gjennom bo-oppfølging fra kommunens tjenesteapparat og som skal sikre at personer med mangelfulle boferdigheter settes best mulig i stand til å ta ansvar for eget boforhold. Dette kan innebære aktivt hjelpearbeid i den enkeltes bolig som for eksempel praktisk botrening og hjelp til personlig hygiene og økonomi, samt veiledning om ernæring og sosial trening.

(Boligkontoret 2012)

Kommunen tilbyr derfor bo-oppfølging tilpasset den enkeltes behov. Målet med bo-oppfølgingen kommunen tilbyr, er å fremme mestring i eget liv. Tjenesten skal forebygge utkastelser, isolasjon og ensomhet, og være et virkemiddel for å legge til rette for mestring av praktiske ferdigheter knyttet til det å bo i egen bolig. Dette er et ansvarsområde som ligger under Avdeling rus og psykisk helse.

For å forebygge utkastelser og bidra til stabil livssituasjon følger Boligkontoret opp husleiekontrakter og manglende innbetaling av husleie.

### **Avdeling for rus og psykisk helse**

Avdelingen består av to team eller tjenester; rustjenesten og psykisk helse team.

#### *Rustjenesten*

Tjenesten gir råd, veiledning eller hjelp i forhold til rus- og avhengighet. Tjenesten utfører individuelt tilpasset oppfølging av rusmiddelavhengige over 18 år med fokus på forebygging, motivering, rehabilitering, skadereduksjon og ettervern. Klientene henvises til tverrfaglig spesialisert rusbehandling; avrusning, poliklinisk behandling og langtidsbehandling, enten i institusjon eller legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (Lørenskog kommune informasjonsbrosjyre).

Tjenesten gir blant annet støttesamtaler og bo-oppfølging til brukere som får innvilget vedtak om dette. Tjenesten har dessuten et lavterskeltilbud (det vil si at det ikke fattes vedtak) for brukere som har vansker med å forholde seg til faste avtaler, men som trenger hjelp når de ber om det. I intervju

opplyses videre at kommunen har åpent hus (stuemiljø) der brukerne kan komme når de ønsker det selv innenfor gitte åpningstider.

Rustjenesten gjennomfører flere tiltak som kommer i tillegg til tjenester som utløser vedtak. Rutinehåndboken viser til:

- Opprettholdelse av «åpen stue» hvor det skal være en fagkonsulent tilgjengelig i miljøet (stuevakt)
- Bistand til ulike praktiske behov som et ledd i en rehabilitering/habiliteringsprosess
- Rustjenesten kan benytte miljøvaktmester og frivillige tilknyttet tjenesten
- Aktivitetstilbud (Bowling, kafébesøk, mulighet til aktiviteter på kveldstid gjennom miljøterapeut og frivillige samt ekstra rundt høytider og sommerfest).

Brukere som er inkludert i LAR skal ha en ansvarsgruppe, og fagkonsulentene i rustjenesten har koordineringsansvaret. Rustjenesten skal på eget initiativ vurdere om en person bør tilbys individuell plan.

### *Psykisk helse team*

Tjenesten følger opp vedtak om tjenester som kan dreie seg om bo-trening, relasjonsarbeid og støttesamtaler, bistå bruker som ønsker individuell plan eller eventuelt lage tiltaksplan og avklare behov for ansvarsgruppe (Rutinehåndbok avd. rus og psykisk helse). Tjenesten gjennomfører også oppstartssamtaler og bruker kartleggingsverktøy for ytterligere avklaringer for brukere med vedtak og evaluerer gjennomføring av vedtak og tilbud.

### *Felles*

Mange brukere med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet trenger et mer spesialisert tilbud enn det kommunen kan tilby. Ahus har ansvaret for behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser/og eller i kombinasjon med alvorlig rusavhengighet/rusmisbruk for blant annet innbyggerne i Lørenskog. Divisjonen har flere underavdelinger, blant annet DPS Nedre Romerike og Avdeling for rus og avhengighet (ARA) lokalisert i Lillestrøm.

### **Avdeling for samlokaliserte boliger**

Avdelingen har ansvar for kommunens boligtilbud til brukere med psykiske plager og rusavhengighet. I tillegg til boligtilbudene som omtales nærmere nedenfor, har kommunen også seks rekkehusleiligheter øremerket denne gruppen i Dovre bo- og servicesenter og et botilbud i Hammergeien.

### *Sykehusveien 75 og Rugdeveien A*

Bo- og omsorgstilbudene i disse to boligene har felles leder. Botilbudene er bemannet dag og kveld, men ikke på natt.

Formålet er å utvikle og vedlikeholde bo- og omsorgsevnen hos beboerne med psykiske helseutfordringer. Det innebærer å være støttepersoner, ivareta primærkontaktansvar og koordinatoransvar for den enkelte beboer samt gi mulighet for fellesskap med andre beboere og tjenesteytere.

### Vallerud bosenter

Vallerud bosenter har egen leder og en tverrfaglig sammensatt personalgruppe. Senteret er døgnbemannet.

Dette er et tilbud til bostedsløse rusmiddelavhengige kvinner og menn som har mål om å øke sin livsmestring. Tilbud gis i første rekke i de tilfeller det er snakk om bruk av illegale rusmidler eller til rusmiddelavhengige som er underlagt legemiddelassistert rehabilitering. Ved senteret tilbys individuelt tilpasset oppfølging med fokus på å høyne bo-kompetanse/bo-evne for på sikt å kunne bo i egen bolig i det ordinære boligmarkedet.

### MAI-senteret

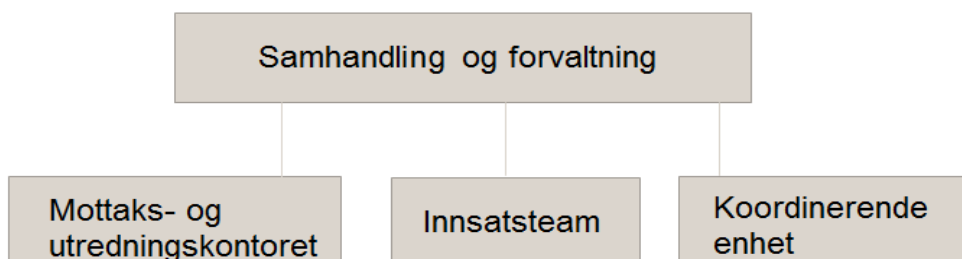
Marktgården aktivitets- og informasjonssenter (MAI-senteret), er et aktivitetssenter og møteplass for innbyggere over 18 år som har, eller har hatt, psykiske helseplager. Senteret er en åpen og levende møteplass. Dette er et lavterskeltilbud som ikke krever vedtak eller henvisning, og kan benyttes ubegrenset utfra eget ønske.

Senteret arrangerer forskjellige aktiviteter for de ca. 170 brukerne som er registrert ved senteret. På vanlige hverdager er det mellom 25 og 50 personer som kommer innom. Senteret legger stor vekt på å skape et trygt miljø og å inspirere personer som sliter med psykiske helseplager til å utvikle de ressursene den enkelte har. Senteret er tilrettelagt for mange ulike aktiviteter og har egne rom for maling, tekstil og keramikk i tillegg til PCer med internett, musikkrom, bordtennis og treningsstudio med dusjmulighet. Kjøkkenet serverer lunsj hver dag.

### 3.3.2 Samhandling og forvaltning

Samhandling og forvaltning er organisert med et mottaks- og utredningskontor, innsatsteam og koordinerende enhet. Virksomheten ble opprettet i 2002 og omorganisert i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen. Dagens organisering er vist nedenfor:

**Figur 4 Organisasjonskart Samhandling og forvaltning**



Kilde: Organisasjonskart Lørenskog kommune (satt opp av RRI)

Virksomhet Samhandling og forvaltning ledes av virksomhetsleder. På Mottaks- og utredningskontoret (MU) er det ansatt sju fagkonsulenter i følge kommunens organisasjonskart.

### **Mottaks- og utredningskontoret**

Mottaks- og utredningskontoret har ansvar for informasjon, råd og veiledning til de som søker tjenester, mottak av søknader fra alle som henvender seg, saksbehandling av disse og tildeling av tjenester etter gjeldende lovverk.

Mottaks- og utredningskontoret godkjenner vedtak om tildeling av tjenester innenfor rus etter en forutgående utredning<sup>8</sup> som foretas av Rus- og avhengighetstjenesten. Mottaks- og utredningskontoret utreder og fatter vedtak innenfor psykisk helse. I tillegg fatter kontoret vedtak om samlokalisert bolig og omsorgsboliger innenfor psykisk helse.

Videre godkjenner kontoret vedtak om bo-oppfølging for rusavhengige ved Vallerud bosenter. Bosenteret, som er kommunens botilbud for rusavhengige, foretar, forut for dette, nødvendig kartlegging og fatter vedtak om bo-oppfølging. Videre opplyses i intervju at bosenteret bestemmer selv hvem som skal få boligtilbud ved Vallerud.

### **Innsatsteam**

Dette er et nytt tilbud som starter opp i løpet av 2015. Intensjonen er at teamet skal bidra til økt livskvalitet for innbyggerne og reduksjon av tjenestebehov gjennom tidlig og helhetlig innsats (intervju).

### **Koordinerende enhet**

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering ble opprettet samtidig med at samhandlingsreformen ble innført. Enheten skal ha en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling, både på individnivå mellom pasient eller bruker og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivåer heter det i kommunens informasjonsfolder om koordinerende enhet (informasjonsbrosjyre, kommunens hjemmeside).

I intervju opplyses at koordinerende enhet har ansvar for opplæring av koordinatorene, årlige kurs og løpende veiledning, med unntak for rustjenesten som selv sikrer opplæring og veiledning.

Koordinerende enhet sikrer at søkere får informasjon om rettigheter til individuell plan og eller koordinator og gjennomfører informasjonsmøter og er mye ute i skoler og barnehager o.l. sammen med forebyggende tjeneste. Koordinerende enhet vurderer henvendelser om individuell plan og eller koordinator, bortsett fra for rustjenesten. Enheten avslår saker i de tilfeller bruker ikke oppfyller kravene (ibid).

### **3.3.3 Helsefremmende og forebyggende tjeneste**

Helsefremmende og forebyggende tjeneste er organisert som en virksomhet med fire avdelinger. To avdelinger arbeider med helsestasjons- og skolehelsetjeneste, en avdeling med forebyggende

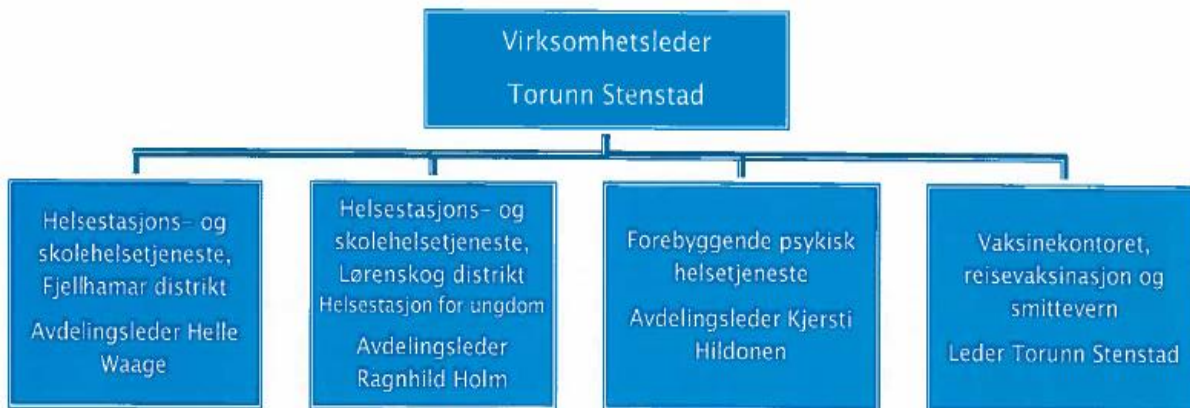
---

<sup>8</sup> Avdeling rus og psykisk helse utreder behov for tjenester når det gjelder ruslidelser og ruslidelser i kombinasjon med psykiske lidelser og fatter vedtak (intervju 27.3.2015).



psykisk helsetjeneste (FHP) samt en avdeling som består av vaksinekontor, reisevaksinasjon og smittevern.

**Figur 5 Organisasjonskart Helsefremmende og forebyggende tjeneste**



Kilde: Organisasjonskart Lørenskog kommune

Helsefremmende og forebyggende tjeneste er et lavterskel- og forebyggende tilbud, det er gratis og uten henvisning. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten utfører lovpålagte oppgaver knyttet til alle barn og unge i alderen 0-23 år og deres foresatte. Et av tilbudene er helsestasjon for ungdom (HFU). HFU psykisk helse er et lavterskeltilbud til ungdom i alderen 13-24 år i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. HFU tilbyr også Ruskontrakt til ungdom i alderen 13-20 år som et ledd i kommunens kriminalitetsforebyggende samarbeid, med formål å gi nødvendig hjelp til ungdom som viser en bekymringsfull utvikling med hensyn til bruk av alvorlige rusmidler for å forebygge alvorlig rusutvikling.

HFU og Forebyggende psykisk helsetjeneste samarbeider med Lillestrøm Barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og Distriktpsikiatrisk senter (DPS) om et samtaletilbud til ungdom som strever med mer alvorlige psykiske belastninger.

### **Forebyggende psykisk helsetjeneste (FPH voksteamet)**

Forebyggende psykisk helsetjeneste (FPH) er en av fire avdelinger organisert under virksomhet Helsefremmende og forebyggende tjenester.

Forebyggende psykisk helsetjeneste (FPH) bistår hele befolkningen i kommunen med forebyggende psykisk helsearbeid og tilbyr klinisk oppfølging av voksne (over 18 år) med lettere til moderate psykiske helsevansker. Behandlingstilbudet er et korttidstilbud med rådgivning, veiledning, kurs/undervisning og strukturert psykologisk behandling.

Avdelingens to team har ansatt psykologer som kan tilbyr 1-5 konsultasjoner til brukere uten diagnose etter prinsippet «raskt inn – raskt ut». Avdelingen driver også veiledning og undervisning av kommunenes ansatte, samt diverse kurs og helseopplysning for befolkningen. Lørenskog

kommune deltar også i pilotprosjektet «Rask psykisk helsehjelp», et korttidstilbud for voksne over 18 år med depresjon og angstlidelser av mild til moderat grad. Tilbudet er ment å være et korttidstilbud slik at problemene ikke utvikler seg, og målet er å gi et tilbud innen en til to uker (kommunens hjemmeside).

FPH har et konsultativt team for gravide rusmiddelavhengige. Her tilbys råd og veiledning, tilrettelegging av tjenester for den gravide samt tiltak for å passe på det ufødte barnet.

### **3.4 Kommunens øvrige tjenestetilbud til brukergruppen**

#### **3.4.1 Hjemmetjenesten**

Virksomheten yter tjenester til mennesker som trenger hjemmesykepleie og hjemmehjelp, også brukere med rus- og/eller psykisk helse problematikk. Blant annet kan det være behov for medisinalutdeling og sårstell.

#### **3.4.2 NAV Lørenskog<sup>9</sup>**

NAV i kommunen ble administrativt underlagt helse- og omsorgssektoren fra 1.1.2015. I intervju får revisjonen opplyst at bakgrunnen for dette er behov for økt samarbeid mellom NAV og de ulike tjenestene i kommunen, først og fremst i helse- og omsorg. NAV-leder deltar også i ledergruppa til kommunaldirektør for helse og omsorg.

NAV forvalter ordninger og tjenester også til personer som har psykiske og/eller rusrelaterte helseproblemer. NAV Lørenskog tar mot henvendelser og gir råd og veiledning og beslutter tiltak i samarbeid med bruker. Kontoret har oppfølging av arbeid og aktivitetstiltak blant annet når det gjelder:

- Dagpenger ved arbeidsledighet og tiltaksmidler
- Sykepenger, arbeidsavklaringspenger, uførepensjon, ytelser til enslige forsørgere og etterlatte
- Ytelser etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsordningen kapittel 4<sup>10</sup>
- Inntektssikring knyttet til bosettings- og inkluderingstjenesten

(Lorenskog.kommune.no/nyheter-lorenskog)

#### **3.4.3 Fastleger - kommuneoverlege - kurative tjenester**

I Lørenskog kommune arbeider 28 leger i vanlig allmennpraksis. Alle er tilsluttet fastlegeordningen og legene er fordelt på 7 legesentre (kommunens hjemmeside, fastlegeordningen).

---

<sup>9</sup> NAV Lørenskog omfatter både den statlige og den kommunale delen av velferds- og arbeidsforvaltningen i kommunen.

<sup>10</sup> Ytelser etter kapittel 4 er først og fremst stønad til livsopphold og midlertidig botilbud for personer i akutte nødsituasjoner (sosialtjenesteloven).

Fastlegene er en viktig del av kommunens tilbud (gjennom fastlegeavtalen) og har en sentral rolle blant annet ved behandling, medisiner, øyeblikkelig hjelp på dagtid samt henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Fastlegen skal kunne bistå personer som er i en akutt psykisk krise (lørenskog.kommune.no). Fastlegen administrerer mye av legemiddelforskrivningen ved behandling av psykiske lidelser, som ved langtidsoppfølging av psykoser (Helsedirektoratet 2014, 78). Fastlegen har også ansvar for forskrivning av medisiner til LAR-brukere.

Kommuneoverlegen er bindeleddet mellom kommunens fastleger og kommunen, men også mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Kommuneoverlegen er ansvarlig for fastlegeordningen i kommunen og medisinsk faglig rådgiver i kommunen.

Kommunen har allmenntilleggs legevakt etter avtale med Nedre Romerike Legevakt. Legevakten tilbyr hjelp ved akutte sykdommer og kriser.

### **3.5 Helse- og omsorgsplan 2015-2026**

Den 26.11.2014 ga kommunestyret i Lørenskog sin enstemmige tilslutning til en ny retning for helse- og omsorgssektoren for de neste 12 årene ved å vedta helse- og omsorgsplan 2015-2026 (forord).

Utgangspunktet for planen er at helse- og omsorgssektoren må tenke nytt om hvordan kommunens innbyggere blir tilbudt helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgssektoren i kommunen er opptatt av å ha innbyggeren i fokus til enhver tid. Det framgår av planen at utgangspunktet er det friske mennesket. Tjenestetilbudet har i stor grad vært organisert etter de ulike brukergruppene. Det kommunale tilbud til den enkelte innbygger skal ta utgangspunkt i behovet for bistand uavhengig av diagnose og funksjon, og ikke hvordan tjenestene er organisert (helse- og omsorgsplan 2015-2026 punkt 3.2.1).

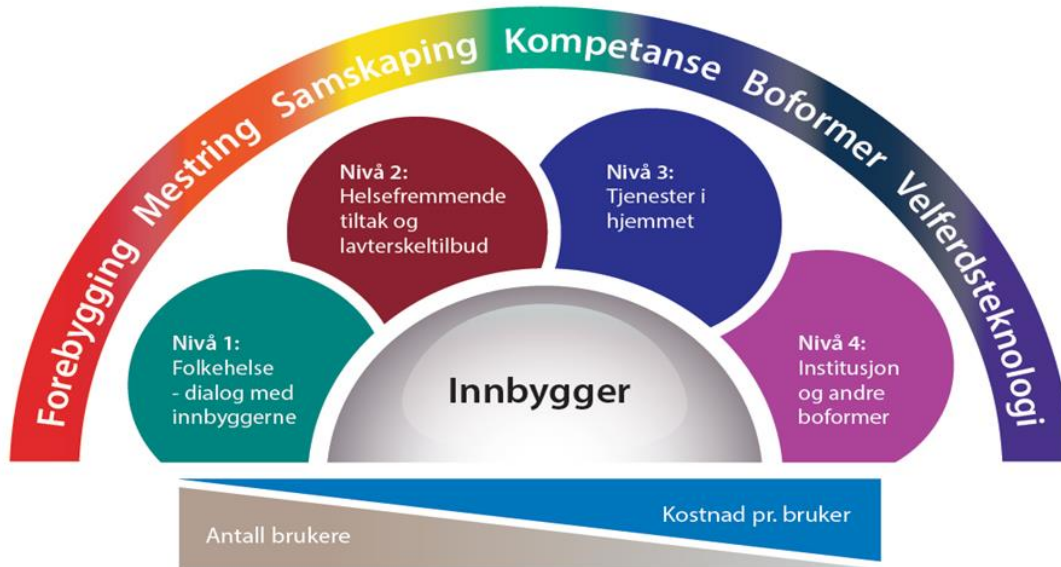
Brukere med psykiske helse- og rusproblemer trekkes frem som en av flere brukergrupper som vil bidra til økt press på kommunens tjenester i årene som kommer. For å løse sektorens oppgaver pekes det i planen på at det er nødvendig å styre ressursene tydeligere mot noen definerte strategiske områder. Forebygging, mestring, alternative boformer, velferdsteknologi, kompetanse samt samskaping og tverrfaglig samarbeid er de seks hovedstrategiene som er valgt ut.

Planen understøttes av statlige styringsdokumenter og disse utdypes nærmere i planens punkt 3.1.2.

Lørenskog kommune har utarbeidet en modell for tildeling av tjenester som bygger på BEON-prinsippet. Dette innebærer et tjenestenivå beskrevet som tjenester tilbudt på Beste Effektive Omsorgs Nivå. Modellen forklares nærmere i planens kapittel 3.2.

Hovedstrategiene som nevnes ovenfor, er visualisert rundt modellen i «skyen» og er gjennomgående innenfor de fire nivåene.

**Figur 6 Modell – strategier og nivåer**



Kilde: Helse- og omsorgsplan 2015-2026, 30.

Strategiene er ment å vise retning for den ønskede utvikling i planperioden og «vil bli operasjonalisert i konkrete mål og tiltak under de fire nivåene i modellen, samt i de gjennomgående temaene», jf. planen punkt 4.

**Nivå 1** handler om dialog med innbyggerne og folkehelse. Det langsiktige målet her er at kommunen har styrket folkehelsearbeidet og etablert gode bomiljøer som fremmer aktivitet, samhold, god helse samt bidrar til å redusere sosiale forskjeller.

**Nivå 2** handler om helsefremmende tiltak og lavterskeltilbud. Her er det langsiktige målet at kommunen har tilrettelagt for økt dialog, aktivitet og muligheter for samskaping mellom innbyggerne, offentlige og private aktører. Det pekes på at tverrfaglige samarbeidssystemer bør videreutvikles slik at læringsløyene styrkes, og kunnskapen fra tverrfaglig samarbeidssystem kommer flere brukergrupper til gode. Planen peker på en rekke tiltak de første årene, blant annet:

Raskere psykisk helsehjelp, forebygging og korttidsbehandling for milde og moderate psykiske vansker hos voksne. Kobles mot friskliv.

Utvikle en felles faglig plattform for tjenestetilbudet til innbyggere med psykiske helse- eller rusproblemer.

Forebyggende lavterskel psykisk helsetilbud for barn, unge og voksne videreutvikles.

(Helse- og omsorgsplan 2015-2026, 19)

**Nivå 3** handler om tjenester i hjemmet, det være seg tjenester til innbyggere i privat eller kommunal bolig. Det langsiktige målet er at sektoren har fokus på innbyggernes egne ressurser, muligheter og mestringsevne, og at tjenesten er utformet slik at den ikke passiviserer innbyggerne, men understøtter egenmestring. Det pekes på at tjenestene i hjemmet kan tilbys målrettet, tidsavgrenset og tverrfaglig. Sektoren skal styrke det forebyggende arbeidet med psykisk helse- og rusproblemer ved å vurdere tjenestetilbudet og andre rusforebyggende tiltak, helhetlig. Planen peker på mange tiltak de første årene, blant annet:

Behov og ressurser kartlegges systematisk som grunnlag for vedtak og tildeling av tjenester, fokus på tverrfaglighet og egenmestring.

Tjenestetilbud/tiltak som følger av vedtak evalueres til fastsatt tid, og profil benyttes som dokumentasjon og grunnlag for revurdering av vedtak.

Vedtak evalueres og revurderes oftere. Vedtaksfri periode vurderes i tråd med innføring av innsatsteam.

Aktiv pådriver for etablering av ambulant-team/ACT<sup>11</sup> team for innbyggere med psykisk helse og rusproblemer, i samarbeid med AHUS og nabokommuner.

Stimulere til økt samarbeid mellom fastleger og kommunale virksomheter.

(Helse- og omsorgsplan 2015-2026, 21)

**Nivå 4** handler om institusjoner og andre boformer. Det langsiktige målet er at alle boliger i Lørenskog kommune er utformet slik at innbyggernes selvstendighet, ressurser og mestringsevne i størst mulig grad styrkes og ivaretas.

Planen peker også på utfordringer. Det pekes på at samhandlingsreformen også gjelder personer med psykisk helse og rus problemer, «men avtaler og praktiske rutiner for samhandling om disse brukergruppene er ikke ferdig utarbeidet mellom sykehus og kommunene. Betaling for overliggedøgn vil ikke gjelde for denne brukergruppen.»

Planen er ment å være en plan som ikke setter fokus på særskilte brukergrupper eller helseproblemer. Mennesker med psykisk helse og rusproblemer nevnes likevel spesielt i kapittel 4.5 og det står under punkt 4.5.1 om personer med psykiske helseproblemer blant annet

Psykisk helse og rusarbeid i kommunen står ovenfor mange utfordringer og må ta i bruk nye metoder og tilnærminger for utvikling av tjenestetilbudet.

---

<sup>11</sup> ACT – team der bruker oppholder seg. (Assertive Community Treatment) Helse- og omsorgsplan punkt 4.3.2

Planen beskriver to områder det er ønskelig å sette særlig fokus på i årene som kommer; kompetanse og velferdsteknologi. Planen peker blant annet på at ansattes evne til samhandling og samskaping må styrkes (kapittel 5).

Kommunen har oversendt oss dokumentet «Tilbudet i Lørenskog psykisk helse og rus». Tjenestetilbudet er beskrevet foran i dette kapitlet og oppsummerer på mange måter hvordan tilbudet innenfor psykisk helse og rus feltet i kommunen fordeles på de fire nivåene i helse- og omsorgsplanen.

### Nivå 1: Folkehelse – dialog med innbyggerne

- Boligkontoret: Framskaffe og tildele bolig, saksbehandle søknad om startlån og bostøtte
- NAV: Råd og veiledning, sikre inntekt, medvirke til å skaffe bolig og arbeidsrettede tiltak
- Fastlege: Allmennlegetjenester, forebygging på individnivå, undersøkelse og behandling, medisiner (LAR), henvisninger og medvirke i IP

### Nivå 2: Helsefremmende tiltak og lavterskeltilbud

- Legevakt: Øyeblikkelig medisinsk hjelp, diagnostisere, stabilisere og behandle, vurdere behov for videre behandling i sykehus
- Helsestasjon: Foreldreveiledning, råd og veiledning, avdekke risikofaktorer og helseproblemer på et tidlig tidspunkt
- Forebyggende psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende arbeid, grupperettede tiltak, tidlig intervensjon, henvisning
- Frisklivssentral: Oversikt over helsefremmende/forebyggende tilbud i kommunen, hjelp til å endre levevaner
- MAI-senteret: Brukerstyrte aktiviteter og aktivitetstilbud i rusfritt miljø

### Nivå 3: Hjelp i hjemmet

- Avd. rus og psykisk helse: Utredning og vurdering, behandling og rehabilitering, oppfølging i bolig, ambulante tjenester, IP-koordinator, nettverks- og familiearbeid
- Hjemmetjenester: Døgnbaserte helsetjenester, praktisk hjelp og bistand
- Koordinerende enhet: Overordnet arbeid med IP, koordinere tjenester, legge til rette for god samhandling
- Fysio/ergo: Råd og veiledning, behandling og tilrettelegging, funksjonstrening, tilrettelegge bolig og utemiljø.

### Nivå 4: Institusjon og andre boformer

- Sykehusveien og Rugdeveien: 19 plasser (bemanning dag og kveld)
- Vallerud bosenter: 8 plasser (heldøgns bemanning)
- Sykehjem.

## 4 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriteriene danner grunnlaget som revisjonen benytter for å vurdere kommunens arbeid på området som undersøkes.

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. Det utledes også kriterier til problemstillingen om (enkelt)vedtak.

### 4.1 Kriterier til problemstillingen om et helhetlig og koordinert tilbud

#### 4.1.1 System for å sikre at aktivitetene er i samsvar med lov m.m.

Denne undersøkelsen har blant annet 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».

#### **Internkontroll**

Hva internkontroll innebærer 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 nedfalte prosedyrer som har til hensikt å sikre at brukerne får ivaretatt sine grunnleggende behov, slik det blir eksemplifisert i § 3 i forskriften.

#### **4.1.2 Lovbestemt ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven**

I dette kapitlet gjør vi nærmere rede for lovkrav som skal sikre at kommunen gir et helhetlig og koordinert tjenestetilbud og hvilke virkemidler loven peker på.

##### **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. Kommunen har etter loven også ansvar for utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning, jf. § 3-2 første ledd nr. 4 og forskrift om fastlegeordning i kommunene.

Det følger videre av sosialtjenesteloven at kommunen er ansvarlig for å utføre de oppgaver etter loven som ikke er lagt til staten. Kommunens ansvar omfatter de sosiale oppgavene (§ 3). Kommunen i arbeids- og velferdsordningen skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse oppgavene som den er pålagt etter loven (§ 13). Ansvaret for samarbeid er til stede både når det gjelder generelle oppgaver og når det gjelder enkeltsaker. Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen er gitt et klargjøringsansvar om det oppstår uenighet om ansvarsfordeling, eller om andre deler av forvaltningen yter mangelfull hjelp til grupper eller enkeltpersoner (lovkommentar til § 13).



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» (Hesledirektoratet 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 deltakelse
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 Lørenskog 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).

### **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 av 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 fratrar 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-lidelser<sup>12</sup> 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).

---

<sup>12</sup> Et begrep som brukes som en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.

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 (fra helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 38a og annet personell, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1) 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).

#### 4.1.3 Sammenfatning av revisjonskriteriene

Ut fra dette setter revisjonen opp følgende kriterier:

Problemstilling	Revisjonskriterier
I hvilken grad sikrer Lørenskog kommune at pasienter eller brukere med psykiske vansker og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Kommunen skal legge til rette tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.</li> <li>⇒ Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester i kommunen, og med andre tjenesteytere.</li> <li>⇒ Kommunestyret skal vedta samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen.</li> <li>⇒ 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.</li> </ul>

## 4.2 Kriterier til problemstillingen om enkeltvedtak

Hovedregelen er at tildeling av rettigheter fra det offentlige til private innenfor helse- og omsorgsfeltet skal følge reglene i forvaltningsloven og skje i form av enkeltvedtak (Prop.91L, (2010-2011), 118). Forvaltningsloven regulerer saksbehandlingen i forvaltningssaker og inneholder viktige rettssikkerhetsgarantier for den enkelte i møte med den offentlige forvaltning (ibid).

### Enkeltvedtak

Enkeltvedtak er et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer og som treffes under utøving av offentlig myndighet (forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b). Det er uten betydning for vedtaksdefinisjonen hva vedtaket kalles. Det er vedtakets innhold som er avgjørende for om det er enkeltvedtak eller ikke. Det kan ofte dreie seg om å innvilge en form for ytelse eller tjeneste (Grimstad og Halvorsen 2011). Om et vedtak er et enkeltvedtak er hovedregelen at forvaltningslovens utvidede saksbehandlingsregler i kapittel IV-VI følges.

For å utlede kriterier til problemstillingen om hvordan kommunen sikrer at det fattes vedtak på tjenester etter lovens krav, tar revisjonen utgangspunkt i pasient- og brukerrettighetsloven og helse-

og omsorgstjenesteloven og hvordan disse definerer at forvaltningsloven skal gjelde for tildeling av de ulike tjenestene.

For helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon (sykehjem) og avlastningstiltak jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6<sup>13</sup> bokstavene a-d, kreves at det fattes et *vedtak* dersom tjenesten forventes å vare utover to uker. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 annet ledd at for disse vedtakene skal reglene om *enkeltvedtak* i forvaltningsloven kapittel IV og V gjelde. Disse enkeltvedtakene kan påklages etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

### **Andre vedtak**

Etter alminnelig rettsoppfatning anses ikke konsultasjoner, diagnostisering, behandling og henvisninger som enkeltvedtak, men som faktiske, eventuelt prosessuelle handlinger. Dette innebærer at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak ikke gjelder for disse handlingene (Prop.91L (2010-2011), 129). Lovens forarbeider legger vekt på skillet mellom hjelp direkte fra det enkelte helsepersonell, i en tilnærmet øyeblikkelig hjelp situasjon, og tilfeller der kommunen mottar en søknad som grunnlag for å vurdere behovet sett opp mot alternative måter å gi et forsvarlig tjenestetilbud på. Departementet vurderte det slik at det er tilstrekkelig at de øvrige reglene i forvaltningsloven gjelder i disse tilfellene og henviste også til reglene i pasientrettighetsloven om rett til informasjon, medvirkning, klage mv. (ibid, 130).

Utgangspunktet er derfor at for vedtak som treffes etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 ikke omfattes av forvaltningslovens regler om enkeltvedtak (forvaltningslovens kapittel IV og VI). De alminnelige saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven (kapittel III) vil imidlertid gjelde, og avgjørelsen kan påklages etter pasient – og brukerrettighetsloven § 7-2. Et eksempel på dette vil være vedtak om individuell plan etter pasient og brukerrettighetsloven § 2-5, som er et vedtak men ikke et enkeltvedtak.

Krav til saksbehandling når det gjelder retten til individuell plan omtales nærmere i boka «Retten til individuell plan»:

Innenfor helselovgivningen har verken en beslutning om å sette i gang arbeidet med individuell plan eller selve den individuelle planen blitt ansett som et enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. Om en avgjørelse om rett til individuell plan likevel skulle vurderes som et enkeltvedtak følger det av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 at forvaltningslovens kapittel IV og V ikke gjelder. Dermed kommer i alle fall ikke forvaltningslovens bestemmelser om saksforberedelse ved enkeltvedtak direkte til anvendelse.

Beslutningen om å sette i gang arbeid med en individuell plan kan altså skje helt formløst innenfor helse- og omsorgstjenesten. Det skal ikke treffes noe vedtak om dette. Derimot bør en avgjørelse om

---

<sup>13</sup> Videre er det krav om enkeltvedtak når det gjelder § 3-6 omsorgslønn og § 3-8 brukerstyrt personlig assistanse.

ikke å utarbeide individuell plan for den som anmoder om det, gjøres i vedtaks form slik at pasienten eller brukeren får et formelt svar med begrunnelse.

Innenfor sosiallovgivningen anses imidlertid avgjørelser om rett til individuell plan som enkeltvedtak. Dermed kommer forvaltningsloven til anvendelse med de krav til saksbehandling som følger av denne<sup>14</sup>.

(Kjellevold 2013)

Retten til individuell plan ble tatt inn som en rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven under stortingsbehandling og satt inn i pasient- og brukerrettighetsloven underkapittel 2, dermed kommer kapittel 7 om klage til anvendelse.

Det kan klages over manglende oppfyllelse av retten til individuell plan. Det vil være tilfellet hvor det overhodet ikke er satt i gang et arbeid med individuell plan, eller det er besluttet at det ikke skal utarbeides individuell plan. Dersom det er utarbeidet en individuell plan, men denne ikke oppfyller de krav til innhold som følger av forskriften, er retten til individuell bare delvis oppfylt. Dette betyr at dersom bruker mener at retten til individuell plan ikke er oppfylt, eller bare er delvis oppfylt, kan han eller hun klage til Fylkesmannen (Kjellevold (2013, 80). Bruker kan også klage dersom han eller hun ikke blir trukket med i planarbeidet, det vil si manglende brukermedvirkning (ibid, 81).

Når det gjelder tjenester som «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering» etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 5 gjelder ikke forvaltningslovens kapittel IV og V (Norsk lovkommentar Syse note 59). I Kjellevold (2013, 78) står det at tjenestemottaker kan klage over manglende oppfyllelse av retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, og at den individuelle planen vil være et viktig bakgrunnsdokument, selv om planen ikke vil være selvstendig gjenstand for klage over manglende tjenester o.l.

### **Vedtak om bolig - enkeltvedtak**

Vedtak om bolig skal følge vedtatte retningslinjer for behandling av søknad om – og tildeling av kommunal utleiebolig (Lørenskog kommunestyre 20.6.2012, saksnummer 078/12). Regler for saksbehandlingen står i kapittel 7 i retningslinjene. Det står at vedtak om bolig skal være skriftlig som et «tilsagnsvedtak» og inneholde en kort begrunnelse med henvisning til gjeldende retningslinjer. Avslag skjer ut i fra en skjønnsmessig vurdering, og på grunnlag av gjeldende retningslinjer og det skal gis skriftlig og være begrunnet. Vedtaket skal opplyse om klageadgang, klagefrist, klageorgan osv. (retningslinjene kapittel 7.5).

Retningslinjene har etter revisjonens oppfatning likhetstrekk med Justisdepartementets prinsipputtalelse om tildeling av kommunale boliger og enkeltvedtak. I tilfeller hvor ordningen er slik at det allerede av boforholdet følger en rett, eller større muligheter, til å få tildelt tjenester av sosial, medisinsk eller lignende art, vil dette trekke i retning av at tildelingsavgjørelser er enkeltvedtak heter

---

<sup>14</sup> Se rundskriv nr. 35 – Lov om sosiale tjenester i NAV punkt 4.28.1

det i en prinsipputtalelse/fortolkning av § 2 første ledd bokstav a og c – tildeling av kommunal bolig – enkeltvedtak (Justis- og beredskapsdepartementet 2001).

### Internkontroll

I internkontrollforskriften § 4 bokstavene a-h er det, som nevnt innledningsvis i dette kapitlet, konkretisert hva internkontroll innebærer og hva den/de ansvarlige for virksomheten skal gjøre. 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 kunnskap på feltet og at de medvirker til å utnytte erfaring og kunnskap, samt gjør bruk av pasienter og pårørendes erfaringer til forbedring av virksomheten.

Kommuneloven § 6 slår fast at kommunestyret treffer vedtak, jf. forvaltningsloven § 2, på vegne av kommunen så langt annet ikke følger av lov eller delegasjonsvedtak. Kommunestyret kan delegeres avgjørelsesmyndighet til rådmannen, jf. kommuneloven § 23 nr. 4. Bestemmelsen forstås slik at all myndighet delegeres til administrasjonssjefen som eventuelt kan delegeres videre internt i administrasjonen. Bakgrunnen er prinsippet om enhetlig ledelse og klare kommandolinjer og ansvarsforhold (Bernt og Overå 2011, 191).

Andre viktige krav er å skaffe oversikt over områder hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav og både utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av aktuell lovgivning. De ansvarlige må systematisk overvåke og gjennomgå internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

For å sikre at arbeidet med å fatte vedtak følger krav i lov må være klart hvem som har ansvar og myndighet til å fatte vedtak. Videre må kommunen utarbeide nødvendige prosedyrer og rutiner slik at saksbehandlingen og vedtakets innhold foregår innenfor gjeldende bestemmelser.

#### 4.2.1 Sammenfatning av revisjonskriteriene

Ut fra dette setter revisjonen opp følgende kriterier:

Problemstilling	Revisjonskriterier
Hvordan sikrer kommunen at det fattes vedtak på tjenester etter lovens krav?	⇒ Kommunen skal ha skriftlige systemer som sikrer at det blir fattet (enkelt)vedtak etter lovens krav, herunder ⇒ Avklart hvem som har ansvar og myndighet ⇒ Rutiner for saksbehandling, innhold og hjemmel

## 5 ET HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD

I kapittel tre i rapporten redegjorde vi for kommunens samlede tjenestetilbud til personer 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.

Problemstilling og kriterier for dette kapittelet er som følger:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
I hvilken grad sikrer Lørenskog kommune at pasienter eller brukere med psykiske vansker og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Kommunen skal legge til rette tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.</li> <li>⇒ Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester i kommunen, og med andre tjenesteytere.</li> <li>⇒ Kommunestyret skal vedta samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen.</li> <li>⇒ 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.</li> </ul>

Hovedfokus er på samarbeid og de systemer kommunen har for å legge til rette for samarbeid og samhandling, både internt i kommunen, opp mot fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Herunder undersøker vi kommunens rutiner og systemer for individuell plan og koordinator. Det hjelper imidlertid ikke å ha gode systemer og rutiner for samhandling dersom samhandlingen ikke fungerer. Vi undersøker derfor også hvordan kommunens medarbeidere innenfor området rus og psykisk helse opplever samarbeidet i praksis, både internt og opp mot spesialisthelsetjenesten.

Kapittelet er strukturert på følgende måte: Innledningsvis i punkt 5.1 redegjør vi for betydningen av samarbeid slik revisjonens informanter vurderer det. I 5.2 redegjør vi for samarbeidet internt i Bolig, rus og psykisk helse. Deretter, i punkt 5.3, redegjør vi for samarbeidet mellom de forskjellige tjenestene/avdelingene innad i kommunen. Videre, i punkt 5.4, følger en presentasjon av samarbeidet med fastlegene og til slutt redegjør vi for samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (punkt 5.5). I punkt 5.6 følger en gjennomgang av kommunens rutiner og praksis når det gjelder individuell plan (IP), koordinator og koordinerende enhet.

### 5.1 Samarbeid generelt

Revisjonen har dybdeintervjuet flere av lederne innenfor kommunens arbeid med psykisk helse og rus og samtlige understreker at samarbeid er helt nødvendig for å bistå brukeren med å mestre sin hverdag og for å kunne gi gode tjenester. Spesielt viktig er samarbeid når det gjelder brukere med

sammensatte utfordringer som f.eks. ROP-lidelser (kombinasjon av psykiske helseutfordringer og omfattende rusmisbruk). Dette er spesielt krevende brukere for hjelpeapparatet både når det gjelder behandling og oppfølging.

Det pekes videre på at mangel på samarbeid, eller et dårlig fungerende samarbeid, kan ha mange konsekvenser, i verste fall kan det føre til dødsfall eller at enkeltpersoner blir liggende syke i leiligheten uten å få hjelp. Samarbeid fremheves som viktig også med tanke på å skape gode bomiljøer i lokalmiljøet, gode overganger mellom omsorgsnivåer/boligtyper, f.eks. bolig i samlokaliserte boliger og vanlig kommunal bolig, og for å kunne gi god støtteoppfølging, boveiledning osv. Det pekes eksempelvis på at et godt samarbeid kan bidra til at en person kan klare seg lenger i et «lavt» omsorgstilbud. Betydningen og viktigheten av samarbeid illustreres i sitatene under:

Hvis faste brukere på Maisenteret ikke kommer, er det viktig at de på rus og psykisk helse får beskjed slik at de kan sjekke videre, avlegge et hjemmebesøk for eksempel.

Det kan oppstå problemer i relasjoner mellom bruker og de som skal følge opp i boligene eller ha støttesamtaler, dersom disse legger seg borti skadeverk, rot i leiligheter osv. [...]. De som jobber i psykisk helse og rus trenger et tillitsforhold til bruker og det er derfor enklere at Boligkontoret som har med bolig å gjøre tar det opp med bruker (husleieforhold etc.)

Mange har hjemmetjenester og da er det viktig med et samarbeid. De fleste har medisiner, sårstell, noen har praktisk hjemmehjelp. Noen ganger glipper det og det skjer at vi ikke fanger opp ting. Viktig å ha flest mulig øyne der ute [..].

For eksempel; en person fikk tildelt en bolig, så hørte vi ingenting før styrelederen ringte. Da var det kaos og personen var innlagt i sykehus. Da gikk boligkontoret inn. Tildelingsenheten med sine nøkkelpersoner kan si noe om den og den brukeren, ofte har de tjenester fra før [...]. Målet er å få en person til å bo/klare seg lengst mulig på et lavest mulig omsorgstilbud. For å lykkes med dette må folk fra psykisk helse inn og ofte hjemmetjenesten, slik at en hindrer at brukere må inn i tyngre omsorgstilbud/institusjon.

Bolig, rus og psykisk helse samarbeider med flere andre virksomheter i kommunen om felles brukere. Flere peker på at samarbeidet generelt ofte er personavhengig, og at dette er uheldig. Som en av informantene i spørreundersøkelsen uttrykker det; [...] *det skal ikke handle om å ha flaks med en saksbehandler når det gjelder grunnleggende tjenester som NAV f.eks.* Det understrekes imidlertid at det at samarbeidet er personavhengig ikke betyr at personlig engasjement ikke er viktig. Personlig engasjement trekkes frem som veldig viktig spesielt i ansvarsgruppene.

Det gis også uttrykk for en erfaring om at formalisering av samarbeid har en positiv effekt på samarbeidet. En av de revisjonen har intervjuet sier:

Det er lettere å samarbeide med dem du kjenner i faste strukturer, helst med en samarbeidsavtale i bunnen.



Lederne revisjonen har snakket med understreker videre at samarbeid er et ledelsesansvar. Virksomhetsleder i Bolig, rus og psykisk helse sier:

Jeg har ansvar for at medarbeiderne jobber best mulig sammen og at tjenestene har en sammenheng. Jeg og de andre virksomhetslederne har et ansvar for å legge til rette for samarbeid med de andre tjenestene.

Brukere med psykiske helse- og rusproblemer trekkes i kommunens Helse- og omsorgsplan 2015-2026 frem som en av flere brukergrupper som vil bidra til økt press på kommunens tjenester i årene som kommer (nærmere om planen i kapittel 3.5). For å løse sektorens oppgaver pekes det på at det er nødvendig å styre ressursene tydeligere mot noen definerte strategiske områder. Forebygging, mestring, alternative boformer, velferdsteknologi, kompetanse og *samskaping og tverrfaglig samarbeid* (revisjonens utheving) er de seks hovedstrategiene som er valgt ut.

Begrepet samskaping er hentet fra Stortingsmeldingen om Morgendagens omsorg (Meld.St.29 (2012-2013) 51) (Helse- og omsorgsplan 2015-2016,14) og forklares slik; «Samskaping blir en metode for å aktivere ressurser på tvers av samfunnet. Dette krever interaksjon, deltagelse og felles problemløsning mellom brukere, pårørende, ansatte i førstelinjen og eksperter». Videre står det; «Samskaping kan sees i sammenheng med satsningen på tverrfaglig samarbeid i alle deler av sektoren og komme inn under strategien samskaping» (Helse- og omsorgsplan 2015-2026,14). På side 13 i planen står det at tverrfaglig samarbeid benyttes som metode i alle deler av sektoren.

Planen trekker frem tverrfaglig samarbeid som ett av mange tiltak, spesielt innenfor tjenestenivået Helsefremmende tiltak og lavterskeltilbud. Det spesifiseres at: «[t]verrfaglige samarbeidssystemer bør videreutvikles slik at læringssløyvene styrkes og kunnskapen fra tverrfaglig samarbeidssystem kommer flere brukergrupper til gode». Her nevnes blant annet mennesker med psykisk helse- og rusproblemer (Helse- og omsorgsplan 2015-2016:18-19). Et annet tiltak som er spesifisert er å «[u]tvikle en felles faglig plattform for tjenestetilbudet til innbyggere med psykiske helse- og eller rusproblemer. Ta i bruk styringsdata, samarbeid på tvers av virksomheter og nivåer» (Ibid,19).

Planen sier etter hva revisjonen kan se lite om hvordan tverrfaglig samarbeid defineres eller skal forstås. Den spesifiserer heller ikke hvilke aktører som er viktig i dette samarbeidet, eller hvordan samarbeidet skal eller bør foregå i praksis.

## 5.2 Samarbeid internt i Bolig, rus og psykisk helse

Virksomheten er inndelt i fire avdelinger; Boligkontoret, Avdeling for rus og psykisk helse, Avdeling for samlokaliserte boliger og MAI-senteret med et tett samarbeid seg i mellom. Virksomheten ble opprettet i 2014, blant annet for å legge bedre til rette for et tettere samarbeid om tjenestene og et mer helhetlig og koordinert tilbud til den enkelte. Virksomhetsleder peker på at det er en forventning om en synergieffekt, ved at tjenestene henger godt sammen, at man jobber godt utviklingsmessig og at man ser de ulike tjenestene i sammenheng. Han forteller også at sammenslåingen ble gjort på bakgrunn av samhandlingsreformens sterkere fokus på forebygging i kommunene.

### **Ansvar og oppgaver**

Virksomhetsleder opplyser om at de ikke har detaljerte stillingsinstrukser, men at arbeidsavtalen til den enkelte inneholder opplysninger om oppgaver og eventuelt delegert myndighet. Virksomhetsleder har videredelegert myndighet til alle avdelingslederne som har fullt delegert ansvar for personal, fag og økonomi. Til fagansvar ligger ansvaret for at innbyggere og brukere får tjenester av god kvalitet innenfor gjeldende regelverk. Avdelingslederne har budsjettmessig ansvar, mens virksomhetsleder anviser gjennom kommunens fakturasystem.

### **Rutiner for samarbeid**

Det er flere rutiner med tanke på å sikre samarbeid og dialog avdelingene i mellom.

Det er avdelingsledermøter, hver 14 dag, eller oftere etter behov. Møtet tar opp både administrative og faglige spørsmål, status i enkelte klientsaker, spesielle utfordringer eller saker som må løftes opp til et høyere nivå. Utviklingen av virksomheten kan også være tema, hvordan man kan bli bedre på samhandling, dialog med Mottaks- og utredningskontoret for å nevne noe. I tillegg brukes møtet til å informere hverandre om deltagelse i møter/prosjekter i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Møtene er formelle med agenda og referat.

Avdelingene har ukentlige avdelingsmøter. I disse møtene diskuteres enkeltsaker, blant annet felles strategi for å møte den enkelte, man deler erfaringer, gode råd og tips. Det er separate avdelingsmøter for hver av de samlokaliserte boligene; Sykehusveien, Rugdeveien og Vallerud. Leder for samlokaliserte boliger og boligkontoret deltar på avdelingsmøtet til rus og psykisk helse ved behov. Lederne revisjonen har snakket med er godt fornøyd med avdelingsmøtene. Man får anledning til å legge felles planer, drøfte vanskelige saker og løfte de saker som trengs. Det er også et møte hvor man får synliggjort eventuell sårbarhet i eget system og hva som fungerer godt, eventuelt mindre godt.

Seks ganger i året er det virksomhetssamlinger som er samlinger hvor alle de ansatte i virksomheten samles.

Tildelingsmøter: Boligkontoret og Avdeling psykisk helse og rus deltar også i et samarbeid om tildeling av bolig gjennom det månedlige tildelingsmøtet. Her deltar også Mottaks- og utredningskontoret, NAV og Flyktningetjenesten. Møtet beskrives nærmere i kapittel 5.3.1.

Fagmøter: Dette er et diskusjonsmøte mellom Avdeling rus og psykisk helse, Samlokaliserte boliger og Mottaks- og utredningskontoret hvor man går gjennom og diskuterer nye henvisninger, videreføring av tjenester m.m. Møtet beskrives nærmere i kapittel 5.3.1.

### **Samarbeid i praksis**

Tilbakemeldingen fra lederne revisjonen har intervjuet er at samarbeidet i all hovedsak fungerer godt. I følge virksomhetsleder er det lavt konfliktnivå i virksomheten og diskusjoner dreier seg først og fremst om faglige spørsmål. Det kan f.eks. dreie seg om hvordan man skal gå frem for å gi en bruker et best mulig tilbud, hva som er det beste botilbudet osv.

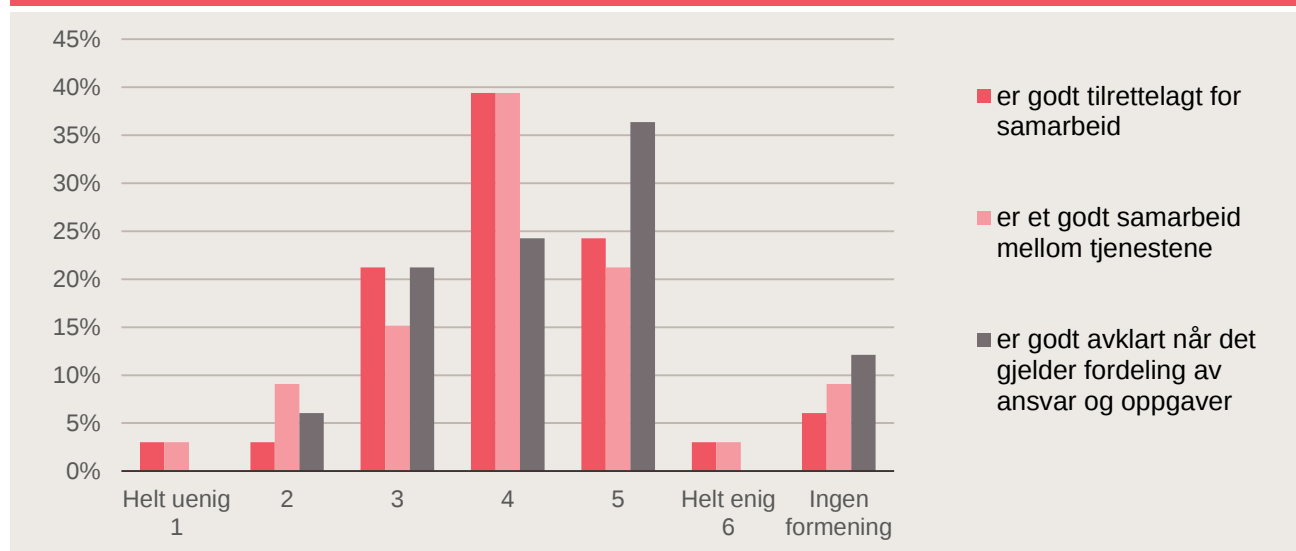
Spørreundersøkelsen revisjonen har gjennomført<sup>15</sup> viser at majoriteten sier seg helt eller delvis enige<sup>16</sup> i at det er tilrettelagt for et godt samarbeid og at samarbeidet tjenestene i mellom fungerer godt. Det er likevel slik at om lag en tredjedel sier seg helt eller delvis uenige i det samme. Med andre ord, det synes altså å være en oppfatning om at det er et potensial for forbedring når det gjelder samarbeidet internt i virksomheten.

For at et samarbeid skal fungere godt er det blant annet viktig at roller og ansvar er godt avklart. I følge virksomhetsleder er dette stort sett avklart og dersom det er uklarheter, noe som kan skje, avklares det i hvert enkelt tilfelle eller i et felles avdelingsmøte. Nyansatte må gjennom et formalisert opplæringsløp med blant annet gjennomgang av de ulike tjenestene.

Spørreundersøkelsen viser at de fleste som er spurt også synes ansvar og oppgaver er godt avklart internt, mens om lag 27 prosent mener det ikke er det. Også her kan det tolkes dithen at de ansatte i virksomheten mener det er et forbedringspotensial.

### Figur 7 Samarbeid internt i Bolig, rus og psykisk helse

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander: Jeg opplever at det i virksomheten Bolig, rus og psykisk helse



Kilde: RRI 2015:2-4. N=33

<sup>15</sup> Spørreundersøkelsen som sådan er besvart av både av ledere og sentrale medarbeidere som jobber innenfor feltet psykisk helse og rus både i Bolig, rus og psykisk helse, Samhandling og utredning, Helsefremmende og forebyggende tjeneste, NAV og Flyktningetjenesten. Spørsmålet i figur 1 er kun besvart av de som jobber i virksomheten Bolig, rus og psykisk helse.

<sup>16</sup> Svaralternativene 4,5 og 6 på skalaen er summert og slått sammen i kategorien «helt/delvis enig», mens svaralternativene 1,2 og 3 er slått sammen til «helt/delvis uenig». Dersom man ikke er involvert i samarbeidet som det spørres om er respondentene både i informasjonsskriv som er sendt ut i forkant av undersøkelsen og i selve spørreundersøkelsen blitt instruert til å svare «ingen formening». Dette gjelder for alle figurene i rapporten.

I intervju med lederne i virksomheten kommer det frem flere innspill til forbedringer av samarbeidet. Det ble pekt på at det er et behov for å bli bedre kjent med hverandres tjenester, særlig etter sammenslåingen til en virksomhet. Dette er viktig [...] for å ha oversikt og kunne drøfte friere[...] som en uttrykker det.

Lederen på boligkontoret forteller at de ansatte der har ønsket hospitering i de andre avdelingene. Lederen av MAI-senteret gir uttrykk for at de ønsker seg et felles, og formelt, fora hvor de kan ta opp spørsmål om enkeltbrukere. Hun sier:

Vi opplever personen på vår måte, andre kjenner personen på en annen måte. Et slikt fora mangler. Jeg som leder er med i slike diskusjoner, men ikke de ansatte. Viktig å kjenne personene som kommer til MAI-senteret litt bedre. Tror ikke det er aktuelt med hospitering, men å ha litt tettere kontakt.

Lederen for Avdeling rus og psykisk helse mener på sin side at de har behov for kjennskap til hele det kommunale tjenestetilbudet, noe som også lederen for Samlokaliserte boliger gir uttrykk for. I tillegg kommer det frem et ønske om at de i større grad må jobbe mot felles mål og «trekke» i samme retning.

### 5.3 Samarbeid på tvers av kommunens tjenester

#### 5.3.1 Samhandling og forvaltning/Mottaks- og utredningskontoret

Som fagtjeneste samarbeider Bolig, rus og psykisk helse tett med Mottaks- og utredningskontoret som blant annet har ansvar for å gi informasjon og råd om kommunens tjenester, saksbehandling og tildeling av tjenester etter gjeldende lovverk.

I Samordning og forvaltning/Mottaks- og utredningskontoret pekes det på at sammenslåing av rus- og psykisk helse til en avdeling i samme virksomhet er positivt, blant annet bidrar det til å hindre at det gis doble tjenester. Det pekes på at det før sammenslåing f.eks. hendte at det ble gitt støttesamtaler fra begge tjenester. Videre pekes det på at sammenslåingen er viktig for å kunne gi brukere med både rus- og psykisk helseproblematikk et helhetlig og godt tilbud.

Selv om Mottaks- og utredningskontoret har ansvar for mye av saksbehandlingen på tjenester til den aktuelle brukergruppen, er også noe av saksbehandlingen lagt til Bolig, rus og psykisk helse. Ansvars- og oppgavefordelingen mellom de to virksomhetene når det gjelder kartlegging og utredning av søknader om tjenester innenfor psykisk helse og rus behandles nærmere i kapittel 6.

#### Rutiner for samarbeid

Det er to sentrale møtepunkt for samarbeid mellom Bolig, rus og psykisk helse og Mottaks- og utredningskontoret.

Det ene er det månedlige fagmøtet med deltagere fra Mottaks- og utredningskontoret, Avdeling rus og psykisk helse og Samlokaliserte boliger. Her diskuteres nye henvisninger om oppfølging i forhold til psykisk helse, eventuelle utfordringer i oppfølgingen av den enkelte og videreføring av tjenester.

Avdelingslederne i Bolig, rus og psykisk helse peker i intervju på at fagmøtet er viktig for å avklare hva som er riktig tilbud til den enkelte søker. De understreker også viktigheten av god og grundig kartlegging slik at man sikrer seg et helhetlig bilde av søkerens behov og dermed kan gi rett tjeneste på rett nivå. De forteller også at de to virksomhetene har samarbeidet om å revidere skjemaet som brukes til å kartlegge søkerne.

Det andre er det månedlige tildelingsmøtet. Dette er et felles møte som inkluderer Mottaks- og utredningskontoret, Boligkontoret, Avdeling rus og psykisk helse, NAV og Flyktningetjenesten. I dette møtet fordeles og tildeles ledige boliger til de som har fått vedtak om bolig. I tillegg drøftes nye søknader, kompliserte saker og boligbehovet i kommunen.

Revisjonen får opplyst at det er mange hensyn som må tas i den konkrete tildelingen av bolig; blant annet må beboerne passe sammen og boligen må ha egnet størrelse. Det opplyses om at det er dårligst tilbud til brukere med sammensatte lidelser, som ROP-lidelser. Dette er brukerne med spesielle behov som krever tett oppfølging og et «robust» bomiljø.

Videre pekes det på at ventelisten på bolig i Lørenskog er halvert fra 50 personer for en tid tilbake, til 25 i dag. Det opplyses at noen må vente opp til et år, mens andre får en bolig i løpet av en måned. Informantene mener kommunen nok kan bli bedre til å planlegge boligsammensetning (for eksempel hvem man bosetter hvor og fremtidig boligbehov i kommunen), selv om dette har blitt lettere med flere ledige boliger, og færre på venteliste.

I tillegg til samarbeidsmøtene nevnt over deltar virksomhetsleder for Samhandling og forvaltning i ledermøtet for helse- og omsorgssektoren sammen med kommunaldirektør, øvrige virksomhetsledere i helse- og omsorgssektoren og NAV-leder.

### **Samarbeid i praksis**

Revisjonen får opplyst fra begge virksomheter at samarbeidet dem i mellom stort sett fungerer godt; de har en åpen dialog, bistår hverandre ved behov og har en lav terskel for å ta kontakt i enkeltsaker. Det pekes likevel på at det er forhold som kan bedres.

Fra Bolig, rus og psykisk helse sin side pekes det på at det er et forbedringspotensial når det gjelder å gi informasjon tidlig når det er spesielle boligbehov. Virksomhetsleder i Bolig, rus og psykisk helse forteller at det skal lages et flytskjema for tildeling av bolig som skal lette planlegging og dialog rundt boligbehov. Skjemaet vil synliggjøre prosessen fra en søknad kommer inn til en beslutning tas; om kommunen har beslutningspunkt på riktig sted, om de riktige spørsmålene blir stilt underveis, av de riktige personene osv. Virksomhetsleder understreker at dette vil være et viktig bidrag med tanke på å sikre at man har felles forståelse av «terrenget» og for å sikre god kvalitet i tildelingsprosessen. Det pekes også på at kartleggingsverktøyet kan brukes bedre.

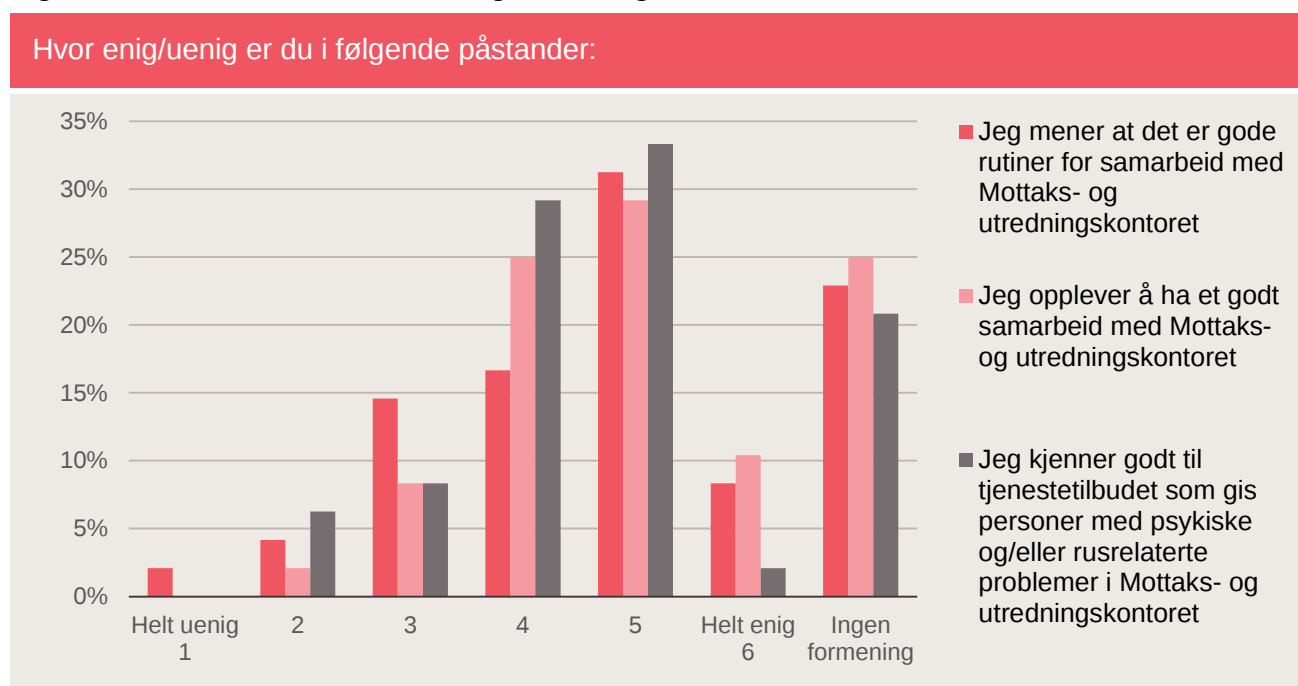
Fra Samhandling og forvaltning/Mottaks- og utredningskontorets side trekkes det frem at det er nødvendig å jobbe mer med rollefordeling og forståelse av roller og hvem som «eier» saken. Særlig viktig er dette i tunge saker fremholdes det. Leder for Samhandling og forvaltning forteller at de av og til opplever å bli «sittende i en skvis» i enkeltsaker, for eksempel at Samlokaliserte boliger

«vegrev seg» for å ta i mot alvorlig psykisk syke personer som kommunen skal finne et tilbud til. Hun peker på viktigheten av at personalet i boligene styrkes i å takle tunge brukere. Fra Bolig, rus og psykisk helse sin side pekes det på at Samlokaliserte boliger på ulike måter og i ulike fora samarbeider med spesialisthelsetjenesten og at det tilbys veiledning hver 3. uke.

Avdelingslederne i Bolig, rus og psykisk helse peker på at det er ønskelig med et tettere samarbeid på virksomhetsnivå slik at de lettere kan peke ut felles mål og retning i arbeidet.

Spørreundersøkelsen revisjonen har gjennomført blant medarbeidere som jobber med den aktuelle brukergruppen i kommunen, viser at de fleste sier seg helt eller delvis enige i at det er gode rutiner for samarbeid med Mottaks- og utredningskontoret og at de opplever samarbeidet som godt. Et mindretall er av motsatt mening og ca. en fjerdedel har ingen formening om verken rutiner for samarbeid, eller hvordan det fungerer.

**Figur 8 Samarbeid med Mottaks- og utredningskontoret**



Kilde: RRI 2015:21,32,43. N=48

På spørsmål om kjennskap til tjenestene<sup>17</sup> i Mottaks- og utredningskontoret ser vi stort sett samme tendens. Kjennskapen til Mottaks- og utredningskontoret er stort sett god blant de som har en formening.

<sup>17</sup> Mottaks- og utredningskontoret har ingen direkte tjenester til brukerne, men utreder og fatter vedtak om tjenester. Spørsmålets formulering kan derfor ha blitt misforstått/tolket feil.

### 5.3.2 NAV Lørenskog

Bolig, rus og psykisk helse og NAV har mange felles brukere og NAV er således en viktig samarbeidspartner. Det lokale NAV-kontoret ivaretar kommunens oppgaver etter sosialtjenesteloven. NAV har et forvaltningsansvar og dekker blant annet utgiftene til overnatting på hospits. NAV forvalter i noen tilfeller også økonomien til brukere som ikke er i stand til å ivareta dette selv, i tillegg har NAV ansvar for å sikre tak over hodet til de som akutt står uten bolig.

Samarbeidet med Bolig, rus og psykisk helse dreier seg både om å bistå brukeren med bolig og eventuelle økonomiske utfordringer bruker måtte ha. Det samarbeides blant annet om å finne løsninger for brukere som har opparbeidet seg husleierestanser, bistå med nedbetalingsavtaler osv.

NAV trekkes også frem som en viktig samarbeidspartner for Mottaks- og utredningskontoret, spesielt gjelder dette før kommunens tjenester til bruker er kommet ordentlig i gang og fagtjenesten overtar oppfølgingsansvaret.

Som et ledd i å styrke samarbeidet mellom tjenestene i helse- og omsorgssektoren og den kommunale delen av NAV, ble NAV fra og med 01.01.2015 lagt inn under helse- og omsorgssektoren<sup>18</sup>. Kommunaldirektør for helse og omsorg peker i oppstartsmøtet på at det anses å være et større potensiale for økt effekt for brukerne, dersom man styrker samarbeidet også på tjenestenivå. Videre peker hun på at staten og kommunen har forskjellige systemer, styringsdata, arbeidsformer osv. Når kommunen øker sin aktivitet i partnerskapet, vil dette kunne ha konsekvenser for hvordan NAV utformer sine tiltak, hvordan man bruker tid, hvilke systemer som skal benyttes osv. fremholder hun.

#### Rutiner for samarbeid

Revisjonen får opplyst at det er flere faste møtefora for samarbeid, både på ledernivå og saksbehandler/konsulentnivå.

Det er ledermøter hver 14. da som samler lederne for hele helse- og omsorgssektoren. Her sitter, for uten kommunaldirektør, virksomhetsleder for Bolig, rus og psykisk helse, øvrige virksomhetslederne i sektoren og NAV-leder (fra og med 01.01.15).

Det er også faste overordnede samarbeidsmøter mellom virksomhetsleder i Bolig, rus og psykisk helse og Nav-leder ca. 4 ganger i året. Her diskuteres ulike spørsmål som berører de to tjenestene som f.eks. behovet for boliger, sammensetning av boliger og spesielle utfordringer i den sammenheng. Innsøking og oppfølging av brukere til samlokaliserte boliger kan også være tema.

Videre har Boligkontoret og Avdeling rus og psykisk helse faste felles møter med NAV gjennom de månedlige tildelingsmøtene, hvor også Mottaks- og utredningskontoret og flyktningetjenesten deltar (møtet beskrives nærmere i kapittel 5.3.1).

---

<sup>18</sup> Tidligere lå Nav under økonomiavdelingen.

NAV deltar også i ansvarsgrupper, på lik linje med andre tjenester som yter bistand til brukeren. Etablering av ansvarsgruppe er ikke lovpålagt, men er en anbefalt arbeidsform når flere tjenesteytere er involvert og det er behov for koordinering av innsatsen rundt den enkelte bruker (Helsedirektoratet 2014, 23). En ansvarsgruppe kan f.eks. bestå av en konsulent i Avdeling rus og psykisk helse, NAV, fastlege, hjemmesykepleie og spesialisthelsetjenesten. Avdelingen utpeker koordinator internt innenfor rusfeltet. Ansvarsgrupper møtes regelmessig, men hyppigheten på møtene varierer etter brukers behov. Revisjonen får opplyst at det er skriftlige rutiner for nedsetting av ansvarsgrupper.

Dersom bruker har individuell plan (IP) eller tiltaksplan (les nærmere om IP i kapittel 5.6) fungerer den gjerne som utgangspunkt for møtet. På møtet blir brukers utfordringer drøftet, og hvem som skal gjøre hva og følge opp til neste gang avklart. Det blir skrevet referat fra møtene, som sendes til brukeren og medlemmene i ansvarsgruppen.

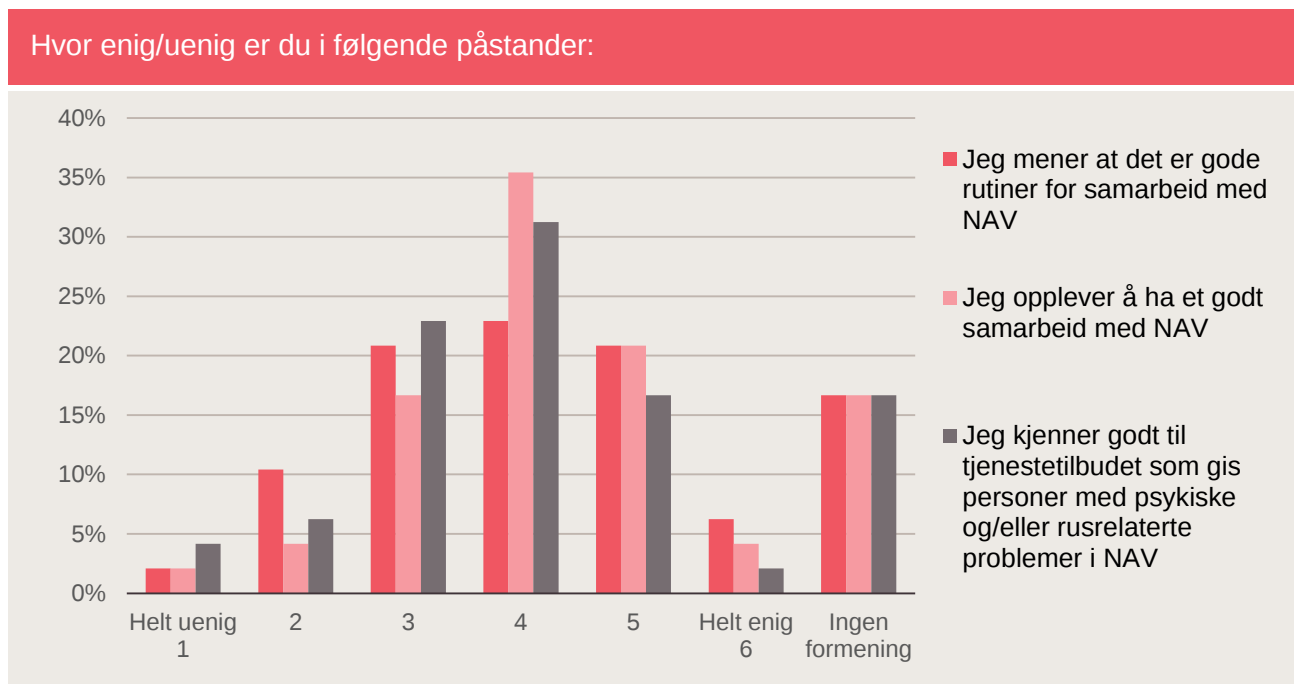
Revisjonen informeres i intervju om at det kan være en utfordring å være seg bevisst at ansvarsgruppemøtene er for brukeren. Pasient/brukere kan oppleve at de «overkjøres» og at «det er vanskelig å følge med». Møtet kan være for stort med mange deltakere og skal ofte dekke mange temaer. I det store opplever revisjonens informanter at ansvarsgruppe fungerer bra, men det er ikke alltid bruker møter.

Revisjonen får opplyst at det finnes en samarbeidsavtale med NAV om rusbehandling, men at den er gammel og ikke oppdatert.

### **Samarbeid i praksis**

Spørreundersøkelsen revisjonen har gjennomført viser at de som jobber innenfor feltet psykisk helse og rus i Lørenskog, er delt i synet på samarbeidet med NAV. Som figuren under viser, sier halvparten seg helt eller delvis enig i at det er gode rutiner for samarbeid, mens om lag en tredjedel mener det ikke er det. Videre ser vi at det er 60 prosent av de spurte som opplever samarbeidet med NAV som helt eller delvis godt, mens 23 prosent i mindre grad gjør det. Selv om en hovedvekt befinner seg på «den positive» siden i synet på samarbeidet med NAV, er det få som sier seg helt enig i påstandene som er formulert, og mange gir samarbeidet «karakteren» 4. Dette tyder på at mange mener det er et potensial for forbedring av samarbeidet mellom NAV og andre som jobber med disse brukerne i resten av kommunen.



**Figur 9 Samarbeid med NAV**

Kilde: RRI 2015:23,34,45. N=48

På spørsmål om respondentene kjenner godt til tjenestetilbudet til den aktuelle brukergruppen i NAV, sier ca. halvparten seg helt eller delvis enige i dette, mens ca. en tredjedel ikke gjør det. Selv om det er en hovedvekt på «den positive» siden i dette spørsmålet, er det få som sier seg helt enig og mange vurderer sin kjennskap til tjenestetilbudet i NAV til 4 på skalaen.

I dybdeintervjuene revisjonen har gjort understreker samtlige informanter både i NAV, Bolig rus og psykisk helse, og Mottaks- og utredningskontoret at samarbeidet med NAV er viktig, men at det er flere utfordringer.

#### *Tilgjengelighet og utskiftning av medarbeidere*

Revisjonens informanter både i Bolig, rus og psykisk helse og på Mottaks- og utredningskontoret trekker frem tilgjengelighet og høy «turnover» som en stor utfordring og kilde til frustrasjon. Konsekvensen er at det kan ta tid å få ordnet det man skal, eller finne frem til gode løsninger for brukerne. Hyppig skifte av kontaktperson i NAV bidrar også til å skape utrygghet og uforutsigbarhet for brukerne påpekes det.

Det trekkes imidlertid frem at samlokalisering mellom Avdeling for rus og psykisk helse og NAV i samme bygg senker terskelen for samarbeid i enkeltsaker.

#### *Uklare ansvarsforhold i grensesnittet mellom tjenestene*

Virksomhetsleder i Bolig, rus og psykisk helse opplever ansvars- og oppgavefordeling mellom NAV, Boligkontoret og Avdeling for rus og psykisk helse i all hovedsak som avklart. Han peker imidlertid på at det kan være noe uenighet om NAV har «strekt seg langt nok» i enkeltsaker og vise versa.

Revisjonens informanter i NAV opplever imidlertid ikke alle oppgaver og ansvar som like avklart og det gis uttrykk for usikkerhet om viktige oppgaver faktisk blir ivaretatt:

Jeg savner avklaring av hva hver tjeneste har ansvar for, grensesnittet mellom oss og rustjenesten. [...] Vi finner løsninger i enkeltsaker, men det er sånn at vi sitter og lurert en del [...].

Når man tenker på gruppa rus og psykiatri, har ikke vi noe forebyggende arbeid. Vi skriver bare vedtak. Fint å vite at rustjenesten jobber med den biten. Men vi vet ikke. Det kan være hull og hvem skal gjøre hva når ting skjærer seg? [...].

Nav mottok en bekymringsmelding fra Mottak og utredning om en veldig syk person i en av kommunens trygdeboliger. Vi ringte da rustjenesten som ikke ville ha noe med det å gjøre. Da dro vi selv dit og møtte en svært alkoholisert person som levde under uverdige forhold. Så meldte vi videre bekymring til fastlegen<sup>19</sup>.

Det gis også uttrykk for at brukere med sammensatte behov «skyves over» til NAV og at det stilles forventninger til Nav som de verken har virkemidler eller hjemmel til å innfri. Det gjøres noen valg i andre tjenester i kommunen hevdes det, som bidrar til at brukere til slutt «ender opp» hos NAV med et tilsynelatende akutt boligbehov:

En person har bolig i kommunen med oppfølging, men er såpass psykisk syk at han har liten forståelse for å innrette seg etter regler osv. Han benytter seg kanskje ikke av den oppfølgingen han får der han bor, og ender med å bli kastet ut. Da står han uten bolig og ender opp hos NAV. Vi kan ikke hjelpe annet enn å skaffe plass på hospits, og det gjør ikke situasjonen for brukere bedre. Kommunen tror NAV har en masse virkemidler, men det har vi ikke. Da har andre tjenester i kommunen gjort noen valg som gjør at vedkommende til slutt ender hos NAV.

Informantene mener det er viktig å ta innover seg at NAV også er en del av kommunen. Utfordringen er at andre tjenester i kommunen ikke er seg dette bevisst eller har nok kjennskap til NAVs mandat. Det pekes på at man i for stor grad «sitter på hver sin tue» og at man ikke helt vet hva de andre tjenestene driver med. Dette kan også føre til at man gir brukerne feil informasjon og det oppstår forventninger som ikke kan innfris. Konsekvensen påpekes det, er at brukerne blir kasteballer i systemet. «[...] det eneste vi gjør er å henvise de tilbake».

### *Kommunens styring og rammer for sine egne oppgaver i NAV*

I intervjuene med Nav fremkommer det videre at det oppleves som uklart hva kommunen forventer at Nav skal gjøre. «Vi vet ikke lenger hva kommunen vil vi skal gjøre utenom arbeidslinja». Mens den gamle sosialtjenesten før hadde en relasjon til brukerne og jobbet mer praktisk og ytte bistand, har dette arbeidet langt på vei blitt borte sier en. I dag jobber Nav primært med inntektssikring, med

---

<sup>19</sup> I fakta-høringen av rapporten opplyses det fra Bolig, rus og psykisk helse sin side at rusteamet ikke følger opp alle innbyggerne i kommunen som har rusutfordringer, men at de prøver å strekke seg så langt det er mulig. Eventuelt prøver man å veilede andre kommunale tjenester i hvem som skal eller kan kontaktes. I en akutt fase er det som oftest fastlegen.

unntak av noe forbyggende arbeid rettet mot ungdom i risikozonen. Det påpekes at lowverket pålegger Nav å gjøre mer enn hva de faktisk gjør. Det pekes også på at tidligere Nav-ledelse i liten grad har vært opptatt av sosiale tjenester og i liten grad har tatt ansvar for det:

[...] det er arbeidslinja med statlige direktiver og føringer som gjelder [...], sosiale oppgaver begrenses ned til et minimum [...]. Det er ikke ressurser, folk, tid [...] etter at vi kom inn i NAV forsvant mye av den biten. Da ble sosialtjenesten noe annet. Men lowverket er nesten det samme.

Også i Bolig, rus og psykisk helse gis det uttrykk for frustrasjon over at det sosialfaglige arbeidet tilsynelatende er borte i NAV og at det nå handler mest om vedtak om penger. Nå skal alle jobbe med alt og gode sosialfaglige personer finner seg, med noen unntak, andre jobber. Bare det fysiske NAV-kontoret sier noe om at det sosialfaglige arbeidet er blitt borte i NAV påpekes det. Ledere i bolig, rus og psykisk helse etterlyser en felles forståelse når det gjelder samarbeidet om de aller svakeste.

### *Behov for tettere samarbeid*

Både avdelingslederne i Bolig, rus og psykisk helse og informantene i NAV gir uttrykk for at det er ønskelig med et tettere samarbeid, særlig om oppfølging av brukernes økonomi. Mange i denne brukergruppen har utfordringer med å administrere egen økonomi, noe som kan føre til at regninger hopper seg opp, husleierestanser, stenging av strømmen osv. Informantene i NAV mener det er behov for å trekke NAV inn på et tidligere tidspunkt enn det som gjøres i dag, slik at man unngår at brukeren kommer i slike situasjoner<sup>20</sup>.

Virksomhetsleder i Bolig, rus og psykisk helse peker på noe av det samme. «NAV møter brukeren når han/hun har behov for penger. Men brukeren har ikke bare pengeproblemer, men også andre mer underliggende problemer som må håndteres». Det er da viktig å «koble på» Avdeling for rus og psykisk helse sier han. Han understreker videre at det er viktig å være samstemte og «prate sammen». Likevel mener han at samarbeidet med NAV er bedre enn før; «vi vil det samme i praksis» sier han. Leder for boligkontoret mener også samarbeidet med NAV er på riktig vei og at det for tiden fungerer «ganske bra»; «det er satt mer i system med faste personer å forholde seg til, felles møter og rutiner f.eks. for varsling av husleierestanser». Det er blant annet planlagt et samarbeidsmøte i juni hvor samarbeidet skal settes på dagsorden.

I NAV gis det uttrykk for at man generelt ikke opplever å ha være en integrert del av kommunens arbeid på området. De er ikke en del av de foraene som finnes i kommunen og har lite kjennskap til det som foregår. Det gis uttrykk for håp om at dette nå vil bedres etter at Nav ble en del av helse- og omsorgssektoren;

---

<sup>20</sup> I forbindelse med fakta-høringen pekes det på at når det gjelder utkastelser fra bolig er rutinen slik at boligkontoret varsler NAV ved første restanse og første klage. NAV vil bruke sin nye bo-oppfølger (på midler fra Fylkesmannen) til å følge opp disse sakene.

Vi blir satt på kartet på en annen måte enn før, blir dratt mer inn i det som skjer og vil få mer informasjon. Tror det vil gjøre det lettere å samarbeide når man blir bedre kjent, har et navn og et ansikt.

Selv om det er utfordringer i samarbeid med NAV uttrykkes det også forståelse for at kontoret er stort, at de i større grad enn før skal være generalister og at de ansatte der jobber under et høyt arbeidspress. Det pekes også på at det er selve «systemet» som er utfordringen og ikke enkeltfaktorer isolert sett. Vise versa er det forståelse hos NAV for at det kan være utfordrende å samarbeide med NAV.

På spørsmål om hva som skal til for å bedre samarbeidet trekkes det frem følgende fra Bolig rus og psykisk helse og Mottaks- og utredningskontorets side:

- Faste kontaktpersoner, kontinuitet og bedre tilgjengelighet
- Felles forståelse når det gjelder samarbeid om de aller svakeste

Revisjonens informant i NAV peker på følgende forbedringspunkter:

- Klarere grensesnitt og klare rutiner for hva som skal gjøres hvis det «skjærer seg»
- Kommunens ledelse må gi tydelige signaler om hvordan de ønsker at den kommunale delen av NAV skal jobbe
- En større grad av integrering i kommunen: fast obligatorisk samarbeid initiert av ledelsen, bedre informasjon, gjensidig synlighet og kjennskap til hverandres tjenester. Blant annet er det ønskelig med en felles arena hvor man kan utveksle erfaringer, tanker og komme frem til bedre måter å samarbeide på.

### **5.3.3 Helsefremmende og forebyggende tjeneste**

Forebyggende psykisk helsetjeneste (FHP)<sup>21</sup> og Avdeling rus og psykisk helse jobber mot to ulike brukergreper. FPH bistår *hele* befolkningen i kommunen med forebyggende psykisk helsearbeid og tilbyr i tillegg *klinisk oppfølging* (kortvarig tilbud til voksne over 18 år) med lettere til moderate psykiske helsevansker. Helsestasjon for ungdom (HFU) jobber mot målgruppen 13-24 år og ivaretar blant annet ungdom med et rusproblem. Avdeling rus og psykisk helse har voksne over 18 år som målgruppe og bistår de som har et mer etablert og alvorlig rusproblem i eventuelt i kombinasjon en mer alvorlig psykisk lidelse (for eksempel ROP-lidelse).

Selv om de to tjenestene/virksomhetene i all hovedsak har forskjellige målgrupper har de også i enkelte tilfeller felles brukere som gjør at samarbeid er viktig. Det fremgår av dokumentasjon revisjonen har mottatt (om Helsefremmende og forebyggende tjeneste) og av intervjuer med ledelsen at kommunen har etablert et tverrfaglig samarbeid på flere områder som også Avdeling rus og psykisk helse er en del av.

---

<sup>21</sup> FPH er organisert under Helsefremmende og forebyggende tjeneste, jf. kapittel 3.

## **Rutiner for samarbeid**

Det samarbeides på følgende områder og måter:

### *Tverrfaglig samarbeidssystem for barn og unge*

I dokumentasjon revisjonen har mottatt fra kommunen beskrives dette som et forpliktende samarbeidssystem mellom oppvekst- og utdanningssektoren, helse- og omsorgssektoren, kultursektoren og Lørenskog lensmannskontor. Samarbeidet reguleres av formelle samarbeidsrutiner og målet med samarbeidet er å avdekke psykiske vansker hos barn og gi de den hjelpen de trenger. Samarbeidssystemet er politisk vedtatt og administrativt forankret via rådmannen. Kommunaldirektør for oppvekst- og utdanningssektoren er leder for samarbeidet og har ansvar for å sørge for at aktørene utfører oppgaver i tråd med intensjonene. Det er ansatt en koordinator på heltid for å drifte systemet. Det er også et samarbeid på tvers i kommunen om å identifisere psykisk syke, hvor også avdeling for rus og psykisk helse deltar.

Noen av systemets sentrale elementer er:

### *Ruskontrakter*

Helsestasjon for ungdom i alderen 13-24 år tilbyr blant annet Ruskontrakt for ungdom mellom 13 og 20 år som et ledd i kommunens kriminalitetsforebyggende samarbeid (SLT). Dette er et samarbeid mellom ungdom, foreldre, politi, utekontakten, helsetjenesten/HFU. Målet er å forebygge alvorlig rusutvikling. Revisjonen får opplyst at Avdeling rus og psykisk helse foreløpig ikke deltar i dette samarbeidet men at det nå «jobbes med» å trekke de nærmere inn. Leder for helsefremmende og forebyggende avdeling opplyser at det er nedsatt en arbeidsgruppe med folk fra blant annet fra rustjenesten og helsestasjon som skal jobbe med å utarbeide en handlingsplan for å hjelpe og følge opp ungdom som befinner seg i «mellomsjiktet», inkludert noe eldre ungdom hvor ikke ruskontrakt anses som hensiktsmessig. Dette er ungdom som befinner seg mellom to tjenester og som i følge leder «ikke identifiserer seg sjøl med så mye rusmisbruk at de tilhører rustjesten, men med for store problemer til å gå på helsestasjon».

### *Gravide rusmiddelavhengige*

Her er det nedsatt en egen samarbeidsgruppe som består av jordmødre, helsesøster, barnevernkonsulent og psykolog og ruskonsulent fra avdeling rus og psykisk helse. Revisjonen får opplyst at det er Avdeling for rus og psykisk helse som leder samarbeidet. Samarbeidet er formalisert med en egen metodebok med oversikt over hvem gjør hva, og med faste møter seks ganger i året. Blant annet er det rutine at jordmor, når hun oppdager eller får melding om rusmisbruk i svangerskapet, skal kontakte avdeling rus og psykisk helse. Det blir også nedsatt en ansvarsgruppe for å ivareta oppfølgingen av mor og barn.

### *TILO- tidlig identifisering og langsiktig oppfølging*

TILO er en handlingsveileder som skal gjøre det enklere å fange opp barn og unge som sliter så tidlig som mulig, samt hjelpe og følge opp foreldre som selv sliter med psykiske vansker/rusproblematikk. Kontinuerlig støtte og samordning av tiltak sikres gjennom ansvarsgrupper som nedsettes rundt barn og foreldre og utarbeidelse av en tiltaksplan for langsiktig oppfølging.

Avdeling for rus og psykisk helse er involvert i saker der de allerede følger opp mor fra før, mens Helsefremmende og forebyggende tjeneste har ansvar for å følge opp barna. Leder for helsefremmende og forebyggende tjeneste etterlyser et tettere samarbeid med tanke på å få samtykke fra foreldrene for å kartlegge barna.

### *Samarbeid om barn og unge i «gråsonen»*

Politi, helsestasjon for ungdom, barnevern, utekontakt og avdeling rus og psykisk helse har etablert et samarbeid om ungdom i risiko for rusavhengighet og psykiske lidelser. Etter hva revisjonen har fått opplyst (i oppstartsmøtet for prosjektet) jobbes det nå med å utarbeide en plan for dette arbeidet. Planen skal forankres i det tverrfaglige samarbeidssystemet for barn og unge.

Utover det de samarbeidsprosjektene som er nevnt ovenfor, er det etter hva revisjonen forstår ingen faste rutiner for samarbeid mellom de to tjenestene.

### **Samarbeid i praksis**

I oppstartsmøtet for dette prosjektet pekes på at det er et forbedringspotensial når det gjelder samarbeidet mellom Forebyggende psykisk helsetjeneste og Avdeling for rus og psykisk helse.

Kommunaldirektør for helse- og omsorgssektoren viser til at «kommunen har mye bra på systemnivå, men (...) trenger å styrke nivået mellom det vi har av tiltak på forebygging og oppfølging av unge, og tilbudet til de med tyngre problematikk». Leder for Helsefremmende og forebyggende tjeneste gir uttrykk for det samme og mener det viktigste nå er å få etablert et samarbeid om de unge voksne opp til 25 år og som faller litt mellom «to stoler». Dette er en gruppe hun er bekymret for sier hun.

Revisjonen får opplyst at enkelte av de som søker hjelp i kommunen på grunn av milde til moderate psykiske lidelser, og som får oppfølging i Forebyggende psykisk helsetjeneste, etterhvert får vedtak om langvarige oppfølgingstjenester i Avdeling rus og psykisk helse. Ofte har de da først vært til behandling i spesialisthelsetjenesten. Leder for Helsefremmende og forebyggende enhet forteller at de sjelden henviser personer med behov for langvarig oppfølging videre i kommunens tjenestetilbud, men henviser direkte til spesialisthelsetjenesten. Avdelingsleder for rus og psykisk helse peker på at de likevel trenger et samarbeid med Forebyggende psykisk helse blant annet for å se på helheten i kommunens tilbud innen rus og psykisk helse. *Hva er det for eksempel behov for at de ulike avdelingene har fokus på og hva er felles arenaer og ansvar?*

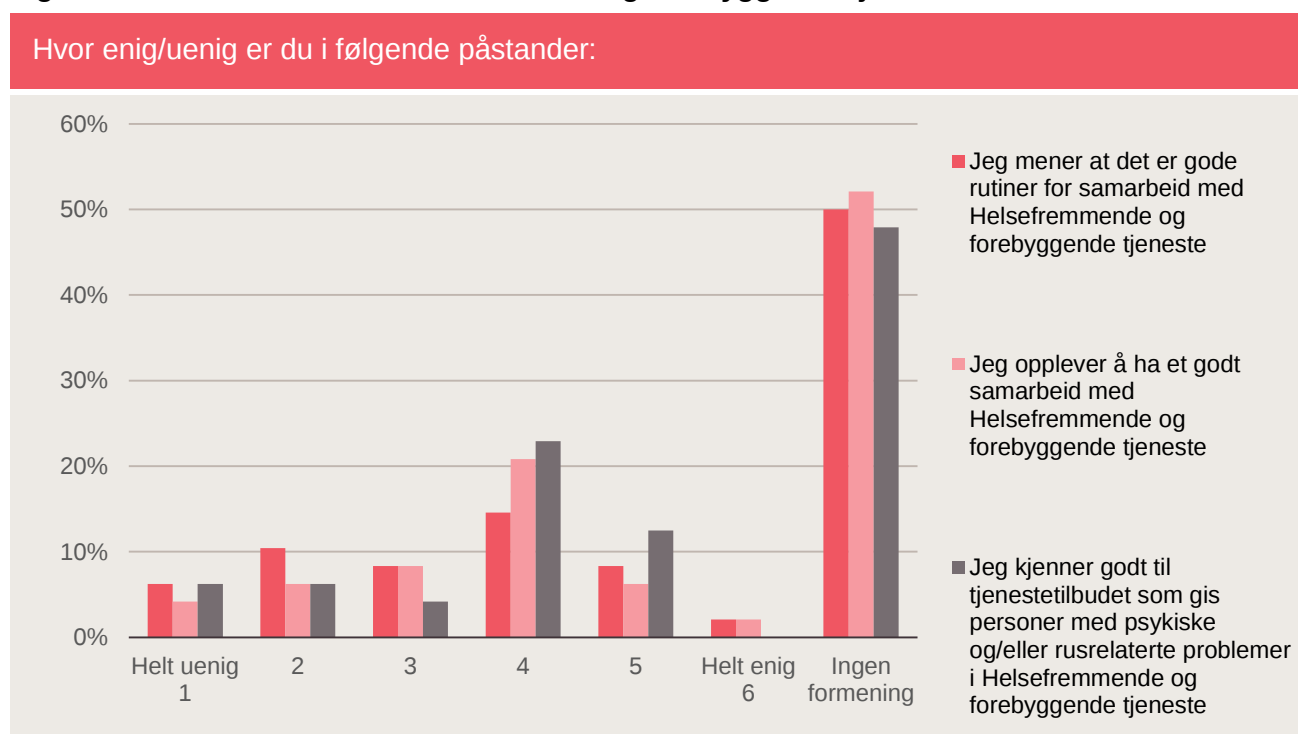
Virksomhetsleder i Bolig, rus og psykisk helse peker på at et tettere samarbeid vil være en styrke både med tanke på kompetanseoverføring, veiledning av ansatte i vanskelige saker, bistand til kartlegging osv. Psykologene i Forebyggende psykisk helse har hatt kurs for ansatte i helse- og omsorgssektoren i kommunen hvor også ansatte i Avdeling rus og psykisk helse har deltatt. Virksomhetsleder opplyser til revisjonen at de ikke har psykologer ansatt i Avdeling rus og psykisk helse, men at det er søkt om statlige midler til å få dette.

Om samarbeidet om gravide rusmisbrukere spesielt mener avdelingsleder for Avdeling rus og psykisk helse at dette fungerer godt. Hun trekker frem at formaliseringen/standardiseringen av samarbeidet med en egen metodebok er positivt samarbeidet, blant annet bidrar det til at det er

enkler å få oversikt. Hun peker imidlertid på at det er et forbedringspotensial når det gjelder videreutvikling og oppdatering av metodeboka. Videre er det ønskelig etter hennes mening å få en bredere sammensatt arbeidsgruppe rundt de gravide, med deltagelse også fra fastlege og psykolog.

Svarene fra spørreundersøkelsen revisjonen har gjort viser at ca. halvparten av de spurte ikke har noen formening om samarbeid med Helsefremmende og forebyggende tjeneste, eller kjennskap til tjenestene i virksomheten. Ca. 1 av 4 mener det er gode rutiner for samarbeid, mens like mange mener det ikke er det. Blant de som har en formening om samarbeidet opplever en noe større andel samarbeidet som godt, enn de som ikke gjør det.

**Figur 10 Samarbeid med Helsefremmende og forebyggende tjeneste**



Kilde: RRI 2015:24,35,46. N=48

På spørsmål om kjennskap til tilbudet i denne tjenesten ser vi at ca. 40 prosent av de spurte sier seg helt eller delvis enige i at de kjenner godt til tilbudet, mens et mindretall (17 prosent) i mindre grad sier seg enige i dette.

#### 5.3.4 Hjemmetjenesten

På lik linje med andre brukergrupper får også brukere med rus- og/eller psykisk helse problematikk tjenester fra hjemmetjenesten dersom de har behov for det. Blant annet kan det være behov for medisinutdeling eller sårstell. Virksomhetsleder i Bolig, rus og psykisk helse peker på at det er viktig å ha dialog og samarbeid med hjemmetjenesten. Sitatet under illustrerer hjemmetjenestens rolle og viktigheten av samarbeid:

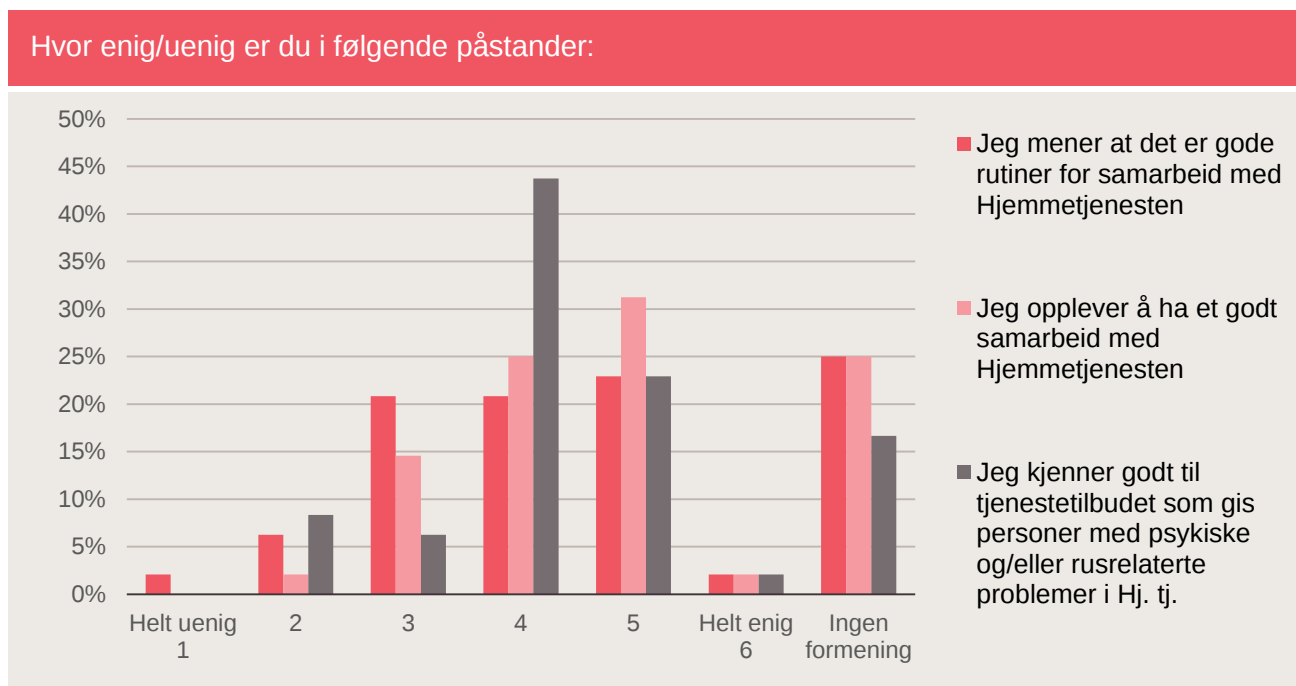
Dersom en person har skrudd ned brannvarsleren, kan hjemmetjenesten be oss om å dra dit, eller hvis posten ikke er tatt inn på 3 dager. Da kan vi oppsøke bruker og sjekke ut situasjonen.

Hjemmetjenesten kan altså bidra til å avdekke mangler i leiligheten til brukeren, eller sørge for å varsle hvis det er mistanke om alvorlig sykdom eller andre ting som ikke er som det skal.

Revisjonen får opplyst at det ikke er noen rutiner for samarbeid eller faste møter mellom Bolig, rus og psykisk helse og hjemmetjenesten. Virksomhetsleder peker på at hjemmetjenesten holder til i samme bygg som Boligkontoret (Lørenskog hus), noe som bidrar til at det er en lav terskel for å ta kontakt. Han mener de har et godt samarbeid, uten spesielle utfordringer.

Spørreundersøkelsen tyder også på at samarbeidet med hjemmetjenesten når det gjelder disse brukerne alt i alt er godt. 46 prosent sier seg helt eller delvis enige i at det er gode rutiner for samarbeid og nesten 60 prosent opplever samarbeidet som godt. Nesten 70 prosent mener de kjenner godt til tilbudet hjemmetjenesten har til brukergruppen.

**Figur 11 Samarbeid med Hjemmetjenesten**



Kilde: RRI 2015:20,31,42. N=48

Resultatene viser likevel at det her som på andre områder er et potensial for forbedring.

### 5.3.5 Barnevernet

Bolig, rus og psykisk helse (særlig Avdeling rus og psykisk helse), samarbeider/har kontakt med barnevernet i ulike tverrfaglige samarbeid og i enkeltsaker der barnevernet følger opp barn med foreldre som er rusmiddelavhengige eller har psykiske lidelser.



### **Rutiner for samarbeid**

Barnevernet er også del av det tverrfaglige samarbeidet om gravide rusmisbrukere (jf. kapittel 1.4.3). Avdelingsleder i rus og psykisk helse opplyser at målet i første omgang er å sikre barnet, men også å kunne tilby et tverrfaglig samarbeid for mor og barn i etterkant av fødselen. Samarbeidet er regulert av skriftlige rutiner med blant annet fordeling av ansvar og oppgaver.

Videre samarbeides det noe gjennom TILO (Tidlig intervensjon og langsiktig oppfølging) (se også kapittel 1.4.3).

Offentlig ansatte har etter lov om barneverntjenester § 6-4 (og flere andre lover), plikt til å gi opplysninger til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir utsatt for mishandling, eller annen form for alvorlig omsorgssvikt. Opplysningsplikten innebærer en plikt til å melde fra til den kommunale barneverntjenesten av eget tiltak ved alvorlig bekymring og er et selvstendig og personlig ansvar. Revisjonen får opplyst at det i Avdeling rus og psykisk helse er egne rutiner som skal sikre at det meldes til barnevernet i tråd med den lovpålagte plikten. Boligkontoret melder bekymring til barnevern ved utkastelser der det er barn, og eventuelt i andre saker der man er bekymret for barna i husstanden. I følge virksomhetsleder i Bolig, rus og psykisk helse er både driftsleder og andre ansatte ved Boligkontoret veldig «obs» på problemstillingen knyttet til utfordrende boforhold der det er barn til stede. Det hender også at barnevernet tar kontakt og ber om skriftlig tilbakemelding i enkeltsaker.

### **Samarbeid i praksis**

Virksomhetsleder i Bolig, rus og psykisk helse forteller at samarbeidet med barnevernet i all hovedsak oppleves som godt og at medarbeiderne i virksomheten opplever å ha en god dialog med barnevernet.

Avdelingslederne i Bolig, rus og psykisk helse peker likevel på at samarbeidet med barnevernet kan være utfordrende, spesielt på grunn av barnevernets taushetsplikt. Det oppleves at barnevernet gir lite informasjon om de vurderinger de gjør i fellessaker. Hun sier:

Det oppleves som om man jobber mot forskjellige mål, har forskjellige oppfatninger om taushetsplikt og opplysningsplikt, ulike agendaer (...) at barnevernet jobber med isolerte problemstillinger mens vi jobber i ett helhetsperspektiv.

Avdelingsleder i rus og psykisk helse gir uttrykk for at hun ønsker mer åpenhet fra barnevernets side. Hun mener mer åpenhet vil kunne gjøre det enklere å sette foreldre i stand til å mestre egne liv og oppgaven som omsorgsperson. «Opplevelsen av å jobbe mot samme mål, sette foreldre i stand til å mestre eget liv og oppgaven som omsorgspersoner» vil bli tydeligere for alle påpeker hun. På spørsmål om hva som kan forbedres i samarbeidet med barnevernet trekkes det frem at det trengs en samarbeidsavtale mellom tjenestene. Det påpekes at det er viktig å bli bedre kjent med hverandres oppgaver og ansvarsområder slik at foreldre som har tiltak fra barnevernet har mulighet til å velge hjelp, istedenfor, som hun sier, «bli underlagt kontrolltiltak og pålegg om å søke hjelp».

Avdelingsleder for boligkontoret ønsker seg faste møter med barnevernet. Hun sier; «(...) det ligger ikke faste samarbeidsrutiner i bunn som gir god samhandling. Er man usikker har man ikke rutiner som sikrer at man melder fra. Burde hatt faste møter».

### **5.3.6 Flyktingetjenesten**

Revisjonen får opplyst at kommunen tar i mot ca. 22 førstegangsbosatte flyktninger i året, i tillegg til sekundærbosetninger. Revisjonen får videre opplyst at boligkontoret har faste samarbeidsmøter med flyktingetjenesten hver annen måned. Her diskuteres boligbehov for nyankomne flyktninger og ev. utfordringer i eksisterende boliger. Boligkontoret har samarbeidsavtale med flyktingetjenesten.

Utover samarbeid om bolig er det ikke noe fast samarbeid mellom Bolig, rus og psykisk helse og flyktingetjenesten. Revisjonen får opplyst at flyktninger som har psykiske utfordringer og/eller rusproblemer kan få oppfølging i Avdeling psykisk helse og rus eller Helsefremmende og forebyggende tjeneste på lik linje med andre innbyggere i kommunen. Virksomhetsleder har et inntrykk av at terskelen for å be om hjelp imidlertid er høy og at det er få flyktninger som tar kontakt med hjelpeapparatet. Han peker videre på at flyktingetjenesten er samlokalisert (samme bygg) med avdeling psykisk helse og rus, noe som legger til rette for et eventuelt samarbeid fra sak til sak.

### **5.3.7 Kommuneoverlegen**

I revisjonens intervju med avdelingslederne i Bolig, rus og psykisk helse opplyses det om at det er samarbeid med kommuneoverlegen i enkeltsaker, f.eks. ved tvangsinnleggelse. Leder i Samhandling og forvaltning peker på at kommuneoverlegen brukes i vanskelige saker og er en god formidler til fastlegene.

Informantene i Bolig, rus og psykisk helse opplyser også om at kommuneoverlegen deltar i møter når de tar initiativ til det. Det gis imidlertid uttrykk for at det er ønskelig med et tettere samarbeid om brukergruppen generelt, spesielt for å kunne diskutere utfordringer og hvordan sikre helhetlige brukerforløp. Blant annet er det ønskelig at kommuneoverlegen deltar i de faste LAR-møtene. Flere av lederne understreker viktigheten av at kommuneoverlegen har god kunnskap om kommunens tjenester og formidler dette videre til fastlegene; «dersom ingen kjenner til MAI-senteret for eksempel, vil heller ingen oppsøke det» som en av lederne uttrykker det.

Kommunaldirektør for helse- og omsorgssektoren opplyser i intervju at det er påbegynt et tettere samarbeid mellom kommuneoverlegen og fastlegene.

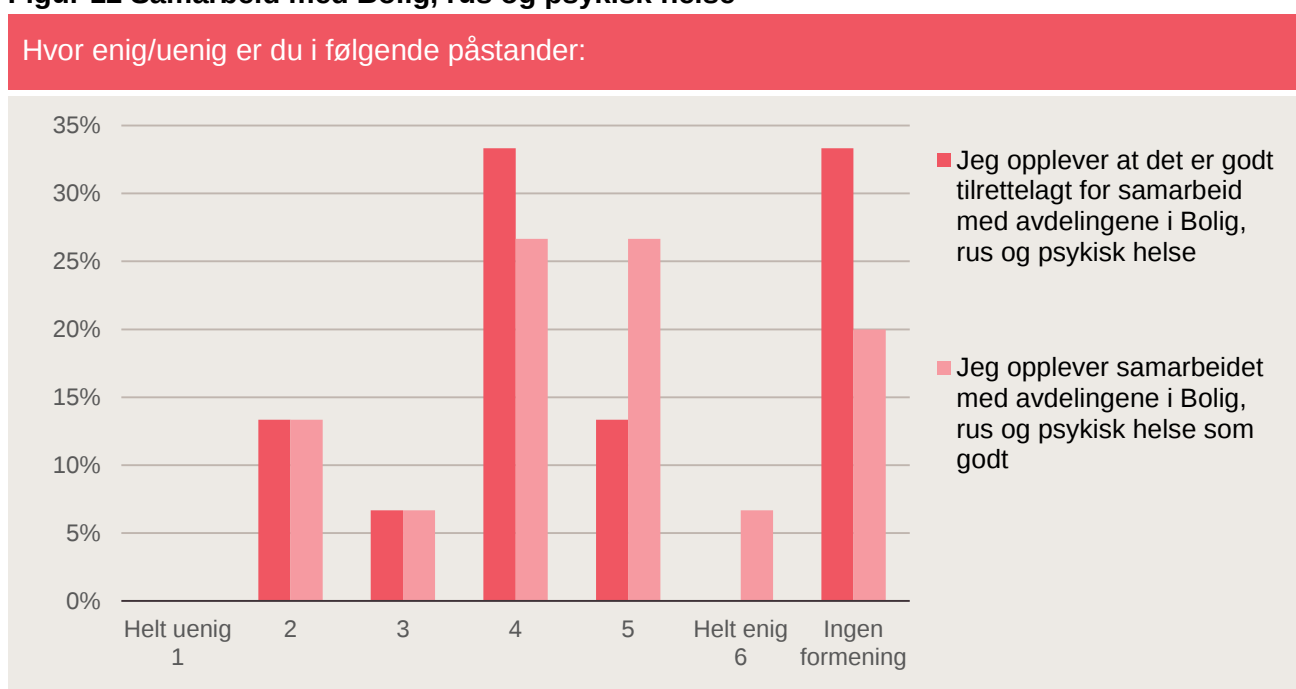
Det er opprettet Legedrevet forum (Allmennlegeutvalget, ALU), som er et møte mellom kommunen på den ene siden og fastlegene på den andre. Her deltar kommuneoverlegen og fastlegene, i tillegg inviteres turnusleger og sykehjemsleger. Møtet avholdes 4 ganger i året. Tema for møtene avgjøres av fastlegene/leder/kommuneoverlege i samarbeid.

LSU (det lokale samarbeidsutvalget) er et annet samarbeidsfora som er kommet på plass. Utvalget består av leder for hjemmetjenesten, spesialrådgiver i stab, kommuneoverlegen og tre fastleger. Møtet gir styringssignaler og tar beslutninger, herigjennom styring av fastlegene.

### 5.3.8 Opplevelsen av Bolig, rus og psykisk helse som samarbeidspart

Bolig, rus og psykisk helse samarbeider, som vi ovenfor har gjort rede for, med mange i andre virksomheter som NAV, Mottaks- og utredningskontoret, Helsefremmende og forebyggende helsetjeneste osv. På spørsmål om hvordan disse tjenestene fra sitt ståsted vurderer samarbeidet med Bolig, rus og psykisk helse, viser undersøkelsen at de fleste i noen grad er enig i at samarbeidet er godt tilrettelagt og at det fungerer godt. Men det er også de som i liten grad er fornøyd og flere vurderer samarbeidet til 4 på skalaen.

**Figur 12 Samarbeid med Bolig, rus og psykisk helse**



Kilde: RRI 2015:7-8. N=15

Fastlegens arbeid er en viktig del av det samlede psykiske helsearbeid og rusarbeidet i kommunen. I neste avsnitt skal vi redegjøre for samarbeidet mellom kommunen og fastlegene.

## 5.4 Samarbeid med fastlegene

Fastlegens oppgaver omfatter alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus (forskrift om fastlegeordning i kommunene § 10). I nasjonal veileder for psykisk helse og rusarbeid (Helsedirektoratet 2014) beskrives fastlegens ansvar i dette arbeidet.

- Fastlegen har ansvar for et helhetlig perspektiv, fra utredning, behandling og oppfølging av sine pasienters psykiske vansker og lidelser og /eller rusmiddelproblemer, på lik linje med somatisk sykdom.

- Fastlegen skal henvise til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester etter behov.
- Fastlegen har ansvar for å sykemelde ved behov, skrive legeerklæringer til NAV ved behov for arbeidsavklaringspenger, uføretrygd m.m.
- Sammen med arbeidsgiver og NAV spiller fastlegen en vesentlig rolle i å motivere pasienter til å være i jobb.

### **Rutiner for samarbeid**

Samarbeid mellom Bolig, rus og psykisk helse og fastlegene foregår etter hva revisjonen får opplyst primært i LAR-møter eller ansvarsgruppemøter der det er etablert (ansvarsgrupper er nærmere omtalt i kapittel 5.3.2).

For brukere som har LAR-tiltak er spesialisthelsetjenesten og kommunen forpliktet til å ha faste LAR-møter (Samhandlingskontoret - retningslinjer for samarbeid 2014). Det er Helse Sør-Øst (AHUS i denne sammenheng) som har ansvar for LAR-samarbeidet. I møtene deltar sentrale personer rundt brukeren, der i blant fastlegen, ruskonsulenten og ARA Nedre Romerike poliklinikk. I følge rutinehåndboken i Avdeling rus og psykisk helse skal brukere med LAR-tiltak ha ansvarsgruppe. Gruppene må minimum bestå av brukeren selv, fastlegen og rustjenesten, ev. behandler på ARA. Det er fagkonsulentene i avdelingen som har koordineringsansvaret (LAR-møter er også omtalt i kapittel 5.5.3).

Utover LAR-møter og ansvarsgruppemøter er det etter hva revisjonen forstår ingen faste rutiner/møter for samarbeid mellom avdelingene i Bolig, rus og psykisk helse og fastlegene. Samarbeidet skjer via kommuneoverlegen.

Leder i Samhandling og forvaltning opplyser at de har mye kontakt med fastlegene, spesielt i forbindelse med skriftlige henvisninger. Noen ganger går de også sammen på hjemmebesøk.

Virksomhetsleder i Samhandling og forvaltning opplyser at de vanligvis er ute av samarbeidet i det et vedtak er fattet, men at de av og til innkalles f.eks. til et LAR-møte dersom det er spørsmål om nye tjenester, eller om samarbeid som eventuelt ikke fungerer. Da blir de innkalt som «megler» i kraft å være nøytral part forteller hun. Eksempelet under illustrerer:

Noen er for fysisk dårlige til å hente medisiner selv på apoteket, og det kan ofte skjære seg når man prøver å få til smidighet med hjemmesykepleien. Førstelinjen har mange utfordringer, mange med komplisert og sammensatt problematikk, for eksempel ROP-lidelser, kan være «baluba» noen ganger.

### **Samarbeid i praksis**

Revisjonen får opplyst (i oppstartsmøtet) at fastlegene stort sett oppleves som dedikerte og engasjerte og at de følger opp denne pasientgruppen på en god måte. Revisjonen får også opplyst at fastlegene stort sett møter i de etablerte samarbeidsmøtene; «(...) de har god tradisjon i å delta i ansvarsgruppemøter og de kommer stort sett, avtaler fra gang til gang». Det krever imidlertid god

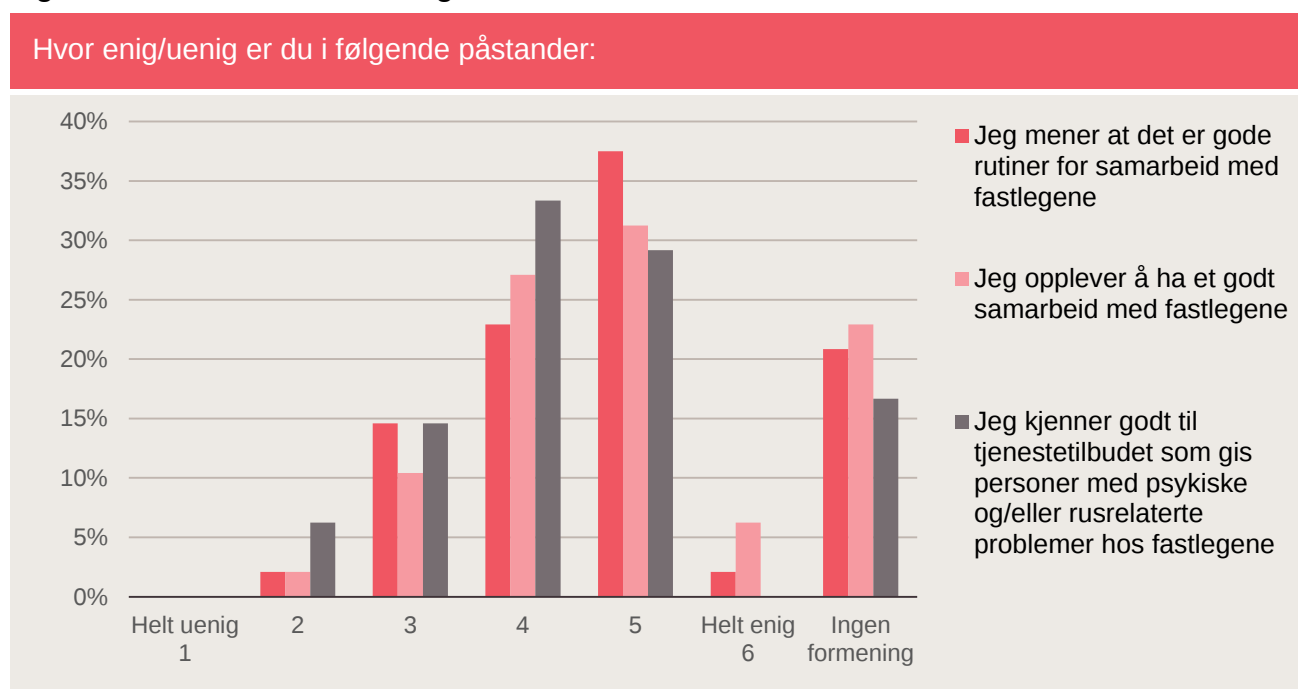
planlegging for å få til møtepunkter som passer. Det påpekes også at fastlegene stort sett er tilgjengelige til tross for at de har en travel hverdag.

Flere opplever imidlertid samarbeidet med fastlegene i noen grad som personavhengig og forteller at samarbeidet ikke alltid fungerer like godt. Det trekkes også frem at fastlegene kunne hatt bedre kjennskap til «hvordan ting fungerer i kommunen».

Fra Samhandling og forvaltning sin side gis det uttrykk for at samarbeidet med fastlegene i all hovedsak fungerer godt. Revisjonens informanter i tjenesten mener fastlegene generelt har god kjennskap til kommunens tilbud og ofte henviser pasienter videre, men at de av og til «lover mer enn hva kommunen kan holde».

Resultatene fra den gjennomførte spørreundersøkelsen viser at majoriteten av de spurte (ca. 6 av 10) sier seg helt eller delvis enige i at det både er gode rutiner for samarbeid med fastlegene og at samarbeidet oppleves som godt. De fleste mener også at de kjenner godt til fastlegenes tjenestetilbud til denne brukergruppen.

**Figur 13 Samarbeid med fastlegene**



Fordelingen av svarene slik vi ser i grafen over, viser imidlertid at det er grunnlag for å si at samarbeidet med fastlegene likevel har et forbedringspotensial.

## 5.5 Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Målet om helhetlige og koordinerte tjenester forutsetter et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Både kommunen og Ahus har et ansvar for å legge til rette for

samhandling og til å samarbeide om tilbudet til den enkelte. Kommunen skal blant annet inngå en samarbeidsavtale med Ahus, enten en samlet avtale eller flere avtaler for ulike nivåer eller områder av virksomheten. Avtalen(e) skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig og koordinert tilbud.

I dette kapittelet undersøker vi om kommunen har inngått pliktige avtaler med Ahus, om det er rutiner for samarbeid og hvordan samarbeidet fungerer i praksis sett fra kommunens ståsted. Undersøkelsen avgrens seg til kommunens opplevelser av samarbeidet. Hvordan spesialisthelsetjenesten opplever samarbeidet er med andre ord ikke en del av undersøkelsen.

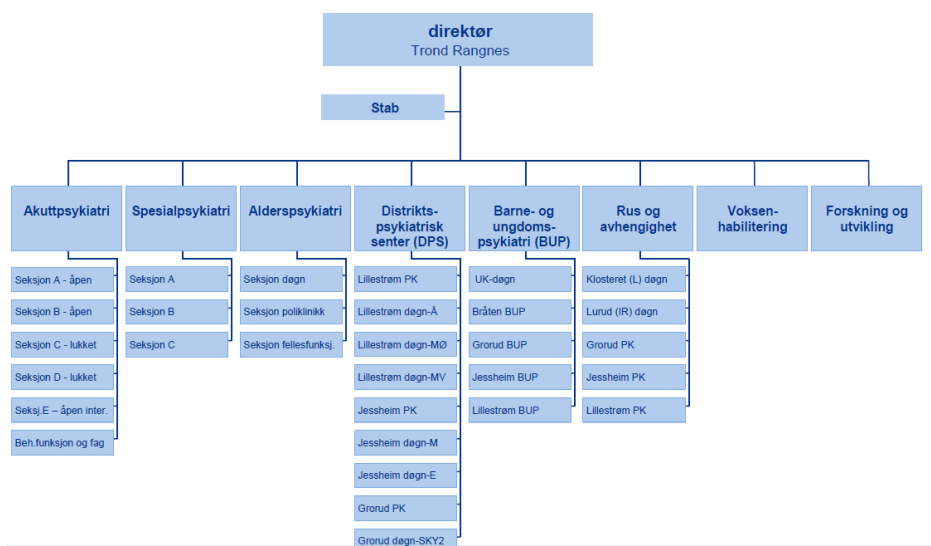
Innledningsvis redegjør vi for hvilke tjenester som tilbys ved Ahus med et spesielt fokus på de delene av spesialisthelsetjenesten som kommunen peker på som de viktigste samarbeidspartnerne for brukere/pasienter over 18 år.

### 5.5.1 Kommunens samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten

Kommunen samarbeider med flere ulike avdelinger på Ahus. Disse er samlet i Divisjon for psykisk helsevern. Ahus har ansvar for spesialisthelsetjenester til befolkningen i 21 kommuner, inkludert Lørenskog. Ahus har også ansvar for tjenester til tre av Oslos bydeler (Ahus 2015).

Ahus tilbyr spesialisthelsetjenester innenfor områdene voksenpsykiatri på sykehusnivå, distriktspsykiatriske sentre, barn- og unges psykiske helsevern, rus og avhengighetsbehandling og voksenrehabilitering. I alt består divisjon psykisk helsevern av 8 avdelinger. Organiseringen av divisjonen fremgår av kartet under.

**Figur 14 Organisasjonskart Ahus, divisjon psykisk helsevern**



Kilde: Ahus.no

I revisjonens intervjuer opplyses det at kommunen samarbeider med alle delene av spesialisthelsetjenesten, men noen fremheves som mer sentrale enn andre i dette samarbeidet.

Kommunen og Ahus har samarbeidsavtaler som regulerer samarbeid på system og individnivå. For Bolig, rus og psykisk helse er Distrikts-psykiatrisk (DPS) på Lillestrøm en viktig samarbeidspartner. Det samme er Rus og avhengighet (ARA). Revisjonen opplyses også om at Akuttpsykiatri er en viktig samarbeidspartner.

Under følger en presentasjon av tilbudet ved disse tre avdelingene i divisjon psykisk helsevern.

### **Distriktspsykiatrisk senter (DPS) Nedre Romerike**

DPS Nedre 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 2012).

De polikliniske tjenestene består av Enhet for akutfunksjoner (Akutteamet), Allmennpoliklinikken, Team for tidlig intervensjon og rehabiliteringsteamet (TIRE), Rehabiliteringsteamet og Enhet for gruppeterapi (Akershus universitetssykehus 2012).

Akutteamet retter seg mot personer i akutt psykisk krise eller som er på vei inn i en slik situasjon. Man trenger ingen henvisning for å få hjelp av teamet, og teamet jobber for å løse kriser i den sosiale sammenheng mennesket befinner seg i, og reiser ut til pasienten ved behov. Teamet forsøker å finne alternative løsninger til innleggelse på sykehus (Akershus universitetssykehus 2012).

Allmennpoliklinikken jobber i første rekke med å gi tilbud om undersøkelse og behandling til personer med psykiske plager, som hemmer en normal livsutfoldelse. Det kan være problemer som angst, depresjon, spiseforstyrrelser, livskriser eller andre sammensatte problemer. Individuelle samtaler med behandler, ofte kombinert med medikamentell behandling er den vanligste behandlingsformen (Akershus universitetssykehus 2012).

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 lenger tid (Akershus universitetssykehus 2012).

Når det gjelder døgn tjenester har DPS Nedre Romerike fire enheter som jobber med dette. Moenga øst/vest har for eksempel til sammen 17 senger hvorav en seng er brukerstyrt (Akershus universitetssykehus 2012). Brukerstyrt seng innebærer at man som pasient har en avtale om å vurdere sitt innleggelsesbehov selv og ta kontakt med enheten for å legge seg selv inn (maks i 5 døgn).

### **Rus og avhengighet (ARA)**

Avdeling Rus og avhengighet er delt inn i fire poliklinikker ut ifra område. ARA Nedre Romerike poliklinikk har som primær oppgave å utrede og diagnostisere, samt behandle, alvorlige rusproblemer i kombinasjon med psykiske lidelse som krever håndtering i spesialisthelsetjenesten.

Klinikken tilbyr også hjelp til pasienter med patologisk spilleavhengighet. Behandlingen foregår blant annet gjennom ulike typer samtaler (Akershus universitetssykehus 2014).

Avdelingen har også fire døgnseksjoner: ARA Klosteret døgn (Klosteret), ARA IR Døgn (IR), ARA Follo døgn (Follo døgn) og ARA Elvestad døgn (Elvestad døgn). (Akershus universitetssykehus 2014).

Avdelingen har også et vurderingsteam som «[v]urderer og koordinerer henvisninger til døgnbehandling innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), korttid (3-6 måneder) og langtid (6-12 måneder). Vurderer og beslutter innskrivning og utskrivning av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for pasienter i Ahus sitt opptaksområde» (Akershus universitetssykehus 2014).

### **Akuttpsykiatri**

Avdelingen Akuttpsykiatri er et tilbud til voksne med behov for øyeblikkelig hjelp, og består av seks seksjoner: Mottak, Affektiv 1, Affektiv 2, Psykose 1, Psykose 2 og Psykose 3. Avdelingen er 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 2015).

### **5.5.2 Samarbeidsavtaler med Ahus**

Samhandlingen mellom kommunen og Ahus er regulert i samhandlingsavtaler, både en overordnet samarbeidsavtale og flere delavtaler<sup>22</sup>. Avtalene gjelder både på områdene somatikk og psykisk helse. På revisjonens forespørsel har vi mottatt overordnet samarbeidsavtale, samarbeidsavtale om helhetlige og koordinerte tjenester og samarbeidsavtale om koordinerte tjenester. I tillegg har vi mottatt retningslinjer for samarbeid mellom kommunene på Nedre Romerike og Ahus på området psykisk helse og rus.

### **Overordnet samarbeidsavtale**

Den overordnede samarbeidsavtalen mellom Lørenskog og Ahus ble inngått i 21.3.2012.

Av avtalen fremgår at den skal:

---

<sup>22</sup> Samhandlingsavtalene som er inngått mellom Lørenskog og Ahus er tilgjengelige på <http://www.samhandlingskontoret.no/>



(...) sikre systematisk samarbeid mellom Ahus og kommunene om helhetlige, koordinerte og kvalitativt gode helsetjenester. Avtalen skal sikre en tydelig oppgave og funksjonsdeling mellom partene.

Partene erkjenner at dialog er et viktig fundament for gjennomføring og samhandling knyttet til avtalen.

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 (...) (Overordnet samarbeidsavtale 2012, punkt 3).

### **Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp**

I kommunestyremøte 8.2.2012, sak KS-002/12, gir kommunestyret i Lørenskog sin tilslutning til samarbeidsavtaler med Ahus. Kommunen inngikk i mars 2012 delavtale om helhetlige pasientforløp. Formålet med avtalen er å:

(...) sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste (Helhetlig pasientforløpsavtale 2012, punkt 1.1.3).

Avtalen regulerer ansvarsfordeling og samhandling mellom kommune og Ahus og gjelder både for voksne og barn. Avtalen omfatter somatisk helse så vel som psykisk helse og rus/avhengighet.

De rutiner og prosedyrer for samhandling som følger av avtalen er forpliktende for kommunen og Ahus. 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).

### **Samarbeidsavtale om koordinerte tjenester**

Kommunen inngikk 10. september/1. oktober 2012 avtale om koordinerte tjenester med Ahus. 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, jf. helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 7.

Formålet med avtalen er å sørge for 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. Pasientene/brukerne skal involveres og ha reell innflytelse i saker som omhandler egen behandling».

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

### **Retningslinjer for samarbeid**

Det er også inngått retningslinjer for samarbeid mellom kommunene på Nedre Romerike, DPS/ARA Nedre Romerike og sykehusavdelingene i Divisjon psykisk helsevern Ahus på området psykisk helse og rus (Samhandlingskontoret - retningslinjer for samarbeid 2014).

Retningslinjene ble vedtatt i Helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (SU) i desember 2014.

Formålet med retningslinjene er:

- å forplikte partene i samarbeidet om pasienter/brukere innen psykisk helse og rusfeltet;
- sørge for en helhetlig tverretattlig og tverrfaglig tjeneste til pasienter og pårørende med behov for sammensatte tjenester; og
- et best mulig samarbeid om utvikling av tjenestene.

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, drøfte løsninger rundt pasientflyt på et generelt grunnlag, samt orientere om og drøfte saker vedrørende utviklingen av tjenestene innenfor psykisk helse og rusavhengighet og ev, fremme forslag om felles tjenestetilbud. Man skal også bestrebe og drøfte eventuelle endring 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 6 ganger i året. Alle kan fremme saker til dagsorden, DPS/ARA innkaller, leder og skriver referat fra møtene.

- Klinisk samarbeidsforum (KSF). Dette er et forum som har sin funksjon når det ordinære samarbeidet med utgangspunkt i IP, ansvarsgruppemøter og instansmøter (dette er 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 for eksempel hjemmetjenesten eller NAV også innkalles. Møtene arrangeres 6 ganger i året.
- Utvidet instansmøte. Mandatet er å være en ressursgruppe og bistå tjenestene med å kvalitetssikre klinisk arbeid og samhandling om pasienter og pårørende. Videre skal man her ivareta kontinuitet og utvikle felles forståelse og samhandlingskultur, samt gi gjensidig veiledning i pasient/bruker-saker. Møtet arrangeres ca. 8 ganger i året. Deltagere skal være utvalgte behandlere/teamledere fra ARA/DPS og kommunenes behandlere innenfor tjenestefeltet rus og psykisk helse. Det bør være faste representanter i møtet. Kommunene innkaller og leder møtene. Møtene avholdes i felleskap mellom Rælingen/Enebakk, Sørum/Fet og Aurskog-Høland/Rømskog. Lørenskog og Skedsmo avholder egne møter.
- 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. Andre deltagere inviteres inn etter behov.
- 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.

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.

### **5.5.3 Rutiner for samarbeid – utskrivning av pasienter**

Revisjonen får opplyst at kommunen samarbeider med spesialisthelsetjenesten i overgangen mellom behandling i spesialisthelsetjenesten og et tilbud i kommunen, underveis i behandlingsopplegg og i de tilfeller hvor kommunen og spesialisthelsetjenesten er inne samtidig. Som regel er tilfellene hvor kommunen og spesialisthelsetjenesten er inne samtidig i komplekse saker med behov for langvarig samarbeid.

Samarbeidet og kontakten om den enkelte pasient/bruker foregår på telefon, brev, mail og gjennom PLO-meldinger. I tillegg er mye av samarbeidet satt i system gjennom ansvarsgruppemøter og LAR-møter. Kommunen har i enkelte tilfeller møter med behandler på Ahus før pasienten skrives ut for å avklare behov og muligheter i kommunen. Under redegjør vi for noen av de viktigste samarbeidsrutinene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Meldinger om innlagte og utskrevne pasienter foregår ved hjelp av PLO-meldinger. Dette er standardiserte elektroniske meldinger som brukes i samhandlingen mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunen og Ahus (Ahus, kommuner på Romerike, Campus Kjeller 2012). Meldingene brukes i samhandlingen før, under og etter sykehusopphold og dreier seg blant annet om melding om innlagt pasient, helseopplysninger, utskrivningsklar og utskrevet pasient, og eventuelt om behov for samarbeid. Meldingene og dialogen går både fra sykehuset til kommunen og fra kommunen til sykehuset.

Det er Samhandling og forvaltning som er kommunens kontaktpunkt for og mottaker av PLO-melding fra alle avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Samhandling og forvaltning formidler PLO-meldingen videre internt til rett enhet, altså den kommunale enhet som står for tjenesteutførelsene. Revisjonen opplyses i intervju om at erfaringene fra bruk av PLO-meldinger alt i alt er gode, både eksternt og internt.

### **Ansvarsgrupper**

Mye av samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten foregår i ansvarsgruppemøter. Ansvarsgrupper blir nedsatt når pasient/bruker trenger tilbud fra flere. Det gjelder for eksempel pasienter/brukere som har tilbud fra kommunen, gjerne ved avdeling psykisk helse/rus, og som i tillegg går til psykolog hos DPS). Ansvarsgrupper er nærmere omtalt i kapittel 5.3.2.

### **LAR-møter**

For brukere som har LAR-tiltak er spesialisthelsetjenesten og kommunen forpliktet til å ha faste LAR-møter (Samhandlingskontoret - retningslinjer for samarbeid 2014). I kommunens retningslinjer står det at brukere som er med i LAR må ha en ansvarsgruppe, og at denne på et minimum må bestå av bruker, fastlegen og rustjenesten. Har bruker behandler på ARA bør denne også inn i gruppen. Revisjonen får opplyst at dette er møter hvor kommunen og rus og avhengighet (ARA) går gjennom status for behandlingen av kommunens LAR-brukere (LAR-møter er også omtalt i kapittel 5.5.3).

Lørenskog kommune har per 13.3.15 omtrent 40 brukere på LAR-tiltak. Det er rustjenesten som henviser til LAR-behandling. Søknaden vurderes av ARA som innvilger eller avslår LAR-behandling. Ansvaret for LAR ligger hos den enkelte brukers fastlege (medisinsk ansvarlig) i samarbeid med kommunens ruskonsulent (ansvaret for oppfølging) og apotek (ansvar for utdeling). Ofte er det en dialog med ARA om behandlingen i forkant av søknaden. Rustjenesten i kommunen kan ikke

henvise til ordinær DPS, enkelte dobbeltdiagnose institusjoner eller psykiatrisk behandling, da dette ligger til spesialisthelsetjenestens ansvarsområde<sup>23</sup>.

### **5.5.4 Samarbeid i praksis**

Det er ulike oppfatninger av hvordan samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fungerer i praksis. Rustjenesten opplever for eksempel at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fungerer godt, og bedre enn tidligere.

Flere av revisjonens informanter peker på at retningslinjer for samarbeid mellom kommunene på Nedre Romerike, DPS/ARA Nedre Romerike og sykehusavdelingene i Divisjon psykisk helsevern Ahus fra 2014 bidrar til å bedre samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det fremstår som at formalisering av samarbeid bidrar til et bedre samarbeid. Virksomhetsleder bolig, rus og psykisk helse sier<sup>24</sup>:

Retningslinjene innebærer en klar forbedring for samarbeidet, et skritt i riktig retning. Samhandlingen er nå mer avklart. Men dette er retningslinjer, fremdeles viktig med dialog og kommunikasjon slik at vi unngår overraskelser. Hadde en bruker som plutselig sto i døra hos oss, uten at vi hadde fått beskjed.

I spørreundersøkelsen der respondentene bes om å vurdere hvor enig/uenig de er i at det er gode rutiner for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, svarer 48 prosent (summen av punkt 4 og 5 på skalaen) at de er delvis enige. Ingen av de 48 respondentene sier seg helt enige eller helt uenige i påstanden.

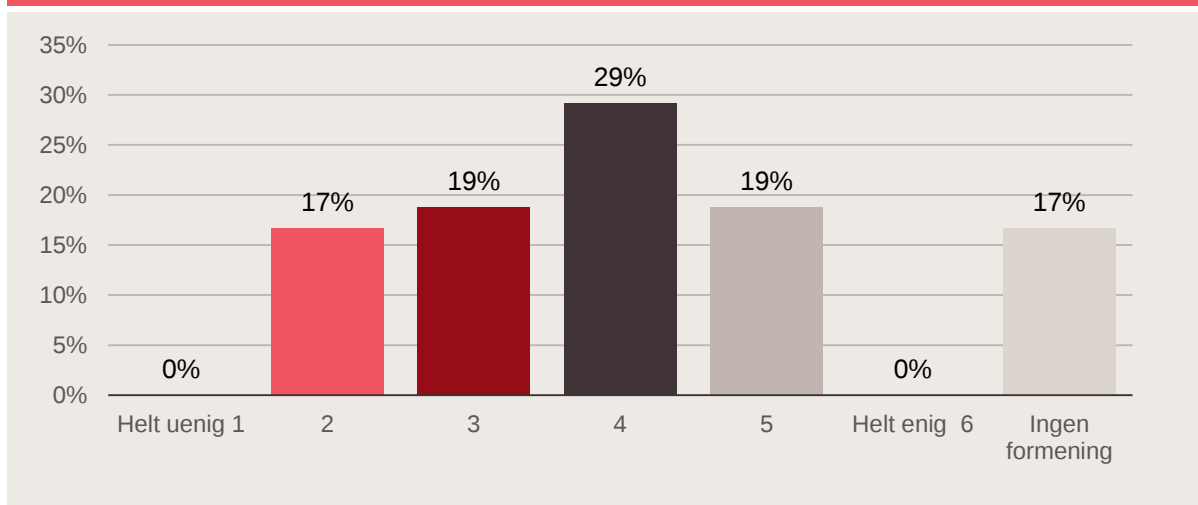
---

<sup>23</sup> Rutinehåndbok, avdeling rus og psykisk helse.

<sup>24</sup> Intervju 13.3.2015.

**Figur 15 Rutiner for samarbeid**

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=48

36 prosent er delvis uenige eller uenige (summen av 2 og 3 på skalaen) og 17 prosent svarer at de ikke har noen formening om påstanden.

#### *Utfordringer – tilgjengelighet og kommunikasjon*

I revisjonens intervjuer pekes det på flere alvorlige utfordringer i kommunens samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Disse kan oppsummeres som utfordringer med tilgjengelighet og kommunikasjon, klarhet knyttet til ansvars- og oppgavefordeling, faglig uenighet og forskjellige kunnskapsgrunnlag og holdninger. I tillegg oppleves utfordringsbildet knyttet til pasienter med psykiske lidelser og rus/avhengighet forskjellig i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Akutfunksjonen trekkes fram av flere som den største utfordringen for kommunens samarbeid med spesialisthelsetjenesten. DPS har ett akutt-team som skal bistå innbyggerne på Nedre Romerike i akutte psykiske helseutfordringer, samt bistå kommunen i vurderinger av akutte situasjoner. Det vil si at de skal rykke ut innen 24 timer. Avdelingslederne i Bolig, rus og psykisk helse opplever at det er vanskelig å få spesialisthelsetjenesten «på banen» for å samarbeide i situasjoner hvor noen opplever akutte psykiske helseutfordringer.

Det oppleves som vanskelig å få kontakt med akutt-teamet til DPS. Kommunikasjonen kan også være særlig krevende der kommunens hjelpeapparat og akutt-teamet på DPS ikke bruker samme fagspråk. Videre har akutt-teamet på DPS bare åpent på dagtid på hverdager. I praksis oppleves det ikke som et reelt akutt-tilbud, men som en «vente til i morgen-time». Flere av revisjonens informanter informerer om at akutt-teamet ofte er «bundet opp i avtaler på Lillestrøm DPS» slik at pasienter/brukere må fraktes dit for vurdering, ofte neste dag. Ved behov for akutt psykisk helsehjelp utenom åpningstiden til DPS blir fastlege, legevakt eller Akuttavdelingen på Ahus kontaktet.

Det trekkes også fram at kommunen ikke alltid mottar PLO-meldinger eller blir invitert til utskrivingsmøter ved akuttavdelingen på Ahus når pasient/bruker skrives ut fra akuttavdelingen. Kommunen mottar heller ikke alltid PLO-melding når pasienter utskrives etter selvmordsforsøk (intervju 27.3.2015). Slik revisjonen forstår det gjelder problemet særlig ruspasienter som er inne på akuttavdelingen på Ahus i korte perioder:

Særlig rusbrukere fanges ikke opp. Da kan også kommunen glippe i oppfølgingen, noe som kan få konsekvenser for de som bruker metadon. I verste fall kan det føre til død.

### *Utfordringer - ansvars- og oppgaveklarhet*

Flere av revisjonens informanter opplever mye uklarhet og gråsoner rundt grensene for ansvar og oppgaver mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Særlig har «hvem som skal eie pasienten» blitt en utfordring etter innføringen av Samhandlingsreformen.

Flere opplever at spesialisthelsetjenesten i mange tilfeller «instruerer» kommunen i hva de skal gjøre. Andre mener spesialisthelsetjenesten «skyver» ansvaret over på kommunen, at de «fraskriver seg» sitt ansvar og forventer for mye av kommunen.

Det oppleves som særlig problematisk at spesialisthelsetjenesten «nærmest beordrer kommunen» om å legge til rette for tjenestetilbud kommunen ikke har, som når spesialisthelsetjenesten forventer at kommunen har institusjonsplasser til denne pasientgruppen.

En generell oppfatning er at spesialisthelsetjenesten ofte, og i større grad enn før Samhandlingsreformen, skriver ut alvorlig syke pasienter *for tidlig*. Avdelingslederne i Bolig, rus og psykisk helse trekker fram at det har vært store nedskjæringer på døgnbemannede plasser i spesialisthelsetjenesten, slik at kommunen får ansvaret for *veldig dårlige pasienter med stort funksjonstap* på et tidlig stadium i behandlingsløpet. Pasientene/brukerne som skrives ut av spesialisthelsetjenesten oppleves som de sykeste innen psykisk helse og rus.

Pasientene kommunen får ansvar for oppleves derfor som sykere og mer krevende enn før:

Det kan oppleves som de dytter brukerne ut. De mener at vi må ta mer ansvar, og kommunen mener omvendt.<sup>25</sup>

Flere av revisjonens informanter mener kommunen ikke er rustet til å ta ansvaret for de sykeste pasientene, og at det ikke er forsvarlig at de skrives ut fra spesialisthelsetjenesten. De opplever at kommunen mangler tilbud, kompetanse og ressurser til å gi disse pasientene/brukerne det tilbudet

---

<sup>25</sup> Intervju 13.3.2015

de trenger. Mens denne pasientgruppen tidligere ble ivaretatt i «vernede» statlige institusjoner, er disse institusjonene nå bygget ned uten at det er etablert et tilsvarende tilbud i kommunene.

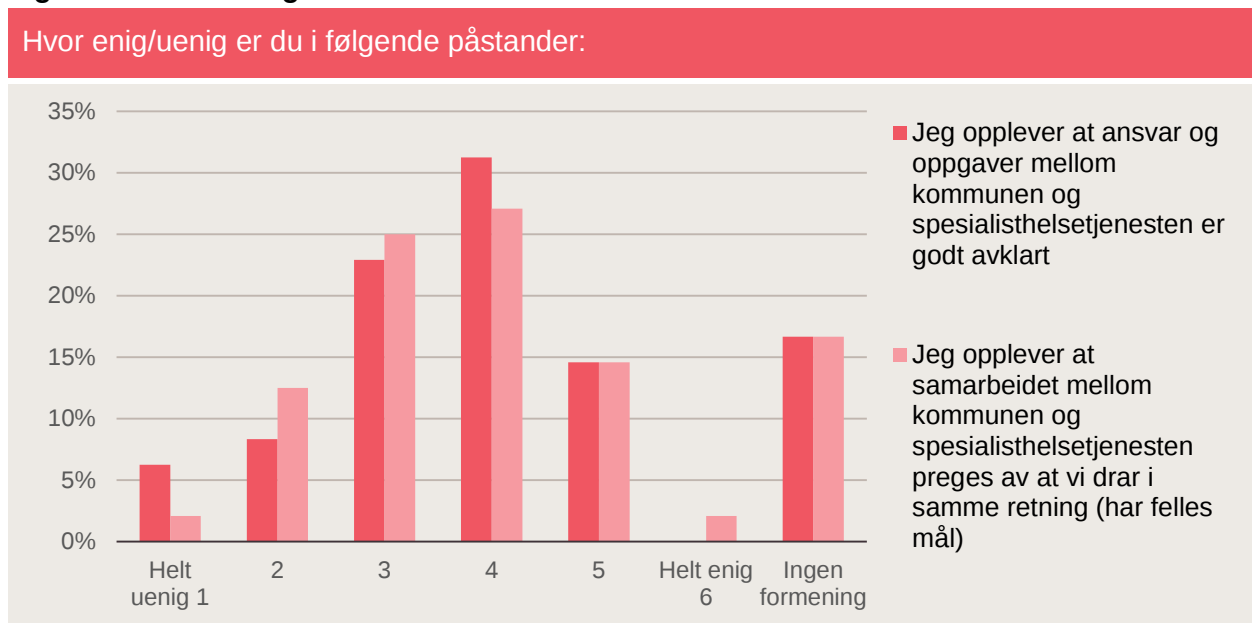
Det virker samtidig for flere av revisjonens informanter som at spesialisthelsetjenesten forventer at kommunen skal ha institusjoner for behandling av pasienter/brukere, mens kommunen mener at den ikke skal drive behandling (Lørenskog kommune har bemannede boliger, men de er ikke institusjoner med kapasitet til å drive behandling og medisinerings av de sykeste pasientene.) Disse brukerne forblir i mange tilfeller «svingdørspasienter» mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Kommunen mener at det er behov for flere sykehusplasser til denne pasientgruppen enn det finnes i dag.

Det at pasienter/brukere som ikke møter til avtaler, blir skrevet ut av spesialisthelsetjenesten oppleves også som en utfordring, særlig gjelder det ROP-pasienter som ikke klarer å følge faste avtaler og møter. Videre er spørsmålet om hvem som har ansvar for personer som ikke kan nyttiggjøre seg behandling, uavklart.

Inntrykket av at det er et forbedringspotensial når det kommer til ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten gjenspeiles i svarene fra spørreundersøkelsen (figur 16).

Ingen av de 48 respondentene sier seg helt enige i påstanden «jeg opplever at ansvar og oppgaver mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er godt avklart».

**Figur 16 Ansvars- og rolleforståelse**



Kilde: RRI 2015:13,17. N=48



46 prosent av de spurte er imidlertid delvis enige i påstanden. 37 prosent av respondentene er helt eller delvis uenige i det samme og 17 prosent av respondentene svarer at de ikke har noen formening.

Spørreundersøkelsen viser videre at det er stor variasjon i hvor enige og uenige respondentene er i påstanden «jeg opplever at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten preges av at vi drar i samme retning (har felles mål)». Flertallet av respondentene virker å plassere seg rundt midten av skalaen 44 prosent er helt eller delvis enige i påstanden, 39 prosent er helt eller delvis uenige og 17 prosent svarer ingen formening.

### **Faglig uenighet**

Flere av revisjonens informanter opplever at faglig uenighet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er en utfordring. Det kan oppstå faglig uenighet i saker hvor man har ulikt syn på hva som er det beste for pasienten, hva som skal til for at pasienten skal bli bedre og hvem som skal sørge for at pasienten blir bedre.

Dette gjelder særlig for ROP-pasienter, som revisjonens informanter opplever at har større risiko for å falle mellom to stoler.

I forhold til innleggelse i spesialisthelsetjenesten oppleves det at svært syke pasienter snus i mottak eller skrives ut dagen etter når det er snakk om at problematikken er utløst av rus. Ved rask utskrivning kan man gå glipp av underliggende problematikk av alvorlig art.<sup>26</sup>

Videre mener flere av revisjonens informanter at det ikke er forsvarlig at spesialisthelsetjenesten skriver ut de sykeste pasientene like tidlig som de gjør i dag.

### **Kunnskap og holdninger**

Flere av revisjonens informanter mener videre det er et problem at spesialisthelsetjenesten ikke har god nok kjennskap til kommunens tilbud og tjenester til pasienter/brukere innenfor psykisk helse og rus.

Dette kan blant annet føre til at spesialisthelsetjenesten lover pasienter og pårørende for mye på kommunens vegne, foreslår andre tjenester enn det kommunen ville valgt eller foreslår *feil* eller ikke-eksisterende tjenester. Det oppleves som problematisk at spesialisthelsetjenesten forespeiler pasienter et behandlingstilbud i kommunen, i stedet for å la kommunen avgjøre:

Legene på sykehus beskriver gjerne et tilbud til pasienter og pårørende i stedet for at kommunen selv skal avgjøre tilbudet når denne kommer ut i kommunen.<sup>27</sup>

---

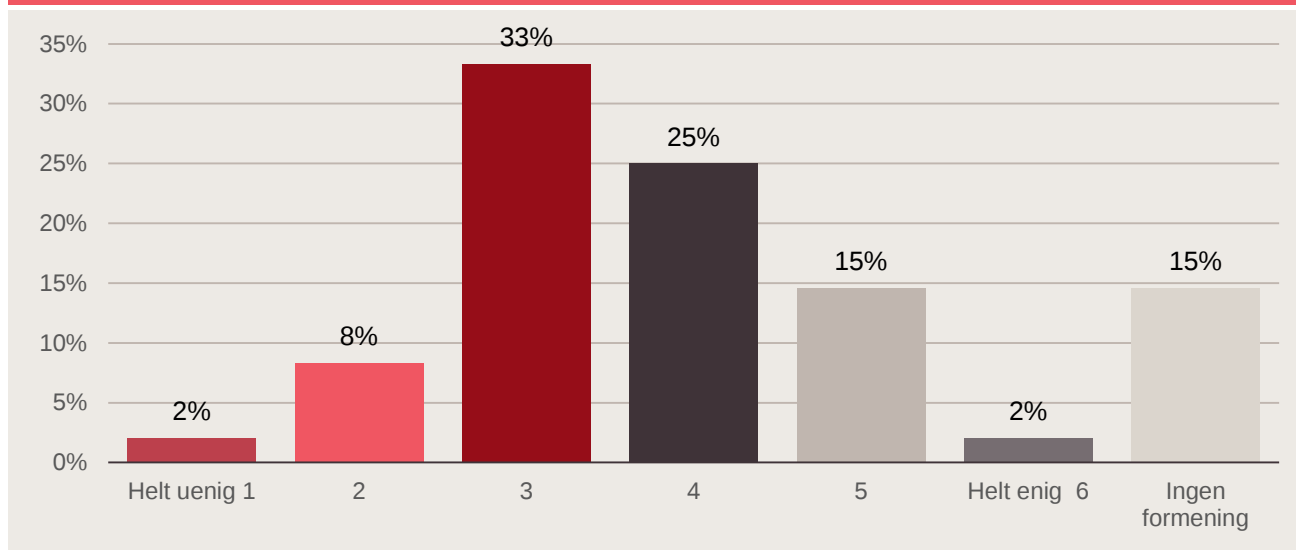
<sup>26</sup> Intervju 27.3.2015

<sup>27</sup> Intervju 26.2.2015.

Selv om akutt-teamet på DPS er ment til å være en del av spesialisthelsetjenesten som står nært kommunen, opplever flere at kommunen ikke møtes som en likeverdig samarbeidspart. At kommunen delvis opplever at samarbeidet ikke er alltid er likeverdig går også igjen i møte med flere andre deler av spesialisthelsetjenesten. Dette inntrykket differensieres noe i svarene fra spørreundersøkelsen som fremgår i figuren under.

**Figur 17 Likeverdig samarbeid**

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



Kilde: RRI 2015:16. N=48

Av de 48 respondentene er 2 prosent helt enige i påstanden «Jeg opplever at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten preges av likeverdighet». 40 prosent er helt eller delvis enige i påstanden. 43 prosent er delvis helt eller delvis uenige i at samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten preges av likeverdighet. 15 prosent av respondentene har ingen formening.

## 5.6 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 (jf. kapittel 4) for brukermedvirkning, i tillegg skal den 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**

I Lørenskog kommune er det Koordinerende enhet som skal ta imot alle henvendelser om individuell plan (IP) og/eller koordinator. Når behov for IP oppstår skal dette meldes på et skjema kommunen har utarbeidet for dette som så sendes Koordinerende enhet. Enheten saksbehandler henvendelsen og gir så skriftlig tilbakemelding om vedtak eller avslag til bruker. Det er også Koordinerende enhet som utnevner koordinator i samråd med den aktuelle virksomheten i kommunen.

Koordinerende enhet har utarbeidet en håndbok om IP og koordinator. Her kommer det frem at IP er et «viktig verktøy for å sikre pasient og bruker individuelt tilpasset, helhetlig og koordinert tjenestetilbud». Planen skal utarbeides i samarbeid med brukeren og beskrive situasjon, ønsker og mål. I Lørenskog kommune har man lagt inn en mal for IP i fagsystemet Profil og der skal den oppdateres elektronisk. I håndboken poengteres det at hver bruker kun skal ha én IP. Denne skal også samordnes med eventuelle andre planer, for eksempel tiltaksplaner, behandlingsplaner og lignende. Ellers fremgår det i håndboken hva slags oppgaver koordinatoren har, hva slags oppgaver Koordinerende enhet har og hvordan man skal komme i gang og konkret jobbe med en IP. Koordinerende enhet har også ansvaret for opplæring i forbindelse med bruk av IP og koordinatorrollen, og det tilbys årlig kurs og veiledning ved behov.

Revisjonen har i intervju blitt opplyst om at rustjenesten i Avdeling for rus og psykisk helse har sine egne rutiner når det gjelder tildeling av IP og koordinator. Her er det tjenesten som selv avgjør om en bruker har rett på IP og koordinator, uten t Koordinerende enhet er involvert. IP er ifølge et utdrag fra Avdeling rus og psykisk helses rutinehåndbok, ikke en tjeneste det fattes vedtak om i fagsystemet Profil. Det er også rustjenesten selv som står for opplæring i forbindelse med bruk av IP og koordinatorrollen for de som er koordinatører for brukere med rusproblematikk<sup>28</sup>.

### **Bruk av IP og koordinator i praksis**

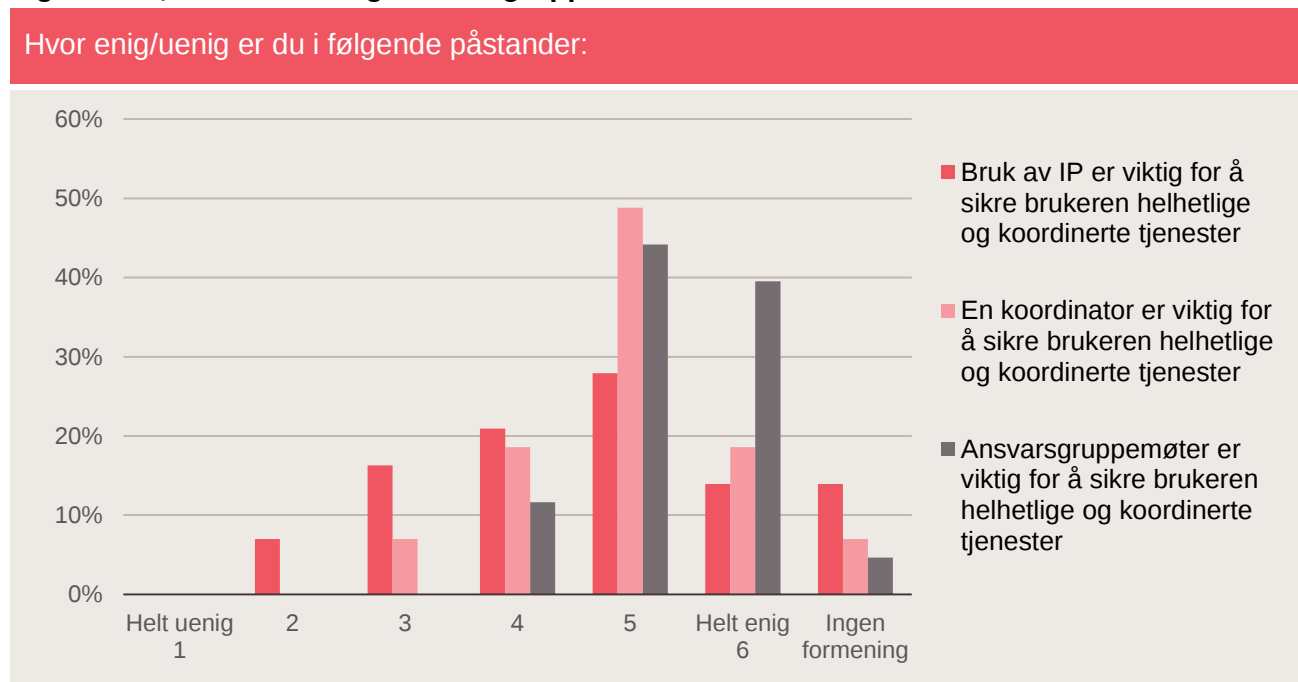
Det oppgis i intervju med revisjonen at IP er et godt verktøy, men at det er lite brukt i Avdeling rus og psykisk helse og Samlokaliserte boliger. Det oppfattes gjerne av de ansatte som noe som krever mye arbeid, noe som oppleves også å være inntrykket blant brukerne. «Man [brukeren] får det svart på hvitt at du ikke har gjort forpliktelsene dine, ingen høydare for noen» (Avdelingsledere i Bolig, rus og psykisk helse). Man benytter seg derfor heller av å utarbeide en tiltaksplan/behandlingsplan, noe som ikke oppleves som like «skummelt» for brukeren. Men samtidig påpekes det at der IP brukes, så bruker man den aktivt. Da benytter man IP i stedet for referat fra ansvarsgruppemøter

---

<sup>28</sup> I fakta-høringen om rapporten opplyses det om følgende: «Fra tidligere (før opprettelsen av koordinerende enhet) har rusteamet hatt ansvar for å tilby brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester IP og være koordinator. Målsettingen er at alle skal ha informasjon om individuell plan og ta et valg om man ønsker å få opprettet en plan hvor ens målsettinger blir nedskrevet. Før ny helse- og omsorgstjenestelov i 2012 var en av de viktigste oppgavene til rusteamet å koble på resten av det kommunale hjelpeapparatet til rusavhengige som var i behov av et sammensatt kommunalt tjenestetilbud. Rusteamet har ment at denne måten å jobbe på var en styrke for bruker og skulle sikre langvarige og koordinerte tjenester».

Revisjonens spørreundersøkelse<sup>29</sup> viser at kun syv prosent av de spurte er helt enige i at de opplever IP som et nyttig verktøy. 40 prosent er delvis enige og 30 prosent er delvis uenige. Resten av de som har svart har ingen formening. Videre viser spørreundersøkelsen at koordinator og ansvarsgrupper av mange oppleves som viktigere enn bruk av IP. Som vi ser i grafen under er kun 14 prosent helt enige i at bruk av IP er viktig mens nesten 40 prosent er helt enige i at ansvarsgruppemøter er viktig. I spørreundersøkelsen finner vi også at hele 73 prosent er delvis eller helt enige i at referater fra ansvarsgruppemøter i mange tilfeller kan erstatte bruk av IP.

**Figur 18 IP, koordinator og ansvarsgruppemøter**



Kilde: RRI 2015, 9-11. N=43

I intervju med revisjonen har lederne for Bolig, rus og psykisk helse oppgitt at det gjerne er selve formaliseringen som mangler. I praksis setter man gjerne ned mål, hvordan nå målene, og jobber på samme måte som om brukeren skulle hatt en IP.

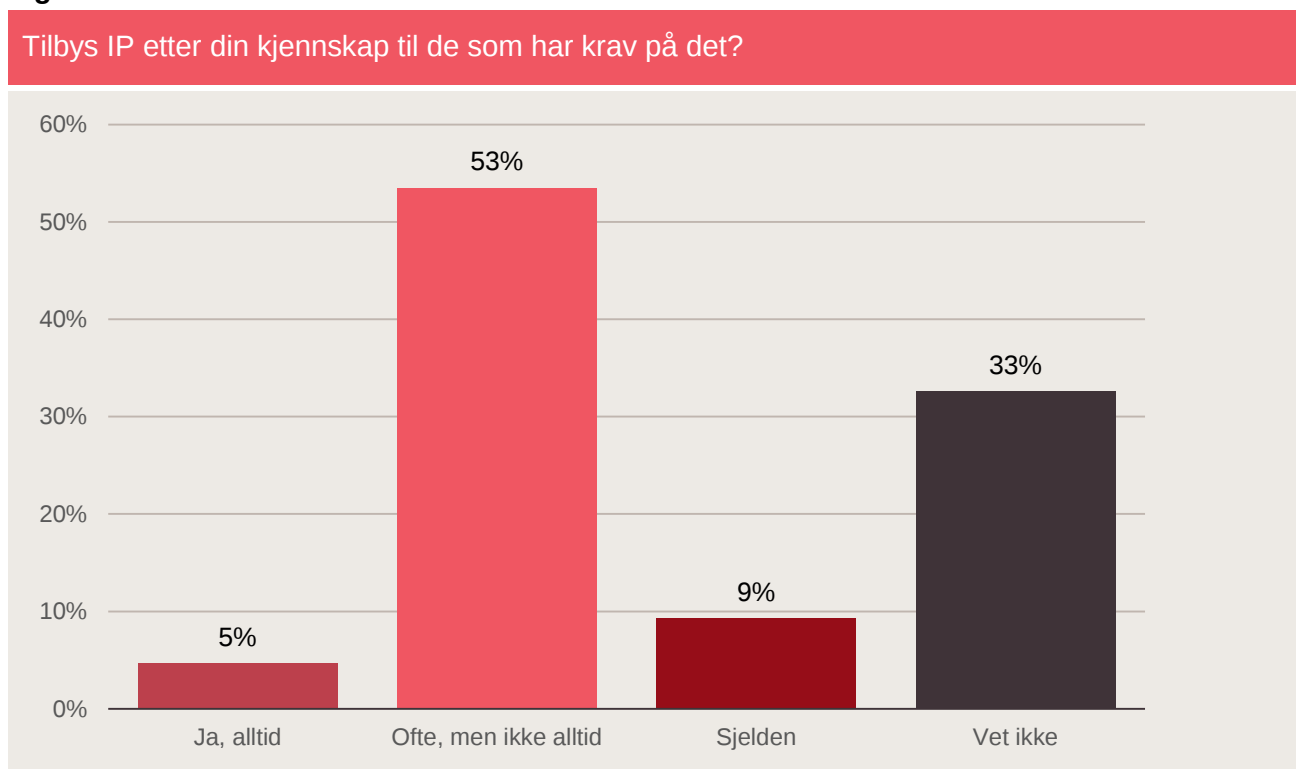
Det oppgis videre at avdelingslederne og de ansatte i Avdeling for rus og psykisk helse og Samlokaliserte boliger har ansvar for å tilby IP. Men dette gjøres ikke alltid. De siste årene har kommunen heller ikke dokumentert om tilbud om IP har blitt gitt. Revisjonen får opplyst at dette var noe kommunen holdt oversikt over tidligere da man opplevde å ha mer ressurser.

Grafen under viser at kun fem prosent mener at IP alltid tilbys til de som har krav på dette. Over halvparten har svart ofte, men ikke alltid, mens ni prosent har svart sjelden. 33 prosent vet ikke.

<sup>29</sup> De to spørsmålene som det henvises til i dette kapitlet, vises ikke med figurer.

Blant grunnene som oppgis som årsaken til at IP ikke alltid tilbys er at det oppfattes som for omfattende, man mangler kunnskap om IP, det er usikkerhet rundt rutiner og man opplever å ha manglende opplæring (RRI 2015, 14).

**Figur 19 Tilbud om IP**



Kilde: RRI 2015, 13. N=43

Lederne i Bolig, rus og psykisk helse oppgir i intervju at de er opptatt av at IP blir tatt i bruk, men opplever at det er utfordrende å få satt dette skikkelig i system på grunn av mangel på tid og opplæring.

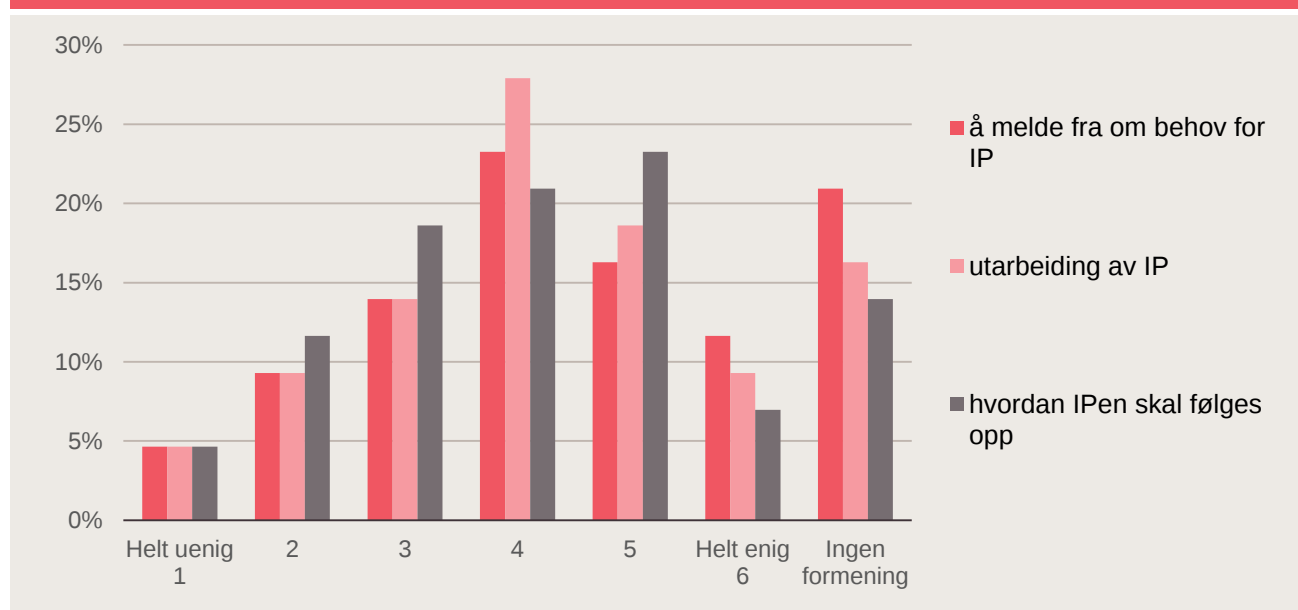
Når det gjelder opplæring i forbindelse med bruk av IP og koordinatorrollen er dette som nevnt over noe Koordinerende enhet skal tilby, samt at rustjenesten skal ta seg av dette på egenhånd for sine ansatte. Spørreundersøkelsen viser imidlertid at 57 prosent av de som oppgir at de har koordinatoroppgaver, har svart at de ikke har blitt tilbudt opplæring. Likevel føler mange seg trygge på hva koordinatorrollen innebærer av ansvar og oppgaver. 61 prosent har svart at de i stor grad føler seg trygge på dette.

Ellers oppgis det i intervju at det som regel er de ansatte i Avdeling rus og psykisk helse som er koordinatører, også for de med rusproblematikk som bor på Vallerud. Primærkontakter på Sykehusveien 75 og Rugdeveien A har koordinatoransvaret for brukerne der ved koordineringsbehov. Avdelingslederne i Bolig, rus og psykisk helse oppgir at «[å] være koordinator ligger i rollen som primærkontakt».

Over ble det også nevnt at en årsak til at IP ikke alltid tilbys er på grunn av usikkerhet rundt rutiner. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at få av de som har svart på undersøkelsen er helt enige i påstandene om at de har god kjennskap til kommunens rutiner når det gjelder IP. Som vi ser i grafen er kun mellom syv til 12 prosent helt enige i at de har god kjennskap til de ulike rutinene rundt IP. Mellom cirka 28 til 36 prosent har sagt seg helt eller delvis uenige i påstandene. Resten er delvis enige.

**Figur 20 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, 2-4. N=43

Når det gjelder kjennskap til kommunens rutiner for oppnevning av koordinator og koordinators arbeidsoppgaver er mønsteret vi ser i spørreundersøkelsen ganske lik resultatene for kjennskap til rutiner om IP (RRI 2015, 5-6).

Som nevnt over har rustjenesten det hele og fulle ansvar for tildeling av koordinator og/eller IP til sine brukere. I håndboken om IP og koordinator, utarbeidet av Koordinerende enhet oppgis det at enheten «tar imot **alle** [revisjonens utheving] henvendelser om individuell plan og/eller koordinator. Henvendelsen saksbehandles og det gis skriftlig vedtak eller avslag til bruker eller pasient» (2012, 6). Revisjonen stilte spørsmål til Koordinerende enhet om hvorfor det står at Koordinerende enhet skal ta imot alle slike henvendelser når de i praksis ikke gjør det for rustjenesten. Svaret på spørsmålet var at denne ordningen ikke oppleves som et avvik fra rutinene fordi man ble enige om å ha det slik da Koordinerende enhet ble opprettet i 2012. Grunnen var at rustjenesten har brukt IP som et arbeidsverktøy siden før 2012, og siden rustjenesten videre ønsker at alle sine brukere skal ha IP ble det ved opprettelsen av Koordinerende enhet enighet om at rustjenestens brukere ikke skal søke om denne tjenesten hos Koordinerende enhet.

Avdelingsleder for Avdeling for rus og psykisk helse mener dagens ordning med at rustjenesten selv tar hånd om tildeling av koordinator og/eller IP er hensiktsmessig, da det er viktig at de som jobber tettest på bruker har ansvaret for dette. Hun kommenterer per mail til revisjonen at «[å] legge oppgaven til noe som er «fjernt for bruker» vil kollidere med en dør inn-prinsippet, hvor brukerne henvender seg ett sted og det er fag tjenestene som bistår bruker i å få etablert samarbeid med andre tjenester». Hun presiserer at det er riktig at Koordinerende enhet bør ha det overordnede ansvaret for å følge opp arbeid og opplæring i forbindelse med bruk av IP. Når det gjelder opplæring i rustjenesten kan opplæringen gjerne fortsette å skje i teamet, men «Koordinerende enhet bør ha ansvar for utarbeidelse av felles verktøy og retningslinjer for felles registrering i fagsystemet Profil for alle» mener avdelingslederen.

Ellers avkrefter hun at alle i rustjenesten har IP, noe som har blitt nevnt av flere andre informanter. Alle med sammensatte behov får informasjon om IP og tilbud om dette. Mange brukere takker imidlertid nei da de ikke ser nytten og fordelene med IP. I avdelingen jobber man i følge avdelingsleder med at alle, uansett IP eller ikke, skal ha mål og tiltak for å nå målet.

### 5.7 Koordinerende enhet

I dette delkapitlet ser vi nærmere på rutiner for samarbeid og samarbeid i praksis mellom Bolig, psykisk helse og rus og Koordinerende enhet. For nærmere forklaring av hva Koordinerende enhet er, se kapittel 3.3.2.

#### Rutiner for samarbeid

Det oppgis i intervju med revisjonen at Koordinerende enhet skal ha oversikt over hvem som har IP og hvem som er koordinatorene i kommunen. For å holde oversikten har Koordinerende enhet oppgitt at de årlig innhenter oversikt over hvem som er koordinator for den enkelte bruker og hvilke brukere som har både koordinator og IP. Dette har blitt gjort gjennom å sende et skjema til virksomhetslederne, som så fylles ut og sendes tilbake til Koordinerende enhet. I 2015 har Koordinerende enhet ikke skaffet oversikten på samme måte som tidligere. I år har man i stedet gått inn i fagsystemet Profil og samlet informasjonen da alle nye søkere som får innvilget koordinator blir registrert med denne tjenesten i Profil.

Koordinerende enhet har et samarbeid med Psykisk helseteam og Sykehusveien 75 og Rugdeveien A i forbindelse med opplæring og veiledning når det gjelder bruk av IP og koordinatorrollen. Kurs foregår årlig, oppgir leder av virksomheten Samhandling og forvaltning (det er i denne virksomheten Koordinerende enhet ligger).

I tillegg samarbeides det i forbindelse med vedtak om IP og oppnevning av koordinator. Den enkelte tjeneste kontaktes av Koordinerende enhet dersom det er uklarheter i søknaden om koordinator og eventuelt IP. Ved en søknad om koordinator og eventuelt IP kommuniserer Koordinerende enhet med lederen av den aktuelle tjenesten, der lederen utpeker en passende koordinator. Samarbeidet mellom Koordinerende enhet og Psykisk helseteam og Sykehusveien 75 og Rugdeveien A kan foregå både via telefon, mail eller direkte møter.

Koordinerende enhet oppgir videre at det er et tett samarbeid med Mottaks- og utredningskontoret. Koordinerende enhet og Mottak- og utredningskontoret er organisert under samme leder og de ansatte deltar på fagmøter sammen hvor alle brukere, også innen psykisk helse og rusfeltet blir diskutert. Koordinerende enhet har også daglig kontakt med Mottaks- og utredningskontoret på fordelingsmøter hver morgen og ellers i uformelle samtaler rundt søknader som skal behandles.

Koordinerende enhet oppgir også at de kan delta på samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten ved behov. For eksempel i forbindelse med søknader om koordinator og/eller IP fra brukere innen psykisk helse og rusfeltet. Dette samarbeidet er ikke formalisert og skjer ved behov.

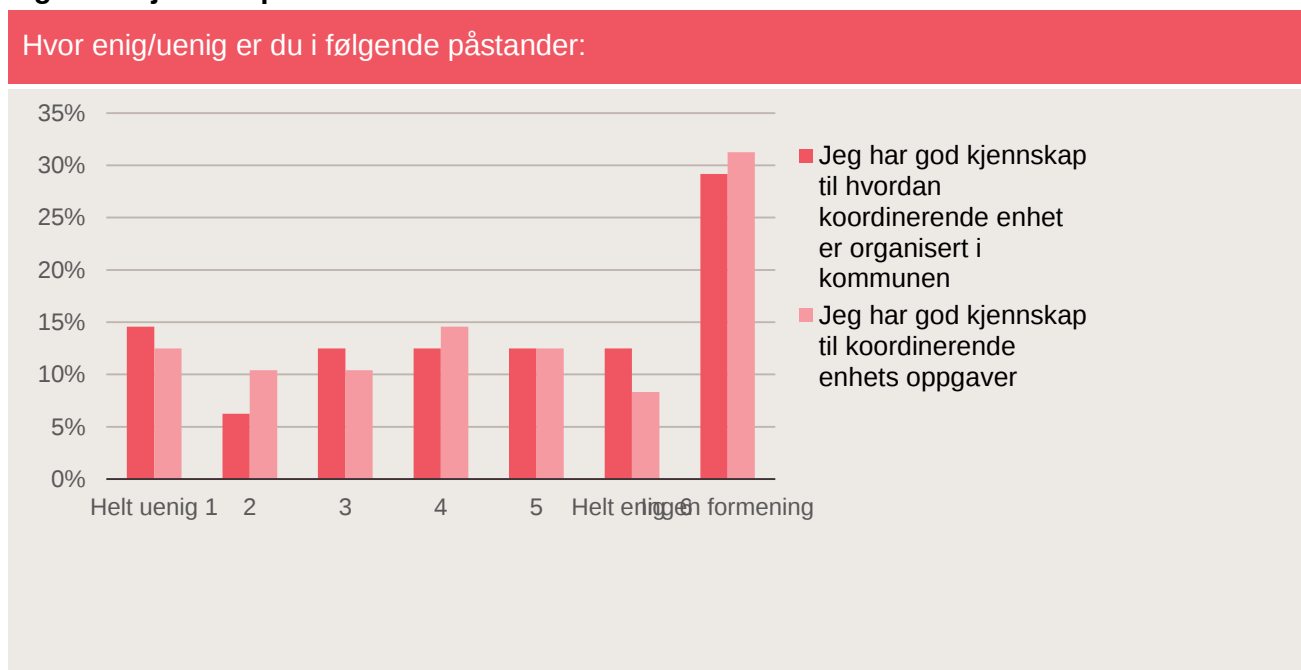
Til sist har revisjonen fått opplyst av Koordinerende enhet at det ikke er noen felles møteplasser mellom enheten og Bolig, rus og psykisk helse, «så det er ikke kommunikasjon satt i system».

### **Samarbeid i praksis**

Revisjonen har i informasjon på mail, både fra Koordinerende enhet og leder for Avdeling for rus og psykisk helse, fått opplyst at det er lite samarbeid mellom enheten og Bolig, rus og psykisk helse. Det er ikke noe samarbeid mellom Koordinerende enhet og rustjenesten. Fra Koordinerende enhets side ser man ingen utfordringer med dette. Avdelingsleder i Avdeling for rus og psykisk helse mener at det burde vært samlingspunkter for koordinatorene minimum en gang per år for å holde koordinatorene oppdatert på relevante temaer.

I intervjuet revisjonen hadde med samtlige avdelingsledere i Bolig, rus og psykisk helse kom det frem at det var en del usikkerhet rundt hva Koordinerende enhets oppgaver faktisk er. Dette er et bilde som forsterkes når vi ser på svarene fra revisjonens spørreundersøkelse. Kun rundt en tredjedel av de spurte sier seg delvis eller helt enig i påstandene om kjennskap til Koordinerende enhets organisering og kjennskap til enhetens oppgaver. Resten av de spurte har enten ingen formening om påstandene eller sier seg delvis eller helt uenig. Det vil si at mange av de ansatte som arbeider med brukere innenfor psykisk helse og rusfeltet har liten eller ingen kjennskap til Koordinerende enhet.



**Figur 21 Kjennskap til koordinerende enhet**

Kilde: RRI 2015, 73-74. N=48

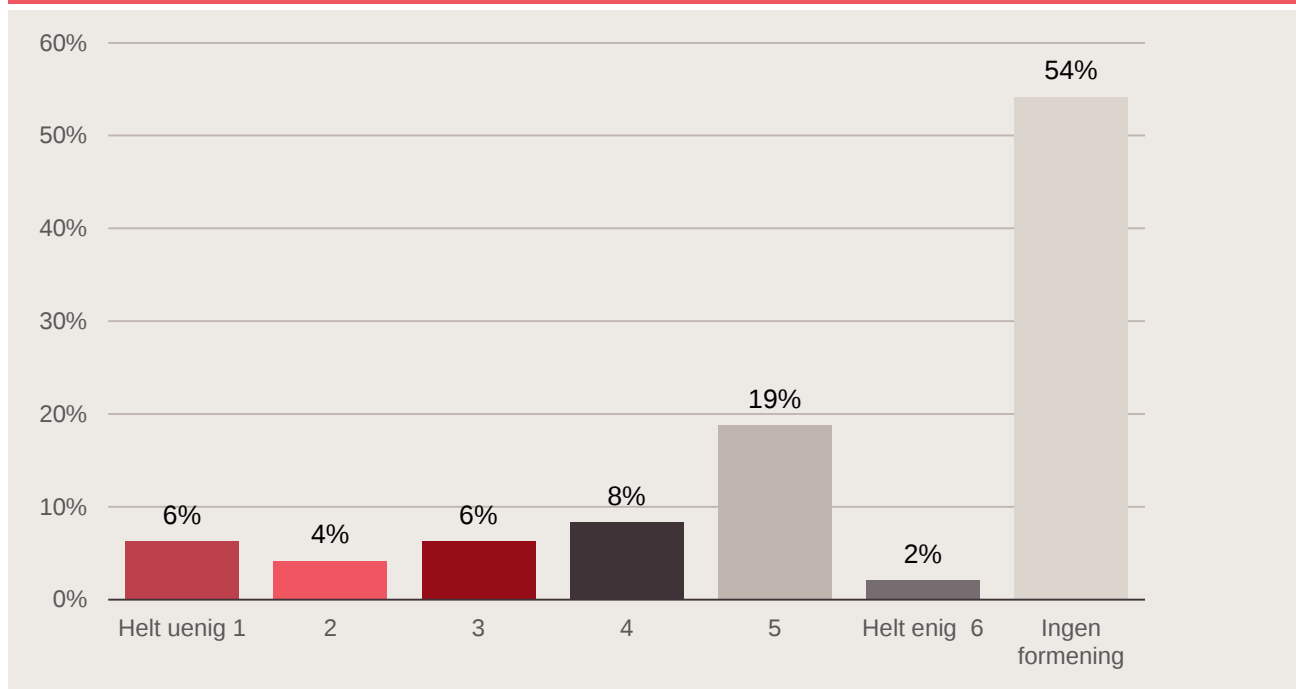
Som nevnt over har Koordinerende enhet et samarbeid med Psykisk helseteam og Sykehusveien 75 og Rugdeveien A blant annet i forbindelse med opplæring og veiledning når det gjelder IP og koordinatorrollen. Koordinerende enhet har imidlertid via mail til revisjonen oppgitt at det har ikke blitt gjennomført noen kurs det siste året, enheten har heller gitt veiledning direkte til den enkelte koordinator ved behov. Det er en opplevelse blant lederne i virksomheten at Koordinerende enhet mangler kapasitet til å gjennomføre opplæring. Fra Koordinerende enhets side oppgis at det for tiden er mangel på kapasitet til å gjennomføre felles opplæring da en av de ansatte er ute i permisjon frem til september. Når hun er tilbake skal man begynne å planlegge og gjennomføre opplæring.

Når det gjelder å holde oversikt over IPer og koordinatører i kommunen ser det ut til å være ulike oppfatninger om Koordinerende enhet gjør dette eller ikke. Koordinerende enhet selv oppgir at de følger rutinene som er nevnt i gjennomgangen av rutiner for samarbeid i Koordinerende enhet, mens avdelingslederne i Bolig, rus og psykisk helse oppgir at Koordinerende enhet ikke har en slik oversikt. De oppgir at hvem som har IP og koordinator vanskelig kan telles i fagsystemet Profil gjennom å ta ut en elektronisk rapport, fordi dette registreres på ulike måter. Dette er riktignok lett å ordne gjennom å endre en teknisk detalj, mener avdelingsleder i Avdeling for rus og psykisk helse. Det er uansett mulig å telle manuelt.

Revisjonen ba i sin spørreundersøkelse respondentene svare på en påstand om Koordinerende enhet fungerer etter hensikten.

**Figur 22 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=48

Over halvparten av de som har svart har ingen formening om dette. Dette forsterker inntrykket av at få kjenner til hva Koordinerende enhet er og hvilke oppgaver den har. Kun to prosent har sagt seg helt enig i påstanden. 27 prosent har valgt svaralternativene fire og fem, og er dermed mer eller mindre enige i påstanden. Resten er helt eller delvis uenige.

## 6 VEDTAK OM TJENESTER

Dette kapitlet tar for seg hvordan kommunen sikrer at det fattes vedtak på tjenester i henhold til lovens krav.

Problemstilling 3	Revisjonskriterier
Hvordan sikrer kommunen at det fattes vedtak på tjenester etter lovens krav?	⇒ Kommunen skal ha systemer som sikrer at det blir fattet (enkelt)vedtak etter lovens krav, herunder ⇒ Avklart hvem som har ansvar og myndighet. ⇒ Rutiner for saksbehandling, innhold og hjemmel.

For å sikre at arbeidet med å fatte vedtak følger krav i lov må det være klart hvem som har ansvar og myndighet til å fatte vedtak. Videre må kommunen utarbeide nødvendige prosedyrer og rutiner slik at saksbehandlingen foregår innenfor gjeldende bestemmelser. I denne delen av rapporten gjør vi nærmere rede for kommunens arbeid på dette området. Det vi undersøker er avgrenset til å kartlegge om det er avklart hvem som har ansvar og myndighet og om kommunen har rutiner på området.

Innenfor feltet psykisk helse og rusomsorg tilbyr kommunen både tjenester det fattes vedtak om, og såkalte lavterskeltilbud der det ikke fattes vedtak. Ved å organisere og tilby tjenester som lavterskeltilbud kan det være lettere å nå personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske vansker. Tilbud kan omfatte både forebygging, tidlig intervensjon, behandling og skadereduksjon. Lavterskeltilbud kan inneholde tjenester som strekker seg fra råd og veiledning, helsetilbud, arbeids- og aktivitetstilbud til møteplass for sosialt fellesskap og psykologhjelp (Helsedirektoratet 2014, 71).

### 6.1 Ansvar og myndighet

Revisjonen har innhentet informasjon som viser delegering av ansvar og myndighet fra kommunestyret til rådmannen.

Delegeringsreglement for Lørenskog kommune ble vedtatt av kommunestyret den 8.2.2012 og senere endret, senest i sak 073/14 den 17.9.2014. Av reglementets punkt 4, delegering til rådmannen, står det om myndighet til å treffe vedtak etter særlovgivningen:

Rådmannen delegeres myndighet til å fatte vedtak i medhold av særlovgivningen så langt annet ikke er bestemt i vedkommende særlov, delegeringsvedtak eller saken er av prinsipiell betydning.

Rådmannen videredelegerer sin myndighet<sup>30</sup> under henvisning til «Delegeringsreglement for Lørenskog kommune», vedtatt av kommunestyret i møte 8.2.2012 under sak 001/12, samt gjeldende praksis.

[..]rådmannen [delegerer] sin myndighet i enkeltsaker og generelle saker av ikke-prinsipiell betydning til kommunalsjefer for hhv. helse, og omsorg, teknisk, kultur og idrett, og oppvekst og utdanning, samt avdelingssjefer i sentraladministrasjonen. Videredelegeringen gjelder innenfor de til enhver tid fastsatte fagområder for nevnte kommunalsjefer/avdelingssjefer og med de begrensninger som følger av delegeringsreglementet og bestemmelsen nedenfor<sup>31</sup>.

### **Vedtaksmyndighet i praksis**

Videredelegering fra kommunaldirektør<sup>32</sup> til virksomhetsledere og avdelingsledere i helse og omsorg utøves i samsvar med praksis innenfor helse og omsorg oppgir kommunaldirektør for sektoren. Videredelegering av vedtaksmyndighet er ikke skriftlig når det gjelder hvem som tillegges vedtaksmyndighet (ibid). Lørenskog kommune har igangsatt et internkontroll-prosjekt med siktemål å få et mer samlet og helhetlig internkontrollsystem. I denne sammenheng skal det også arbeides med det administrative delegeringssystemet har vi fått opplyst i en e-post fra kommunen.

Virksomhetsleder Bolig, rus og psykisk helse har videredelegert myndighet til virksomhetens avdelingsledere som har fullt delegert ansvar for personal, fag og økonomi, jf. punkt 5.2 ovenfor.

Det er Mottaks- og utredningskontoret (under virksomhet Samhandling og forvaltning) som fatter alle vedtak om tjenester og tildeling av bolig innenfor området psykisk helse. Innenfor psykisk helse gjelder dette altså alle henvendelser om tjenester, utover det forebyggende (fattes ikke vedtak).

Mottaks- og utredningskontoret godkjenner dessuten vedtak om tjenester innenfor rusfeltet, men det er ruskonsulentene i Avdeling for rus og psykisk helse som saksbehandler vedtaket (intervju). Ordningen henger igjen fra tidligere organisering opplyses til revisjonen i intervju. Tjenester innenfor rusfeltet omfatter også ruslidelser i kombinasjon med psykiske lidelser.

Vedtak om kommunalt botilbud<sup>33</sup> innenfor rusfeltet godkjennes imidlertid ikke av Mottaks- og utredningskontoret. Leder ved Vallerud bosenter forvalter vedtaksmyndigheten for disse boligene. Vedtaksmyndighet på kommunal gjennomgangsbolig i Hammergeien forvaltes av «boligen», i vedtaksmøte, i samråd med bo-oppfølger i Avdeling for rus og psykisk helse.

---

<sup>30</sup> Notat datert 8.10.2012 – Videredelegering av rådmannens myndighet

<sup>31</sup> Videredelegeringen omfatter ikke rådmannens innstillingsrett, myndighet til å anmelde eller ta ut stevning og påanke kjennelser/dommer på vegne av kommunen (notat 8.10.2012)

<sup>32</sup> Tidligere kommunalsjef helse og omsorg

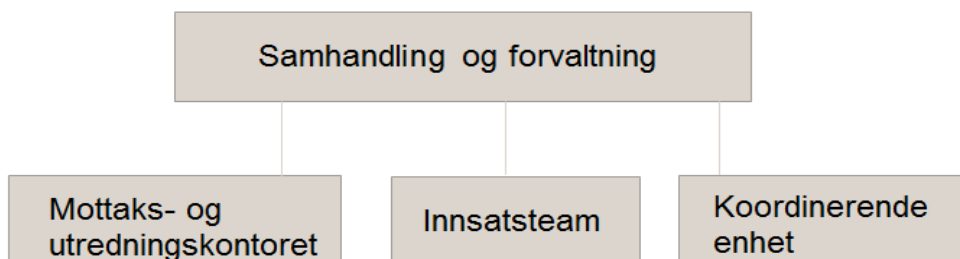
<sup>33</sup> I forbindelse med faktahøring har vi fått innspill på at vedtak om kommunal bolig fattes av mottak og utredning eller NAV. Dette stemmer ikke overens med de opplysningene vi har fått i intervjuene. Teksten er derfor beholdt uendret.

## 6.2 Rutiner for saksbehandling

I dette kapitlet kommer vi nærmere inn på rutiner for saksbehandling, innhold og vedtakshjemler. Vi ser først og fremst på dette for Samhandling og forvaltning og for Avdeling for rus og psykisk helse. Kommunens arbeid når det gjelder vedtak om individuell plan og vedtak om bolig redegjør vi for til slutt.

### 6.2.1 Samhandling og forvaltning

Mottaks- og utredningskontoret er organisert under virksomhet Samhandling og forvaltning og er kommunens bestiller-kontor. Koordinerende enhet er organisert under samme virksomhet. Organisasjonskartet fra kapittel 3 gjentas for oversiktens skyld under.



Antall vedtak har økt fra 315 i 2007 til at Mottaks- og utredningskontoret nå fatter om lag 3000 vedtak årlig. Dette omfatter hele feltet i alle aldersfaser unntatt NAV og barnevernet. Kontoret fikk fra opprettelsen i 2002 ansvar for alle vedtak, med unntak for vedtak innenfor rusfeltet, jf. intervju.

Mottaks- og utredningskontoret forteller i intervju at kontoret skriver flest vedtak på hjemmesykepleie og støttesamtaler. I intervju kommer det videre fram at det ikke skrives så mye i vedtaket fordi brukerne synes det er vanskelig å lese historien om seg selv, men at det står mer i den enkeltes journal. Journalen går til de som skal følge opp det enkelte vedtaket (ibid).

I intervjuet fortelles også at kontoret har litt mindre oversikt på rustjenesten<sup>34</sup> fordi rustjenesten selv fatter vedtak. Mottaks- og utredningskontoret gjør ingen utredninger på rusfeltet (ibid), men kontoret har som nevnt vedtaksmyndigheten og godkjenner vedtakene (underskriver) og har samme fagsystem som rustjenesten.

#### Skriftlige rutiner

Mottaks- og utredningskontoret utarbeidet «Informasjonshefte med retningslinjer for fagkonsulentene på mottaks- og utredningskontoret» i 2010. Retningslinjene benevnes også rutinehåndbok og den inneholder beskrivelser av pleie- og omsorgstjenesten, informasjon om viktige rettssikkerhetsområder, søkers krav til tjenester og vurdering av søker, utredning/kartlegging,

---

<sup>34</sup> Enn innenfor andre områder der kontoret også utreder behov for tjenester.

tjenester og tiltak – valg av hjelpeform og omfang, fasene i saksgang ved søknad samt informasjon om saksgang ved klagebehandling, omgjøring av vedtak uten klage samt retningslinjer som gjelder individuell plan.

Mottaks- og utredningskontoret opplyser i intervju at de har startet opp en prosess med å gjennomgå rutinehåndboka. Retningslinjene skal oppdateres for å få på plass korrekte lovhenvisninger. I intervjuet fortelles at i rutinehåndboka står

[...] det alt om vår jobb, hvem som skal utføre hva og hvordan saksgangen er.

Under kapitlet om de ulike områder/faser i en søknad/sak (punkt 13 i retningslinjene) er det blant annet en oversikt over de ulike fasene i saksbehandlingen og en oversikt over saksgang ved søknad eller henvendelse. I punkt 13 i retningslinjene beskrives følgende faser mer inngående: Søknadsfasen, opplysningsfasen, vurderingsfasen, vedtaksfasen, oppfølgingsfasen samt klagefasen.

Saksgangen ved søknad eller henvendelse begynner med at henvendelsen postføres, skannes og mottatt dato påføres, at sak opprettes i fagsystemet Profil og prosessbeskrivelsen avsluttes med at underretning om vedtak journalføres og sendes søker.

Mottaks- og utredningskontoret bruker (brev)maler som er utarbeidet for de ulike typer av søknader som kontoret fatter vedtak om. Malene<sup>35</sup> opplyser om hjemmel og klageadgang og det er også en mal for forvaltningsbrev for de tilfeller saksbehandlingstiden blir mer enn 3 uker.

### **Kartlegging av hjelpebehov - psykisk helse**

Gjennom fagmøtene sikres et helhetlig tilbud til bruker på en bedre måte nå enn tidligere.

Hvorvidt Mottaks- og utredningskontoret sitter med hele bildet avhenger av hva de har kartlagt. Viktig med god, grundig kartlegging på mange plan for å gi de rette tjenestene og rett nivå.

I intervju med avdelingslederne i Bolig, rus og psykisk helse fortelles at det er mange felles forbedringsområder når det gjelder kartlegging og tilbud i sin helhet. Det er forskjell på om man bruker et standardisert kartleggingsverktøy eller sosialanamnese som man selv har utarbeidet slik Mottaks- og utredningskontoret gjør når de benytter et egenutviklet samtalskjema som har blitt til underveis.

I intervju med Mottaks- og utredningskontoret fortelles at kontoret benytter eget kartleggingskjema for å kartlegge hvor langvarige problemene har vært, historikk, henvisning, bolig, arbeid, sosialtjenesten i NAV og andre, utagering og selvmordsproblematikk. Videre fortelles om stort mangfold av saker og mange vanskelige saker. Sakene tas opp i faste, ukentlige møter internt ved kontoret.

---

<sup>35</sup> Maler om bolig er omtalt ovenfor i rapporten.

Det er faste møter for å vurdere tjenestetilbudet til søkere på tvers av virksomheter/avdelinger. I møtene diskuteres nye henvisninger om oppfølging i forhold til psykisk helse, utfordringer i oppfølgingen og videreføring av tjenester og tjenestetilbud til søkere vurderes også i møter, jf. rapportens punkt 5.3.

### **Vedtak om råd og veiledning – psykisk helse**

Vedtak om råd og veiledning innenfor psykisk helse følger malen for vedtak om hjemmesykepleie forteller leder for Mottaks- og utredningskontoret. Fra vedtaksmalen gjengis:

- Vedtak om tjenester hjemles i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, jf. § 3-2, punkt 6 bokstav a
- Informasjon om at endringer forhåndsvarsles, jf. forvaltningsloven § 16, og retten bruker har til å komme med uttalelse for nye vedtak fattes.
- Punkter i malen er videre: utredning, bakgrunn, saksopplysninger, vurdering og konklusjon.
- Klageadgang er opplyst, og det står at vedtakene kan påklages etter lov om pasient- og brukerrettigheter § 7-2 med 4 ukers frist. I tillegg informeres nærmere om klageinstituttet.

### **Rutiner i praksis – internkontroll**

I intervju med virksomhetsleder for Bolig, rus og psykisk helse fortelles at avdelingsleder rus og psykisk helse har jevnlige møter med Mottaks- og utredningskontoret.

Mottaks- og utredningskontoret forteller i intervju at kontoret har strenge internkontrollrutiner gjennom følgende prosedyrer:

- To personer tar hånd om inngående post daglig
- Egen mappe til all post som blir gjennomgått
- Innkomne saker fordeles på konsulentene i møte og dette skjer hver arbeidsdag
- Når saken er fordelt på fagkonsulent blir fagkonsulenten også stående som saksbehandler
- Noen ganger øker saksbehandlingstiden og hvis man ser at saksbehandlingstiden vil overstige 3 uker, sendes forvaltningsbrev
- Noen saker kan bli liggende på vent – disse gjennomgås jevnlig
- Restanser, saksbehandlingstid m.m. via eget elektronisk kontrollsystem
- Det er alltid to underskrifter på utgående brev og vedtak, og virksomhetsleder samhandling og forvaltning (eller nestleder) skriver alltid under.

På spørsmål fra revisjonen svarer leder at det av og til gjennomføres stikkprøver på saksbehandlingen, avhengig av sakstype og om noe kan framstå som uklart.

Videre fortelles at det har forekommet at personer har fått vedtak og ikke fått iverksatt tjenesten. Dette vurderes som avvik. Det kommer også fram at det kan være flere årsaker til dette, for eksempel at man har prøvd å få kontakt med den vedtaket retter seg mot, men ikke har lyktes i å oppnå kontakt. Kontoret opplyser videre at det ikke er en oversikt over avvik, men oppfatningen er at det ikke er mange. Utøvende enhet har et stort press på seg i perioder og det kan ta tid å få iverksatt vedtak, oppnå kontakt osv.

Når det gjelder oppfølging og fornying av vedtak fortelles i intervju at vedtakene er tidsbegrensede og at det er den utøvende tjenesten som skal forestå evaluering med tanke på å få svar på om tjenesten har vært til nytte eller ikke. Fagsystemet selv «sier fra» om vedtaket skal fornyes eller ikke. Dersom utøvende enhet er i tvil, tas kontakt med Mottaks- og utredningskontoret for en vurdering. Selve vurderingsvedtaket er det Mottaks- og utredningskontoret som fatter innenfor sitt saksområde.

### **6.2.2 Avdeling for rus og psykisk helse**

Avdelingen har ansvar for innsøking til Tverrfaglig spesialisert rusbehandling og vurdering av bruk av tvang<sup>36</sup> som virkemiddel overfor rusmiddelavhengige. Lavterskeltilbudet ved avdelingen gjør at avdelingen i mange sammenhenger er det kontoret som først får kjennskap til brukeren og kan starte utredning/kartlegging uten at bruker må forholde seg til flere systemer (ibid).

#### **Skriftlige rutiner - rusfeltet**

Revisjonen har mottatt skriftlig rutine om *vedtak rus*. Rutinen er udatert, det framgår ikke når den skal revideres og den er ikke underskrevet. Revisjonen legger til grunn<sup>37</sup> at rutinen henviser til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 1. ledd nr. 5 og § 3-2, 1. ledd nr. 6 bokstav b). Vi gjengir rutinen nedenfor:

#### *§ 3-2, 1. ledd nr. 5 Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.*

Kommunen skal sikre nødvendig tilbud av tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltagelse. Kommunen skal opprettholde den sosialfaglige tilnærmingen for å sikre en helhetlig oppfølging av mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet.

Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjon- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.

Habilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og/ eller funksjonsproblemer.

Tilbudet omfatter:

Støttesamtaler, etterverns tilbud, oppfølging av gravide rusmiddelavhengige (frivillighet), brukere hvor vi er koordinator i ansvarsgruppe

---

<sup>36</sup> Når vedtak om tvang etter kapittel 10, tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige, i helse- og omsorgstjenesteloven blir aktuelt, involveres alltid virksomhetsleder for Samhandling og forvaltning når det fattes vedtak (intervju 20.4.2015).

<sup>37</sup> Rutinen henviser til § 3-2, 5. ledd og § 3-2, 6. ledd bokstav b). I revisjonens gjengivelse av rutinen brukes lovhenvisning korrigert av revisjonen.



§ 3-2, 1. ledd nr. 6 bokstav b. *personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt.*

Bestemmelsen omfatter hjelp til egenomsorg og personlig stell og det som i dag omfattes som personrettet praktisk bistand. Videre omfattes hjemmehjelp og annen hjelp til alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen, for eksempel innkjøp av varer, matlaging og vask av klær mv. Det er et formål å bidra til å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen i dagliglivet, og tjenesten skal hvis det er hensiktsmessig også innebære opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål.

Tilbudet omfatter:

Bo oppfølging i kommunal leilighet (boligtiltaket) og bo oppfølging på Vallerud bosenter.

Lavterskelaktivitet holdes utenfor vedtaksfattning inntil videre, men kunne innlemmes i § 3-2, 1. ledd nr. 5.

Rutine: Vedtak rus

Rutinen *vedtak rus* har videre følgende innhold:

Hvordan skal vi definere støttesamtaler?

- Repeterende aktivitet, ukentlig, hver 14 dag eller en gang pr. mnd. av tre mnd. varighet eller mer.
- Som kan begrunnes i lovens § 3-2, 1.ledd nr. 5.

Hvem som skal fatte vedtak:

- Fagkonsulenter i rustjenesten fatter vedtak på støttesamtaler og etterverns-tilbud i rustjenesten
- Fagtjenesten som skal tilby oppfølging i bolig fatter vedtak etter NAV/MU<sup>38</sup> har fattet vedtak om bolig med oppfølging. Fagkonsulenter og bo-oppfølgere i samarbeid fatter vedtak på bo-oppfølging i kommunal bolig.
- Leder på Vallerud bosenter fatter vedtak på bo trening på Vallerud bosenter.

Godkjenning av vedtak

- Vedtaket gjennomgås av avdelingsleder rus og psykisk helse
- Melding om vedtak til leder MU en gang pr. uke (foreløpig pr. mail)
- Godkjenning i Profil
- Underskrives og returneres avd. rus og psykisk helse
- Avdelingsleder skriver under
- Vedtaket sendes bruker

---

<sup>38</sup> MU: Mottaks- og utredningskontoret

Avdeling for rus og psykisk helse har dessuten utarbeidet en *rutinehåndbok*. Nedenfor redegjøres nærmere for deler av innholdet i det utdraget vi har mottatt av «rutinehåndbok avd. rus og psykisk helse».

Arbeidsprosessen innenfor rusfeltet følger en modell med henvisning, kartlegging, oppfølging og ettervern, og det er en punktvis redegjørelse for fasene i modellen (ibid).

Under kartleggingsfasen, som kan vare i opptil 3 måneder, nevnes kartleggingsverktøy<sup>39</sup>, samtaler og motiverende intervju, støtte/motivasjon, henvisning til spesialisthelsetjenesten samt å vurdere tvang (ibid).

Alle som følges opp i rustjenesten skal være registrert med minimum en tjeneste til enhver tid (ibid punkt 1.2). Oppfølgingsfasen omfatter at det tildeles tjenester og «[...] det fattes eventuelt vedtak i Profil. Eksempler på ulike vedtak er å finne i perm på arkivrommet. Tjenester som utløser vedtak er: bo-oppfølging, støttesamtaler og ettervern. Tjenester som ikke utløser vedtak: Utredning, IP, LAR, gravid og oppfølging» (ibid punkt 1.3).

Det står videre at «[a]lle vedtak følges opp, evalueres og eventuelt fornyes. Vedtak som ikke følges opp, som følge av svikt i rutiner, skal registreres som avvik i Profil» (ibid). Under punkt 1.4 om ettervern framkommer det av rutinen at «[e]ttervern utløser vedtak, og det vises til eksempler på vedtak i perm på arkivrommet og at det er egne rutiner for utforming av vedtak (ibid).

### **Praktiseringen av rutinene om tildeling av tjenester innenfor rusfeltet**

Virksomhetsleder for Bolig, rus og psykisk helse forteller i intervju at saker innenfor rusfeltet utredes i Avdeling for rus og psykisk helse. De benytter en rekke kartleggingsverktøy som er utarbeidet til bruk ved utredning av behov for tjenester til brukere innenfor rusfeltet jf. intervju med avdelingslederne i virksomheten.

I og med at Mottaks- og utredningskontoret har vedtakskompetansen, underskrives (godkjennes) det endelige vedtaket av dette kontoret.

Virksomhetsleder for bolig, rus og psykisk helse forteller videre at kommunen skal se på arbeidsfordeling vedrørende vedtak på nytt. Behovet for endringer i arbeidsfordelingen vil bli vurdert i forbindelse med arbeidet som skal påbegynnes med flytskjema. Det skal lages et boligflytskjema bygd over samme lest som pasientflytskjema for tildeling av tjenester i hjemmesykepleien og for tildeling av sykehjemsplass. Virksomhetsleder forteller også at flytskjema skal vise prosessen fra søknad til en beslutning tas. Videre fortelles at når et vedtak er fattet, er det viktig å rapportere tilbake hvis det skal avsluttes.

---

<sup>39</sup> AUDIT, DUDIT, TWEAK evt. DUDIT-E og Alkohol-E, SCL-10

For å få tjenester på Vallerud bosenter søker personen om personlig bistand og oppfølging. Dette saksbehandles av leder på Vallerud bosenter som skriver sak. Saksutredningen og forslaget til vedtak sendes over til Mottaks- og utredningskontoret som deretter godkjenner endelig vedtak om tjenester.<sup>40</sup>

### **Vedtak på rusfeltet**

Revisjonen har mottatt eksempler på to vedtak, jf. skriftlig rutine ovenfor. Vedtakene skal angi hva det gjelder, tjenestens omfang og tidsrom, hjemler, en kort begrunnelse samt opplysninger om klageadgang.

- Vedtak om støttesamtaler hjemles i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, jf. § 3-2, første ledd nr. 5.
  - Vedtak om støttesamtaler angir antall ganger per uke og varighet per gang
  - Vedtak om støttesamtaler er tidsavgrenset fra dato til dato
- Vedtak om bo-oppfølging hjemles i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 1. ledd nr. 6b.
  - Vedtak om bo-oppfølging angir inntil x timer i måneden
  - Vedtak om bo-oppfølging er tidsavgrenset fra dato til dato
- Klageadgang er oppgitt, og det framgår at vedtakene kan påklages etter lov om pasient- og brukerrettigheter § 7-2. I tillegg gis nærmere informasjon om klagefrist m.m.

Det er som nevnt Avdeling for rus og psykisk helse som gjennomfører kartlegging og Mottaks- og utredningskontoret som har vedtaksmyndigheten. I intervju med Mottaks- og utredningskontoret fortelles at det noen ganger kan være en ulempe at arbeidsfordelingen er delt, men de mener dette nå er forbedret i forhold til tidligere og løses gjennom felles samarbeidsmøter.

### **Skriftlige rutiner – psykisk helsefeltet**

Arbeidsprosessen følger den samme modellen (som for rusfeltet) med henvisning, kartlegging, oppfølging og ettervern (rutinehåndbok avd. rus og psykisk helse). Avdeling for rus og psykisk helse skal følge opp brukerne i tråd med vedtakene som Mottaks- og utredningskontoret fatter, jf. rapportens punkt 6.2.1 ovenfor.

### **Andre skriftlige rutiner**

Under punkt 5 om legemiddelassistert rehabilitering står det at rustjenesten sender søknad til vurderingsteamet ved Ahus ARA som behandler og fatter vedtak i slike saker. Oppfølging av bruker, i samsvar med vedtak fra ARA, foregår i Avdeling for rus og psykisk helse.

Om boligtiltaket (rutinehåndboken punkt 6) heter det at individuell bo-oppfølging er et frivillig, vedtaksfestet tjenestetilbud til kommunens innbyggere. Boligtiltaket varierer ut fra den enkelte beboers behov, alt fra omfattende tjenester som følge av rus og psykiatri, til mindre tjenester som forvaltning av økonomi. Andre eksempler på tjenester er veiledning, opplæring og bistand til å utføre praktiske gjøremål i boligen, til å overholde økonomiske forpliktelser og til å nyttiggjøre seg andre

---

<sup>40</sup> Opplyst i e-post 28.4.2015 fra avdelingsleder samlokaliserte boliger på forespørsel fra revisjonen.

tiltak og tjenester. Det kan også dreie seg om nødvendig helsehjelp som følge til tannlege, hjelp til arbeid eller aktivitet, hjelp til å gjenopprette kontakt med familie, eller hjelp til å forholde seg til naboer og borettslag (ibid).

Kriterier for inntak i boligtiltaket står i håndboken. Kriteriene er at

- det må foreligge søknad eller som et krav i brukers vedtak
- det gjøres en faglig vurdering av brukers bo-kompetanse
- det skal utformes en oppfølgingsplan før bolig tildeles
- rustjenesten skal oppbevare en nøkkel til leiligheten

Alle beboere som har bo-oppfølgingstjenester fra rustjenesten skal ha vedtak (ibid).

### **6.2.3 Individuell plan**

Det er rutiner om individuell plan både i Avdeling for rus og psykisk helse og i virksomhet Samhandling og forvaltning.

#### **Skriftlige rutiner i Avdeling for rus og psykisk helse**

Om individuell plan (IP) står det blant annet i rutinehåndboken at alle brukere i rustjenesten skal få et skriftlig tilbud om IP, og at bruker signerer på om man ønsker dette eller ikke. Generelt heter det i rutinehåndboken punkt 3.2 at

[h]else- og omsorgstjenesteloven § 7-1 sier at kommunen skal utarbeide en individuell plan for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Rustjenesten skal på eget initiativ vurdere om en person bør få tilbud om IP, men vi skal ikke utarbeide IP mot brukerens vilje.

Under punkt 3.3 redegjøres for at det kan klages på at man ikke har fått utarbeidet en IP og videre kan det klages på at man ikke har deltatt i utforming av planen, men det opplyses, etter det revisjonen kan se, ikke om hjemmel for denne klageadgangen. Deretter redegjør rutinehåndboken for hvem som er klageinstans samt lovgrunnlag for plikter og rettighet når det gjelder IP.

I rutinehåndboken (punkt 1.3) nevnes individuell plan blant tjenester som ikke utløser vedtak.

#### **Skriftlige rutiner i virksomhet Samhandling og forvaltning**

Koordinerende enhet utarbeidet en håndbok om individuell plan og koordinator i desember 2012. Koordinerende enhet har ansvar for individuell plan og koordinator og «tar i mot alle henvendelser om individuell plan og / eller koordinator. Henvendelsen saksbehandles og det gis skriftlig vedtak eller avslag til bruker eller pasient. Koordinerende enhet utnevner koordinator i samråd med kommunens virksomheter.» (Håndbok om individuell plan og koordinator 2012).

Mottaks- og utredningskontoret har følgende (brev)maler som benyttes som svar på henvendelse om IP:

- Mal for positivt svar på henvendelse om IP
  - Koordinerende enhet vurderer at du har rett til IP etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1

- Koordinerende enhet foreslår [person] som koordinator
- Mal for avslag på henvendelse om IP
  - Koordinerende enhet vurderer at du ikke har rett til IP etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1
  - Opplyses om klagerett etter lov om pasient og brukerrettigheter § 7-1, klageinstans, saksgang og klagefrist på 3 uker.

I kommunens håndbok om individuell plan og koordinator står det i kapitlet om klageadgang at «[a]vslag på individuell plan kan påklages etter lov om pasient og brukerrettigheter § 7-2» (Lørenskog kommune, individuell plan, håndbok 2012).

### **Rutiner i praksis**

Hvordan dette fungerer i praksis er det redegjort for i rapportens punkt 5.6 og 5.7. Det kommer fram at alle brukere innenfor rustjenestens arbeidsområde skal ha individuell plan, og at dette var årsaken til dagens ordning med at rustjenesten selv tar hånd om tildeling av koordinator og individuell plan for sine brukere. I intervju er det imidlertid avkreftet at alle brukere har individuell plan. Spørreundersøkelsen og intervjuer avkrefter også at alle (innenfor både rusfeltet og psykiske helse) har fått tilbud blant de som oppfyller rettigheten til individuell plan.

### **6.2.4 Vedtak om bolig**

Lørenskog kommune har utleieleiligheter med og uten bemanning. De samlokaliserte boligene er boliger med bemanning og disse boligene er i første rekke et tilbud til personer med rusproblematikk (Vallerud og Hammerveien) eller psykiske vansker (Rugdeveien og Sykehusveien). Kommunen har noen flere boligtilbud som det ikke redegjøres nærmere for her.

### **Rutiner i praksis - vedtak om bolig innenfor rusfeltet**

Søknad om bolig på Vallerud bosenter og gjennomgangsboligene i Hammerveien behandles i virksomhet bolig, rus og psykisk helse.

I intervju og e-poster har revisjonen fått opplyst at Vallerud bosenter selv har avgjørelsesmyndighet når det fattes vedtak om hvem som skal få plass og bosenteret skriver husleiekontrakt selv. Vallerud bosenter har som nevnt egen leder og er organisert under Avdeling samlokaliserte boliger.

For å få bolig blir søker vurdert av personalet på Vallerud. I denne kartleggingssamtalen kan søker og personalet bli enige om botilbudet kan passe. Dersom behov tas saken tilbake til avdelingen for gjennomgang før det konkluderes. Hvis man kommer til at tilbudet passer, settes det opp husleiekontrakt på Vallerud. Kontrakten sendes søker som tilbys bolig, og søker må selv ta stilling til om vedkommende vil inngå kontrakt eller ikke (e-post 28.4.2015).

Dersom kartleggingssamtalen munner ut i et avslag, får man skriftlig beskjed skriver avdelingsleder for samlokaliserte boliger i e-post til revisjonen (ibid). Revisjonen har på forespørsel fått opplyst at det ikke er utarbeidet en skriftlig mal som skal benyttes når en person skal underrettes om avslag på bolig ved Vallerud bosenter. Revisjonen forstår det imidlertid slik at det er snakk om få avslag (e-post 4.5.2015).

Når det gjelder gjennomgangsboligene i Hammergeien, fattes det vedtak om bolig i vedtaksmøte i samråd med bo-oppfølger i rus og psykisk helse som har kjennskap til huset forteller avdelingsleder for rus og psykisk helse (e-post 21.4.2015).

#### **Rutiner i praksis – vedtak om bolig innenfor psykisk helse**

Mottaks- og utredningskontoret under virksomhet Samhandling og forvaltning utreder og fatter vedtak om bolig til personer med psykisk helseproblematikk. Kontoret fatter vedtak om bolig for særskilte grupper, og det kan dreie seg om samlokalisert bolig<sup>41</sup> eller omsorgsbolig. Boligkontoret er ikke involvert i prosessen med behandling av søknadene fortelles i intervju med Mottaks- og utredningskontoret.

#### **Rutiner i praksis – vedtak om bolig fra NAV**

I intervju med avdelingsledere i virksomhet Bolig, rus og psykisk helse pekes det på at NAV i større grad bør benytte kommunens boligtilbud på Vallerud når det er snakk om boligbehov for personer innenfor rusfeltet.

#### **Vedtak om bolig - Mottaks- og utredningskontoret**

Mottaks- og utredningskontoret har flere (brev)maler om vedtak om bolig. Det er mal for avslag på søknad om kommunal bolig, søknad om ny husleiekontrakt i kommunal bolig, søknad om bolig i Lørenskog kommune og søknad om kommunal utleiebolig i Lørenskog kommune.

I malene henvises til mål og kriterier fastsatt av kommunestyret i Lørenskog i møte 20.6.2012, sak 78/12. Det informeres om venteliste og klageadgang til kommunens særskilte klagenemnd. I en av de nevnte malene er det spesielle dokumentasjonskrav om boligoppfølging, depositum og et avsnitt «spesielt om boliger med tjenester». For slike boliger kan det unntas fra generelle vilkår for tildeling av kommunal utleiebolig og det skal legges avgjørende vekt på om søker har behov for de tjenester som ytes i de ulike boligene.

#### **Boligtildeling og venteliste**

En person som får vedtak om bolig, settes på venteliste fram til det blir en ledig bolig som kan passe. Selve tildelingen av den faktiske boligen er lagt til Boligkontoret som er organisert under virksomhet Bolig, rus og psykisk helse. I intervjuer fortelles at det er et fast, felles møte mellom enhetene Samhandling og forvaltning, NAV, flyktning- og innvandringstjenesten og boligkontoret om tildeling av bolig.

I oppstartmøtet sies at det er få utkastelser<sup>42</sup> og at det viser seg at de *får de fleste til å bo*. Det har kommet fram at det er noen utfordringer når det gjelder bolig og samarbeid rundt den enkelte bruker, se nærmere om dette i rapportens punkt 5.3.1 ovenfor.

---

<sup>41</sup> Rugdeveien og Sykehusveien

<sup>42</sup> Se nærmere om Boligkontoret foran i rapporten, blant annet under kapittel 3.3.1.

## 7 REVISJONENS VURDERING OG KONKLUSJON

### 7.1 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 er det mange faktorer som må være på plass. Roller, ansvar og oppgaver må være tilstrekkelig avklart. 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).

Revisjonens vurdering er at Lørenskog kommune har mange av disse faktorene på plass:

- Det er flere faste møtefora både internt i Bolig, rus og psykisk helse og på tvers, med Mottaks- og utredningskontoret, NAV og Flyktningetjenesten. I tillegg er det faste ledermøter som samler virksomhetslederne i hele helse- og omsorgssektoren, og fra årsskiftet, også Nav-leder.
- I tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2014) er mye av den tverrfaglige og tverrsektorielle oppfølgingen av brukere, både gravide rusmiddelavhengige, LAR-brukere og andre brukere med sammensatte behov organisert i ansvarsgrupper. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten foregår i tillegg i flere andre faste fora.
- PLO-meldinger sikrer samhandling og kommunikasjon om innskriving og utskrivning av pasienter fra Ahus og fungerer med noen unntak godt.
- Samarbeidet mellom kommunen-kommuneoverlegen og fastlegene er styrket gjennom opprettelse av flere nye samarbeidsforum.
- Viktigheten av tverrfaglig samarbeid for å løse kommunens helseutfordringer fremover er forankret i Helse- og omsorgsplan 2015-2026.

I tillegg til det ovenfor nevnte, har kommunen samlet flere av tjenestene til personer med rusavhengighet og /eller store psykiske helseutfordringer i en virksomhet. Revisjonen tar ikke stilling til hensiktsmessigheten ved kommunens organisering, men blant de som revisjonen har intervjuet, peker flere på at det å samle tjenestene til brukere med store rus og/eller psykiske helseutfordringer til en virksomhet legger i seg selv godt til rette for å kunne gi bruker et helhetlig og koordinert tilbud. Tilsvarende gjelder samlingen av utredningsoppgaver og vedtaksmyndighet (med noen unntak) og koordinerende tjeneste, til en virksomhet, Samhandling og forvaltning. Sammenslåingen til en virksomhet legger også godt til rette for å utarbeide og jobbe mot felles mål, noe som også er viktig for å lykkes med et samarbeid.

Samtidig er det etter revisjonens syn flere utfordringer og potensielle forbedringsområder i samarbeidet om kommunens brukere med rusavhengighet og/eller psykiske helseutfordringer.

Selv om revisjonens undersøkelse viser at samarbeidet med Mottaks- og utredningskontoret alt i alt fremstår som godt og med faste rutiner, synes det å være behov for en nærmere avklaring av roller, oppgaver og ansvar, spesielt i tunge og sammensatte saker. Revisjonen mener det er viktig at en slik avklaring kommer på plass raskt.

Spørreundersøkelsen viser videre at det er delte meninger om samarbeidet med NAV. Majoriteten av de spurte vurderer samarbeidet med Nav til «midt på treet», altså med rom for forbedringer. Manglende tilgjengelighet, høy «turnover» blant medarbeiderne og mangel på samarbeid om oppfølging av felles brukere er utfordringer sett fra Bolig, rus og psykisk helse og Mottaks- og utredningskontorets side. Revisjonens nøkkelinformanter i NAV opplever på sin side at det er uklare oppgave- og ansvarsforhold i grensesnittet mellom tjenestene og manglende bevissthet i resten av kommunen om at Nav faktisk også er en del av kommunen. De opplever også at det mangler tydelige signaler fra kommunens ledelse når det gjelder hva som skal være Navs kommunale oppgaver, utover inntektssikring.

Informantene selv peker på at det er trengs en avklaring av respektive tjenesters ansvar og oppgaver, bedre rutiner og felles arenaer for å utvikle et godt samarbeid. I tillegg uttrykkes ønske om faste kontaktpersoner i Nav. Revisjonen mener informantene peker på viktige utfordringer og mener kommunens ledelse bør se nærmere på denne type, eller andre tiltak som styrker samarbeidet. Revisjonen viser også til at kommunen i arbeids- og velferdsordningen skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer. Dette følger av sosialtjenesteloven § 13.

Bolig rus og psykisk helse og Helsefremmende og forbyggende tjenestene har tjenester rettet mot ulike målgrupper. Undersøkelsen viser likevel at det er behov for et tettere samarbeid mellom de to tjenestene, særlig gjelder dette med tanke på å forebygge alvorlige rusproblemer blant unge voksne. Revisjonen mener det er positivt at Avdeling rus og psykisk helse nå er trukket inn i arbeidet med en handlingsplan for denne gruppen og at de to virksomhetene har begynt å diskutere et tettere samarbeid.

Også Bolig, rus og psykisk helse og Barnevernet har tjenester og oppgaver rettet mot ulike målgrupper, likevel er det et felles mål at foreldre skal mestre sine liv og rollen som omsorgsperson. Bolig, rus og psykisk helse opplever hovedsakelig samarbeid og dialog med barnevernet som godt, men opplever barnevernets taushetsplikt som en utfordring i bistanden og oppfølgingen av barnas foreldre. Revisjonen mener kommunen bør se nærmere på om, og eventuelt hvordan disse utfordringene kan løses.

Generelt viser undersøkelsen at de ulike tjenestene har behov for å bli bedre kjent med hverandres tjenestetilbud til den aktuelle målgruppen. Dette gjelder både internt i Bolig, rus og psykisk helse, opp mot andre tjenester og vise versa. Etter revisjonens syn bør kommunen sette inn tiltak som



sikrer medarbeiderne god kjennskap til hele kommunens tjenestetilbud. Dette er viktig blant annet for å fremstå som en enhet utad, og ikke skape feilaktige forventninger hos brukerne.

Fastlegene og spesialisthelsetjenesten er viktige aktører i samarbeidet om tjenestetilbudet til den enkelte, i tillegg til brukeren selv. Undersøkelsen viser at det kan være utfordrende å samle disse aktørene i en ansvarsgruppe samt at det er viktig å planlegge og legge godt til rette for deltagelse. Revisjonen vil spesielt trekke frem viktigheten av å involvere brukeren selv og legge til rette for at brukers synspunkter og behov blir sett og lyttet til.

Kommuneoverlegen er et viktig bindeledd mellom kommunen og fastlegene, og en viktig fagperson for kommunen. Revisjonen mener kommunen bør se på hvordan kommuneoverlegens kompetanse og ressurser kan trekkes mer inn i arbeidet med brukere med rusavhengighet og/eller psykisk lidelser. Det er også viktig at kommuneoverlegen er bevisst på å formidle informasjon og kunnskap om kommunen til fastlegene. 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 oppleves som vanskelig å få spesialisthelsetjenesten «på banen» for å samarbeide om akutt psykisk syke
- Det er mangel på kommunikasjon og lydhørhet fra spesialisthelsetjenestens side ovenfor kommunen. Det oppleves at spesialisthelsetjenesten ikke alltid kjenner godt nok til kommunens tjenester og «instruerer» kommunen i å legge til rette for tjenester de ikke har.
- Det er mangel på avklaring av ansvar og oppgaver
- Kommunen får stadig ansvar for sykere pasienter og opplever at den mangler et hensiktsmessig tilbud.
- Det er mangel på felles mål og likeverdighet i samarbeidsforholdet.

En nasjonal undersøkelse gjennomført at SINTEF viser at mange av utfordringene i samarbeidet mellom kommune, fastlegene og spesialisthelsetjenesten som oppleves i Lørenskog kommune, også er utfordringer man finner igjen over hele landet (Tøndel og Ose 2014).

Utfordringene kommunen opplever i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er etter revisjonens vurdering problematisk og kan i siste instans medføre at brukere/pasienter ikke får et helhetlig og godt tilbud. Felles mål, rolleavklaring, jevnlig kontakt og kommunikasjon, samt likeverdig deltagelse er som tidligere nevnt viktige suksesskriterier for et godt tverrfaglig samarbeid (se delkapittel 4.1.2). Kommunen må, eventuelt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, se på hvordan de kan løse disse utfordringene. Revisjonen vil spesielt trekke frem det faktum at kommunen opplever å få ansvar for stadig sykere pasienter, uten at de føler de har et hensiktsmessig tilbud. Undersøkelsen viser til hendelser hvor svært syke personer opplever en «runddans» i kommunes boligtilbud, uten

at noe er det tilbudet bruker trenger. Her må kommunen finne løsninger for å sikre at brukeren ivaretas.

### Revisjonskriterium

Kommunestyret skal vedta samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen.

Overordnet samarbeidsavtale og Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp er vedtatt av kommunestyret den 8.2.2012. I vedtaket delegeres også myndighet til rådmannen når det gjelder å inngå resterende lovpålagte samarbeidsavtaler. Revisjonen anser derfor dette kriteriet for å være oppfylt.

Det er positivt at kommunen og spesialisthelsetjenesten sammen har utarbeidet nye retningslinjer i forlengelsen av samarbeidsavtalene. Bakgrunnen for dette var et behov for å forplikte partene i pasientsamarbeidet ytterligere. Retningslinjene ble vedtatt i desember 2014, og det gjenstår å se i hvilken grad dette vil bidra til å forbedre samarbeidet mellom partene.

### 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.

#### **Individuell plan og koordinator**

Revisjonens undersøkelse viser at det ikke alltid tilbys IP til de som har krav på dette, og at IP er et lite brukt verktøy i forbindelse med arbeid med denne brukergruppen. Tre hovedårsaker oppgis til dette.

For det første oppgis det at det er usikkerhet blant de ansatte i forbindelse med rutinene for arbeidet med IP og koordinator. Revisjonen vurderer det som positivt at Lørenskog kommune har rutiner på plass, men det er et problem at såpass mange kjenner seg usikre på disse rutinene.

Videre er det slik at rutinene i forbindelse med IP og koordinator, som gjelder for de ulike tjenestene i kommunen, ikke gjelder for rustjenesten. Dette kommer ikke frem i kommunens håndbok om IP og koordinator. Kommunen bør vurdere å ha et felles system for hvordan det skal jobbes med IP og koordinatorene. IP bør også formaliseres etter lovverkets intensjon, først og fremst for å sikre brukeren trygghet om kvalitet og likebehandling.

For det andre oppgis det at IP er for omfattende og arbeidskrevende. Det oppgis også at brukeren selv oppfatter IP som mye jobb og som «skummelt». Her bør det være de ansatte i kommunens oppgave å fremstille IP på en måte som gjør at brukeren som har krav på IP kan vurdere dette på

riktig grunnlag. Revisjonen vil understreke at det er brukernes behov som skal ligge til grunn for bruken av IP, ikke enkeltmedarbeideres holdninger eller tidsressurser.<sup>43</sup>

For det tredje oppgis det at mangel på opplæring fører til at IP brukes i mindre grad. Revisjonen mener det er viktig å trygge de ansatte i koordinatorrollen samt i arbeidet med IP, slik at brukerens behov ivaretas på best mulig måte, og ifølge lovkrav.

### **Koordinerende enhet**

Revisjonen vurderer at koordinerende enhet ikke fungerer fullt ut etter lovkravet. Årsaker som undersøkelsen peker på er manglende opplæring, lite samarbeid med Bolig, rus og psykisk helse samt mangelfullt system for registrering av behov for IP.

Når det gjelder opplæring oppgis det at det er mangel på kapasitet i Koordinerende enhet til å få gjennomført dette. Som nevnt over er det viktig å se til at tilfredsstillende opplæring skjer slik at de ansatte blir trygge i koordinatorrollen og i arbeidet med IP.

Det oppgis også at det er lite samarbeid mellom enheten og Bolig, rus og psykisk helse. Det kan tenkes at noe mer samarbeid mellom disse kan være hensiktsmessig da få av de ansatte i spørreundersøkelsen kjenner til hva Koordinerende enhet er og hva slags oppgaver enheten har. Spørreundersøkelsen tyder også på at en majoritet ikke kjenner til hva som er enhetens hensikt. Revisjonen mener at det er viktig at kommunen synliggjør Koordinerende enhet og dens oppgaver for de ansatte som jobber med personer med rus- eller psykiske helseproblemer, slik at man på best mulig vis sikrer at disse brukerne får de tjenestene de har behov for.

Revisjonen mener kommunen bør få på plass en ordning for registrering av tjenestene om IP og koordinator slik at Koordinerende enhet på enklest mulig måte kan skaffe seg oversikt over hvem som får disse tjenestene.

## **7.2 Tildeling av tjenester – (enkelt)vedtak**

Revisjonen har undersøkt hvordan kommunen sikrer at det fattes vedtak på tjenester i henhold til lovens krav.

### **Revisjonskriterium**

Kommunen skal ha systemer som sikrer at det blir fattet (enkelt)vedtak etter lovens krav, herunder skal det være avklart hvem som har ansvar og myndighet og det skal være rutiner for saksbehandling, innhold og hjemmel

---

<sup>43</sup> Revisjonen viser også til veiledningsplikten som følger av lov 10.2.1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker § 11.

### **Ansvar og myndighet**

Revisjonen vurderer at kriteriet ikke fullt ut er oppfylt. Hvem som har ansvar og myndighet til å fatte enkeltvedtak synes å være avklart i praksis, men tydelig og skriftlig delegering av ansvar og myndighet til å fatte vedtak er ikke på plass, jf. kommuneloven §§ 6 og 23 nr. 4.

Undersøkelsen viser at rådmannen er delegert myndighet fra kommunestyret til å fatte vedtak i medhold av særlov. Rådmannen har så videre delegert myndigheten til kommunaldirektørene. Videre delegering fra kommunaldirektør for helse og omsorg til ledere i sektoren er kjent blant de ansatte, basert på praksis og er i liten grad skriftliggjort. Det framgår videre av rapporten at ledere i virksomhet Bolig, rus og psykisk helse er delegert fag-, økonomi- og personalansvar direkte i sine lederavtaler. Skriftlig delegering av vedtaksmyndighet med lovhenviing til den enkelte særlov er ikke på plass. Revisjonen mener at dagens delegering av vedtaksmyndighet er for generell og at dette ikke kan sies å være tilfredsstillende. Delegering av vedtaksmyndighet skal følge en delegeringsrekke. Det er etter revisjonens oppfatning viktig at kommunen ferdigstiller dette arbeidet.

Innenfor rustjenesten i Avdeling for rus og psykisk helse fattes vedtak om tjenester av de ansatte i rustjenesten og avdelingsleder før vedtak godkjennes av virksomhetsleder for Samhandling og forvaltning som har vedtaksmyndigheten. For vedtak om botilbud ved samlokalisert bolig innenfor rustjenesten er vedtaksmyndigheten imidlertid ikke konsistent med dette. Revisjonen bemerker at et vedtak ikke er fattet før det er godkjent. Revisjonen bemerker at rutinene framstår som noe forvirrende på dette punkt og årsaken kan være at noe henger igjen fra tidligere rutiner og organisering. Revisjonen er kjent med at kommunen vil vurdere rutiner og arbeidsfordeling på nytt innenfor rusfeltet og mener kommunen<sup>44</sup> må se nærmere også på vedtaksmyndighet innenfor rustjenesten.

### **Rutiner for saksbehandling**

Revisjonen vurderer at kriteriet i stor grad er oppfylt. Kommunen har skriftlige rutiner for saksbehandling. Revisjonen mener likevel at retningslinjer, rutiner og vedtaksmaler om bolig og tjenester bør inngå i en helhet i den gjennomgangen som kommunen nå står foran.

Felles for rutinene i begge virksomheter er at de sier noe om innholdet i saksbehandlingen og tjenestetilbudet, og både rutiner og vedtaksmaler inneholder opplysninger om hjemmel og klageadgang. Dette er positivt og det er også positivt at virksomhet Samhandling og forvaltning nå er i gang med å oppdatere retningslinjene sine og at virksomhet Bolig, rus og psykisk helse står foran en gjennomgang av arbeidsfordeling m.m.

Det er imidlertid enkelte svakheter og utfordringer.

---

<sup>44</sup> I forbindelse med høringen har kommunen sagt at «[d]agens ordning for vedtak på rusfeltet ivaretar muligheten for en grundig kartlegging og oppstart av relasjonsarbeid i et tidlig stadie. Informasjon som deles her blir også brukt i fremtidige søknader til spesialisthelsetjenesten. Ordningen med at Mu fungerer som oppdragsgiver tydeliggjør arbeidet med evaluering av vedtak, har det fungert? Er målsettingen nådd? Skal det fortsette? Hva vil skje hvis tjenesten opphører?»

I et internkontroll-perspektiv er det ikke tilfredsstillende at rutineene i avdeling Bolig, rus og psykisk helse i liten grad inneholder noe om hvem som har godkjent rutineene og når de skal gjennomgås neste gang.

Revisjonens undersøkelser viser at bruk av ulike kartleggingsverktøy og tilnæringsmåter kan være en utfordring, men det fortelles i intervjuer at samarbeid i faste møter avhjelper dette på en bedre måte nå enn tidligere. Undersøkelsen viser videre at rutiner, retningslinjer og vedtaksmaler som gjelder tilbud om tjenester og bolig innenfor rusfeltet ikke inngår i en helhet med felles rutiner, retningslinjer og vedtaksmaler for hele psykisk helse og rusfeltet innenfor helse- og omsorg i kommunen.

Vurdering og tildeling av IP skjer i forskjellige virksomheter innenfor helse- og omsorgstjenesten. Revisjonens undersøkelse indikerer at det kan være behov for bedre samordning av krav til saksbehandling og overprøvningsmuligheter når det gjelder individuell plan.

Når det gjelder individuell plan og mulighetene for å klage ble det foretatt endringer i klagereglene da stortinget vedtok helse- og omsorgstjenesteloven. Retten til individuell plan ble da tatt inn i pasient- og brukerrettighetsloven sammen med klagerettigheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Klageadgangen omfatter mer enn rett til å påklage avslag på individuell plan. Det kan for eksempel klages på manglende brukermedvirkning i utarbeidelse av planen. Når plan er utarbeidet, kan det også klages dersom krav til innhold som følger av forskriften, ikke er oppfylt. Malen Samhandling og forvaltning bruker for å gi positivt svar på henvendelser om individuell plan, inneholder ikke opplysninger om klageadgang. Håndboken om individuell plan omtaler bare muligheten for å klage over avslag på IP. Revisjonen mener at kommunens håndbok og mal må gjenspeile alle sider ved klageretten på IP.

Revisjonen viser at Koordinerende enhet fatter vedtak om individuell plan og koordinator, med unntak for rusfeltet. I håndboken som kommunen utarbeidet om individuell plan i 2012 heter det at Koordinerende enhet tar i mot alle henvendelser om dette, saksbehandler og gir skriftlig vedtak eller avslag til bruker. Revisjonen gjør oppmerksom på at formålet med koordinerende enhet er å bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tjenestetilbud. Det er ikke et lovkrav at koordinerende enhet skal ta imot søknader og saksbehandle disse.

### **7.3 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 tre revisjonskriterier.

For det første har vi undersøkt kommunens arbeid med å legge til rette for samarbeid både internt i kommunen og opp mot spesialisthelsetjenesten. Revisjonen konkluderer med at kommunen i ganske stor grad sikrer dette. Kommunen har et system som legger til rette for samarbeid, både internt og opp mot eksterne samarbeidspartnere. Det er imidlertid et potensial for forbedring, særlig gjelder dette i samarbeidet med Nav og spesialisthelsetjenesten.

For det andre har vi sett på om kommunestyret har vedtatt samarbeidsavtale med Ahus, noe de har gjort. Det er også nylig vedtatt retningslinjer for samarbeid spesifikt for området psykisk helse og rus. 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 det, tilbys en individuell plan og en koordinator, samt om kommunen har en koordinerende enhet. Kommunen benytter i liten grad individuell plan som et verktøy i oppfølgingen av den enkelte bruker. Lovgiver har ment at individuell plan er et viktig verktøy, både for å sikre brukermedvirkning og et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Revisjonen mener kommunen bør vurdere å øke bruken av individuelle planer i sin oppfølging av brukerne innenfor feltet psykisk helse og rus.

Når det gjelder spørsmålet om hvordan kommunen sikrer at det fattes vedtak på tjenester etter lovens krav, har vi sett på om det er avklart hvem som har ansvar og myndighet og om kommunen har rutiner for saksbehandling, innhold og hjemmel. Revisjonen konkluderer med at kommunen har noen svakheter her. Hvem som har ansvar og myndighet til å fatte enkeltvedtak synes å være avklart i praksis, men tydelig og skriftlig delegering av ansvar og myndighet til å fatte vedtak er ikke på plass, jf. kommuneloven §§ 6 og 23 nr. 4. Kommunen har skriftlige rutiner for saksbehandling, men rutiner og maler er utdatert og bør gjennomgås. Det er positivt at kommunen allerede er i gang med et arbeid på dette området, både når det gjelder delegering og gjennomgang av arbeidsfordeling og rutiner.

### 7.4 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 NAV) 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.
- Kommunen bør sørge for å fullføre arbeidet med oppdatering av delegering av vedtaksmyndighet, rutiner og maler for saksbehandling innenfor psykisk helse og rus i helse og omsorg.

## LITTERATUR- OG KILDEOVERSIKT

### Lover og forskrifter

- Lov av 2.10.1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven).
- Lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighets-loven).
- 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 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Forskrift av 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (forskrift om habilitering og rehabilitering).
- Forskrift av 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene (forskrift om fastlegeordning i kommunene)

### Proposisjoner

- Prop.91L (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. meld. 29 (2012-2013) Melding til Stortinget. *Morgendagens omsorg.* Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.

### Andre litteratur- og kildehenvisninger

- Ahus. *Akershus universitetssykehus.* 19 mars 2015.  
[http://www.ahus.no/omoss\\_/avdelinger\\_/psykiske-helsevern\\_](http://www.ahus.no/omoss_/avdelinger_/psykiske-helsevern_) (funnet april 30, 2015).
- Ahus, kommuner på Romerike, Campus Kjeller. «norsk helsenett SF.» *nhn.no.* 20 mars 2012.  
<https://www.nhn.no/sok/Sider/default.aspx?k=veileder%20for%20implementering%20av%20pleie-%20og%20omsorgsmeldinger> (funnet april 30, 2015).
- Akershus universitetssykehus. *ahus.no.* 9 januar 2012.  
[http://www.ahus.no/omoss\\_/avdelinger\\_/lillestrom-distriktpsikiatriske-senter-lillestrom-dps\\_/for-fagfolk\\_/Sider/behandlingstilbud.aspx](http://www.ahus.no/omoss_/avdelinger_/lillestrom-distriktpsikiatriske-senter-lillestrom-dps_/for-fagfolk_/Sider/behandlingstilbud.aspx) (funnet april 30, 2015).
- . *ahus.no.* 10 oktober 2014. [http://www.ahus.no/omoss\\_/avdelinger\\_/rus-og-avhengighet\\_/Sider/enhet.aspx](http://www.ahus.no/omoss_/avdelinger_/rus-og-avhengighet_/Sider/enhet.aspx) (funnet april 30, 2015).
- . *ahus.no.* 5 mars 2015. [http://www.ahus.no/omoss\\_/avdelinger\\_/akuttpsykiatri\\_/Sider/enhet.aspx](http://www.ahus.no/omoss_/avdelinger_/akuttpsykiatri_/Sider/enhet.aspx) (funnet april 30, 2015).
- Bernt, Jan Fridthjof, og Oddvar Overå. *Kommuneloven med kommentarer.* Oslo: Kommuneforlaget AS, 2011.
- Boligkontoret. *Informasjon til styrene i borettslag og sameier om kommunale boliger.* Lørenskog, 2012.

- Folkehelseinstituttet. «Ulike psykiske plager og lidelser.» *www.fhi.no*. 25 mars 2015.  
<http://www.fhi.no/artikler/?id=104092> (funnet 04 30, 2015).
- Grimstad, Kyrre, og Siri Halvorsen. *Forvaltningsloven i kommunene - Veiledning og kommentarer*. Oslo: Kommuneforlaget, 2011.
- Helhetlig pasientforløpsavtale. «samhandlingskontoret.no.» 2012.  
<http://samhandlingskontoret.no/index.php?pageID=146> (funnet april 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.
- Helsedirektoratet. *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Veileder IS-2076, Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
- 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.
- Kjellevoll, Alice. *Retten til individuell plan og koordinator*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2013.
- Lørenskog kommune. «Helse- og omsorgsplan 2015-2026.» Plandokument, Lørenskog, 2014.  
—. *lorenskog.kommune.no*. 08 september 2014.  
<https://www.lorenskog.kommune.no/nyheter/boligkontoret-forst-ut-pa-romerike-med-egen-markedskontakt.35223.aspx> (funnet april 20, 2015).
- Overordnet samarbeidsavtale. «samhandlingskontoret.no.» 2012.  
<http://samhandlingskontoret.no/index.php?pageID=146> (funnet mai 8, 2015).
- Rambøll . *Housing first - muligheter og hinder for implementering i Norge*. Sluttrapport, Oslo: Husbanken, 2012.
- Samhandlingskontoret - retningslinjer for samarbeid. «samhandlingskontoret.no.» desember 2014.  
[http://samhandlingskontoret.no/files/2014/12/retningslinje\\_psyk-rus\\_nedre\\_romerike.pdf](http://samhandlingskontoret.no/files/2014/12/retningslinje_psyk-rus_nedre_romerike.pdf) (funnet april 30, 2015).



## FIGURLISTE

Figur 1 Kommunens administrative organisering .....	10
Figur 2 Organisering - Helse- og omsorgssektoren .....	11
Figur 3 Organisasjonskart Bolig, rus og psykisk helse .....	12
Figur 4 Organisasjonskart Samhandling og forvaltning .....	15
Figur 5 Organisasjonskart Helsefremmende og forebyggende tjeneste .....	17
Figur 6 Modell – strategier og nivåer .....	20
Figur 7 Samarbeid internt i Bolig, rus og psykisk helse .....	35
Figur 8 Samarbeid med Mottaks- og utredningskontoret.....	38
Figur 9 Samarbeid med NAV .....	41
Figur 10 Samarbeid med Helsefremmende og forebyggende tjeneste .....	47
Figur 11 Samarbeid med Hjemmetjenesten .....	48
Figur 12 Samarbeid med Bolig, rus og psykisk helse .....	51
Figur 13 Samarbeid med fastlegene .....	53
Figur 14 Organisasjonskart Ahus, divisjon psykisk helsevern .....	54
Figur 15 Rutiner for samarbeid .....	62
Figur 16 Ansvars- og rolleforståelse.....	64
Figur 17 Likeverdig samarbeid.....	66
Figur 18 IP, koordinator og ansvarsgruppemøter .....	68
Figur 19 Tilbud om IP.....	69
Figur 20 Kjennskap til rutiner for IP .....	70
Figur 21 Kjennskap til koordinerende enhet.....	73
Figur 22 Om koordinerende enhet fungerer etter hensikten .....	74

# VEDLEGG: RÅDMANNENS HØRINGSSVAR

## Lørenskog kommune



Romerike Revisjon IKS  
Ringveien 4  
2050 JESSHEIM

Saksbehandler: Gry Røste

Direkte telefon: 67 93 46 28

Deres ref.:

Vår ref.: 15/6595 - 1/15/26728

Klassering:

Dato: 08.06.2015

### Svarbrev - Forvaltningsrevisjonsrapport Psykisk helse og rus

Viser til mottatt forvaltningsrapport til høring av 27.05.15 med svarfrist 09.06.15.

Rådmannen vil i dette svarbrevet gi en tilbakemelding på rapportens innhold, samt hvorledes kommunen vil følge opp de anbefalingene som revisjonen kommer med. Når det gjelder innspill på faktafeil og endringer i teksten er dette oversendt revisjonen i to e-poster 07.06 og 08.06.15.

Formålet med revisjonen har vært og undersøke om kommunen sikrer at pasienter/brukere 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 de med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet og hvordan dette er organisert.

Videre har formålet vært å undersøke hvordan kommunen sikrer at det fattes vedtak på tjenester etter lovens krav.

Rådmannen er positiv til at det nå settes fokus på området, psykisk helse og rus, gjennom at revisjonen gjennomfører forvaltningsgjennomgang av feltet i flere kommuner. Dette vil gjøre kommunene bedre i stand til å sikre at innbyggere med helseutfordringer på dette området får den oppfølging og bistand de har behov for, og krav på etter loven. Spesielt viktig er dette også med tanke på samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Det er et omfattende arbeid som ligger til grunn for rapporten. Både gjennom oversendte dokumenter, samt gjennomført spørreundersøkelse og dybdeintervjuer av ansatte i berørte virksomheter.

Rådmannen mener at revisjonen har gjort et meget godt og grundig arbeid, og at rapporten gir et troverdig og godt bilde av status på psykisk helse- og rusfeltet i kommunen i forhold til de områdene revisjonen har satt fokus på. Gjennomgangen viser i hovedtrekk at Lørenskog kommune har



Helse og omsorg, Bolig, rus og psykisk helse

Festplassen 1, Postboks 304, 1471 Lørenskog. Telefon 67 93 40 00, Faks: 67 98 98 03, Org.nr.: 842 566 142 (mva)  
postmottak@lorenskog.kommune.no, www.lorenskog.kommune.no

organisert de berørte tjenestene på en hensiktsmessig og effektiv måte, og at brukerne får et godt tilpasset og helhetlig tilbud. Likevel fremkommer det fire anbefalinger som rådmannen mener det er grunnlag for å arbeide videre med. Dette gjelder:

- *Kommunen bør vurdere ytterligere tiltak som styrker det lovpålagte og nødvendige samarbeidet både innad i kommunen (inklusive NAV) og opp mot spesialisthelsetjenesten.*
- Rådmannen er glad for at revisjonen fremhever at ledere og medarbeidere i kommunen har et sterkt fokus på nødvendigheten av samarbeid internt og eksternt for å sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud med god kvalitet. Dette er også godt forankret i kommunens planverk, blant annet i Helse- og omsorgsplan 2015-26. Det er lagt til rette for mange møteplasser og rutiner for samhandling, noe også revisjonen understreker som svært viktig. Likevel er det etter revisjonens syn også rom for forbedringer. Dette knyttes særlig til samarbeidet med NAV generelt og samarbeidet mellom virksomhetene Samhandling og forvaltning og Bolig, rus- og psykisk helse. Forbedringspunktene gjelder avklaring av roller og samarbeidet i særlig krevende og sammensatte saker.
- Når det gjelder samarbeidet med det regionale helseforetaket i helseregionen har Lørenskog kommune sammen med de andre kommunene på Nedre Romerike inngått en lovpålagt samarbeidsavtale. I tillegg inngikk kommunen i 2014, i samarbeid med de andre kommunene på Nedre Romerike, retningslinjer for samarbeidet med DPS/ARA og sykehusavdelingene i Divisjon psykisk helsevern AHUS innenfor psykisk helse og rusfeltet. Bakgrunnen for dette var et behov for å forplikte partene i pasientsamarbeidet ytterligere. Rådmannen ser at revisjonen vurderer at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten fungerer greit i det daglige, men at det er knyttet noen utfordringer til å få spesialisthelsetjenesten «på banen» i vanskelige akutte saker. Det oppgis at spesialisthelsetjenesten ikke kjenner godt nok til kommunens tjenester på området, og at det fra kommunens side oppleves å være faglige uenigheter og mangel på likeverdighet i samarbeidsforholdet. Rådmannen mener at en her må bruke litt tid på å implementere de nye retningslinjene for samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. De nye retningslinjene legger opp til faste møter på ledernivå der en skal ta opp mangler og ting som ikke fungerer på systemnivå. I tillegg er det egne samhandlingsfora for saksbehandlere i vanskelige og sammensatte saker. Revisjonen peker også på behovet for et hensiktsmessig tilbud til akutt psykisk syke. Rådmannen arbeider med en sak som skal fremmes for kommunestyret etter sommeren som omhandler et botilbud som delvis vil dekket dette behovet. Likevel er dette et utfordrende område som spesialisthelsetjenesten og kommunen må løse sammen.
- *Kommunen bør sette inn tiltak som sikrer den enkeltes rett til individuell plan og koordinator i henhold til lovens intensjon og krav.*
- Etter loven skal kommunen ha et system som sikrer personer med langvarige og sammensatte behov tilbys en individuell plan og en koordinator. Kommunen skal også ha en koordinerende enhet. Rådmannen ser at revisjonen påpeker at individuell plan (IP) i liten grad benyttes til denne målgruppen, selv om rutiner for dette er på plass. Det oppgis ulike årsaker til dette. Blant annet at det er et omfattende og arbeidskrevende verktøy, usikkerhet blant de ansatte med tanke på rutiner og manglende opplæring og kompetansehevede tiltak. Rådmannen vil påse at arbeidet med Individuell plan intensiveres og at de ansatte gis nødvendig opplæring og kompetanse.

- *Kommunen bør sette inn tiltak som sikrer at koordinerende enhet fungerer etter forutsetningene i love, jf. Kapittel 7 i helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om habilitering og rehabilitering.*
- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen er pålagt et overordnet ansvar for arbeid med individuelle planer som gjelder tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunen har en koordinerende enhet som består av to koordinatore og en kreftkoordinator. Enheten er organisert under Samhandling og forvaltning. Rådmannen ser at revisjonen påpeker at denne funksjonen ikke fungerer godt nok i forhold til å ha oversikt og koordinere IP'er til innbyggere med psykisk helse- og rusproblemer. Dette kan ha sammenheng med at deres ansvarsområde har vært tydeligere definert mot koordinatorrollen for innbyggere med funksjons- og utviklingshemninger. Rådmannen vil påse at koordinerende enhets rolle og funksjon avklares nærmere med tanke på å inkludere også de med IP'er innenfor området psykisk helse og rus.
- *Kommunen bør sørge for å fullføre arbeidet med oppdatering av delegering av vedtaksmyndighet, rutiner og maler for saksbehandling innenfor psykisk helse og rus i helse og omsorg.*
- Rådmannen er kjent med at kommunen har svakheter når det gjelder skriftliggjøring av delegasjoner. Dette er imidlertid ett av områdene som det vil bli jobbet med i forbindelse med et sektorovergripende internkontrollprosjekt, som ble satt i gang i januar 2015. Helse og omsorgssektoren er likeledes i gang med å revidere rutiner og maler for flere områder, slik revisjonsrapporten også viser til. Rådmannen vil sørge for at dette arbeidet slutføres.

Rådmannen vil be om at det legges frem en sak for kommunestyret i løpet av høsten 2015 som beskriver hvordan Helse- og omsorgssektoren vil tilpasse og utvikle tjenestene slik at anbefalingene kan tas til følge med tanke på å skape et enda bedre helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Med hilsen

Ragnar Christoffersen  
rådmann

Gry Røste  
kommunaldirektør  
Helse- og omsorg

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur.

