

SAMMENSTILLINGSNOTAT

**PSYKISK HELSE OG RUS. ET HELHETLIG OG
KOORDINERT TILBUD.**

RÆLINGEN, SKEDSMO, LØRENSKOG, ULLENSAKER

DESEMBER 2015

Forord

Etter bestilling fra kontrollutvalgene i hhv. Rælingen, Skedsmo, Lørenskog og Ullensaker har revisjonen gjennomført forvaltningsrevisjon av kommunenes arbeid med å sikre et helhetlig og koordinert tilbud til personer som har psykiske vansker/lidelser og/eller rusproblemer. Samtlige fire kommuner har mottatt hver sin rapport med resultater for sin kommune, og som kontrollutvalgene har behandlet og videresendt til kommunestyrene for behandling der.

Etter ønske fra kontrollutvalgene i de samme kommunene har revisjonen utarbeidet dette notatet som sammenligner de fire kommunene når det gjelder arbeidet med å sikre et helhetlig og koordinert tilbud.

Undersøkelsene revisjonen har gjort viser at de fire kommunene i stor grad står overfor mange av de samme utfordringene. Målet med notatet er derfor å formidle, primært til kontrollutvalgene og administrasjonen i de fire kommunene, det revisjonen mener er fellestrekk og gjennomgående utfordringer. Revisjonen ønsker i denne sammenheng også å peke på at det kan være grunn til å tro at flere av kommunene på Romerike har tilsvarende utfordringer på dette området, og håper at notatet således kan bidra til læring også for disse.

Notatet er basert på utdrag av de funn og vurderinger som er gjort i de fire rapportene, og har derfor ikke ambisjoner om å gjengi et helhetlig bilde av undersøkelsene som er gjort i den enkelte kommune.

Jessheim, 2. desember 2015



Oddny Ruud Nordvik
avdelingsleder forvaltningsrevisjon og
selskapskontroll

INNHold

1 Innledning	1
2 Tilbud og organisering	3
2.1 Om brukergruppen	3
2.2 Om tjenestetilbudet	3
2.3 Organisering	4
3 Hvordan legges det til rette for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?	7
3.1 Samarbeid fagtjenesten – tjenestekontorene	7
3.2 Samarbeid med NAV	8
3.3 Samarbeid med fastlegene og kommuneoverlege	9
3.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	10
4 Individuell plan og koordinator	13
4.1 Individuell plan (IP)	13
4.2 Koordinator	15
4.3 Koordinerende enhet	16
4.4 Revisjonens anbefalinger	17

1 INNLEDNING

Kontrollutvalgene i Rælingen, Skedsmo, Lørenskog og Ullensaker bestilte forvaltningsrevisjon innenfor tjenesteområdet «Psykisk helse og rus» i 2014.

Personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet har ofte behov for tjenester fra ulike deler og sektorer i hjelpeapparatet, ofte samtidig. Kommunene 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. Det stilles også krav til at personer med langvarige og sammensatte tjenester skal få tilbud om individuell plan og/eller koordinator. I tillegg stilles det krav til at kommunens skal ha en koordinerende enhet.

Formålet med de gjennomførte revisjonene har vært å undersøke om kommunene har systemer som sikrer at brukere/pasienter med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tilbud. I tillegg har undersøkelsene gitt informasjon til kontrollutvalget om hvilket tilbud kommunene har til denne brukerguppen.

Undersøkelsene har variert noe etter hva som har vært det enkelte kontrollutvalgs bestilling til revisjonen. Følgende to problemstillinger har imidlertid vært felles i alle fire kommunene.

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 kommunen at pasienter eller brukere med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?

2 TILBUD OG ORGANISERING

2.1 Om brukergruppen

Brukergruppen som undersøkelsen handler om er sammensatt og spenner fra de med lette psykiske vansker og som kun trenger kortvarig hjelp fra kommunen, til personer med komplekse psykiske lidelser og tunge rusproblemer. En del har også kombinerte lidelser, dvs. en kombinasjon av rusavhengighet og psykiske lidelser, såkalte ROP-lidelser. Dette er personer som trenger bistand og hjelp fra kommunen over lengre tid, mange livet ut. Ofte er dette også brukere som mottar behandling hos spesialisthelsetjenesten. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten er derfor helt sentralt.

2.2 Om tjenestetilbudet

Mens spesialisthelsetjenestens oppgave er behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser/og eller i kombinasjon med alvorlig rusavhengighet/rusmisbruk, jobber kommunen med forebygging, motivering, rehabilitering, skadereduksjon og ettervern. I alle kommunene er man opptatt av at det er brukeren selv som er den viktigste aktøren i arbeidet og at endring og bedring i egen livssituasjon er avhengig av brukeren selv. Målet med kommunens tjenester er at brukerne skal styrkes i å ta vare på egen helse, egne ressurser og unngå utvikling eller forverring av sykdom.

Revisjonen har i hver av rapportene redegjort for de ulike tilbudene kommunene har til personer med psykiske vansker og/eller rusavhengighet¹. Alle kommunene har lavterskeltilbud som f.eks. ressurscenter (møteplasser med tilbud om sosialt samvær og ulike aktiviteter) og tilbud om kurs (for eksempel depresjonsmestringskurs, stressmestring), støttesamtaler i tillegg til at de yter praktisk bistand/opplæring til å mestre ulike oppgaver i dagliglivet. Slik oppfølging skal bistå brukerne i å mestre eget liv, gi praktiske ferdigheter, samt forebygge utkastelser fra bolig, isolasjon og ensomhet.

Alle kommunene har egne tilbud/opplegg for gravide rusmisbrukere og alle har lovpålagt oppfølging av LAR-brukere (legemiddelassistert rehabilitering). I tillegg kommer tilbudet som gis gjennom fastlegeordningen, legevakt, NAV, hjemmetjenesten, boligjenester m.m.

Mange av de med psykiske og/eller rusutfordringer har behov for kommunal bistand til bolig. En del brukere bor i vanlige kommunale boliger, andre bor i boliger for rusavhengige eller psykiske syke. Her skiller kommunene seg fra hverandre når det gjelder typen tilbud. Lørenskog, Skedsmo og Ullensaker har døgnbemannede boliger, Rælingen hadde på revisjonstidspunktet ikke dette. Da

¹ Revisjonen har ikke undersøkt hvor mye ressurser kommunen bruker på dette området eller hvordan brukergruppen prioriteres økonomisk. VI har heller ikke undersøkt ventetider på bolig eller andre tilbud.

revisjonen fant sted hadde Rælingen imidlertid et bemannet tilbud på dagtid til psykisk syke/rusavhengige (Norumlia). For øvrig skiller Ullensaker seg ut ved at de har en egen alderspsykiatrisk avdeling (Blåveiskroken) under PRO Jessheim Øst.

Lørenskog har etablert en boligstrategi basert på det som kalles «housing-first» modellen. Modellen baserer seg på at bolig er en menneskerett og innebærer at bostedsløse skal tilbys bolig og tverrfaglig oppfølging over tid og bidra til stabilitet og bedret livskvalitet. Modellen innebærer også at brukers medbestemmelse i valg av bolig står sentralt.

I alle kommunene har NAV et ansvar for å sørge for et boligtilbud i akutte situasjoner. Ofte er det hospits som da benyttes.

2.3 Organisering

Kommunene har samlet mange av tilbudene til denne brukergruppen i en avdeling/virksomhet.

- I Rælingen er tilbudene samlet i Avdeling psykisk helse og rus under enhet Hjemmebaserte tjenester.
- I Skedsmo er tilbudene organisert i Avdeling for psykisk helse og rus under kommunaldirektør for Helse- og sosialsektoren. Avdelingen er videre inndelt i underavdelinger/tjenester.
- I Lørenskog er tilbudene organisert i virksomhet Bolig rus og psykisk helse, som ligger under kommunaldirektør for Helse- og omsorgssektoren. Virksomheten er videre inndelt i fire avdelinger. I tillegg har Lørenskog en egen avdeling, Forbyggende psykisk helsetjeneste (FPH voksenteamet) som jobber med forebyggende psykisk helsearbeid og klinisk oppfølging til voksne (over 18 år) som har lette til moderate psykiske helseproblemer. Tilbudet er et korttidstilbud etter prinsippet «raskt inn- raskt ut». Kommunen deltar også i pilotprosjektet «rask psykisk helsehjelp. Tjenestene i FPH er organisert under virksomhet Helsefremmende og forebyggende tjeneste.
- I Ullensaker er tilbudene samlet i enhet for Helsevern hvorav avdelingene Psykisk helsevern og Rus og avhengighet er de mest sentrale for denne brukergruppen. Enheten ligger under kommunaldirektør Helse og sosial.

Kommunene har så langt revisjonen kan se organisert tjenestene til brukergruppen nokså likt. Kjernetjenestene (vi tenker da på tjenester spesielt knyttet til oppfølging) er organisert i en felles overordnet avdeling/virksomhet/enhet. Lørenskog skiller seg ut ved at kommunal boligforvaltning er organisert sammen med disse tjenestene. I Ullensaker ligger også legevakten og fengselshelsetjenesten inn under samme enhet.

Alle kommunene har et eget tildelingskontor som utreder behov for tjenester og fatter vedtak på helse- og omsorgstjenester.

Tjenestekontor og fagtjeneste

Alle de fire kommunene har et eget kontor som **utredet og tildeler** tjenester innen helse- og omsorgssektoren. I Rælingen og Skedsmo kalles kontoret for Tjenestekontoret. I Lørenskog har man kalt kontoret for Mottak- og utredningskontoret, mens det i Ullensaker heter Tildelingsenheten. Når vi i notatet skriver om denne type kontor generelt bruker vi betegnelsen «Tjenestekontor».

Det vi kaller for **fagtjenesten** er de som utfører tjenestene. I alle kommunene er det et samarbeid mellom kontoret som utredet og tildeler tjenester og de som utfører tjenestene.

Når det gjelder tjenester innen rus og psykisk helse varierer det i hvilken grad og hvilke tjenester som utredes av tildelingskontorene og hvorvidt det er tildelingskontoret eller fagtjenesten som har vedtaksmyndigheten. I Ullensaker tildeles bruker tjenester i Avdeling psykisk helsevern, men det fattes ingen vedtak. Alle kommunene har diverse lavterskeltilbud som ikke krever vedtak. Her går henvendelsene til fagtjenestene uten saksbehandling og vedtak. På enkelte tjenester er det likevel ventetid.

I Rælingen utredes behov for tjenester av tjenestekontoret, mens vedtak besluttes i et felles vedtaksmøte med deltagere både fra tjenestekontoret og fagtjenesten.

I Lørenskog utredet rustjenesten behov for tjenester til den enkelte bruker selv, mens Mottak og utredningskontoret godkjenner vedtakene. Øvrige tjenester utredes og vedtak fattes av Mottak og utredning.

I Skedsmo fatter Tjenestekontoret vedtak om tjenester fra Ambulerende team, Hjemmetjenesten, samt at de fatter vedtak om institusjonsplass. Ellers fattes ingen vedtak for de tjenestene som defineres som lavterskeltilbud (avdelingene Psykisk helseteam og Stillverksveien ressurscenter).

I Ullensaker har fagtjenestene ansvaret for både utredning og tildeler tjenester. Søknad om opphold i psykiatrisert vurderes av Tildelingsenheten som har vedtaksmyndigheten. Ullensaker har satt ned en prosjektgruppe som jobber ut i fra et mandat om at Tildelingsenheten skal overta utrednings- og vedtaksmyndigheten for alle tjenestene.

Flere av de ansatte som revisjonen har intervjuet peker på at det er flere fordeler med å samle alle oppgavene knyttet til utredning og vedtak til et tildelingskontor fremfor å ha dette spredt på flere tjenester. Det trekkes blant annet frem at dette

- sikrer objektiv, lik vurdering og riktig tildelt tjeneste
- sikrer et helhetlig og koordinert tilbud til brukeren da tildelingskontorene har oversikt over hva de ulike brukerne har av andre tjenester fra kommunen, kjennskap til brukerens «historie» i tjenesteapparatet osv.
- unngår risikoen for å gi «doble» tjenester
- positivt for brukeren å ha «en vei inn».

3 HVORDAN LEGGES DET TIL RETTE FOR ET HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD?

Revisjonen har undersøkt i hvilken grad kommunene *sikrer* at pasienter eller brukere med psykiske vansker og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Revisjonen har undersøkt dette ved å gjennomgå de systemer kommunene har for samarbeid, både internt og opp mot spesialisthelsetjenesten. En gjennomgang av kommunenes bruk av individuell plan/koordinator og koordinerende enhets funksjon har vært en del av undersøkelsen, da dette er sentrale virkemidler for å sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Til slutt har vi undersøkt hvordan ansatte som er involvert i arbeid innenfor området psykisk helse og rus, *opplever* at samarbeidet fungerer.

Det er mange aktører som er involvert i samarbeidet rundt brukeren. I tillegg til fagtjenestene, tildelingskontorene, fastlegene og spesialisthelsetjenesten er NAV, boligkontor, barnevern og hjemmetjeneste viktige bidragsyttere i tjenestetilbudet til bruker. I dette notatet ser vi spesielt på samarbeidet mellom fagtjenestene, tildelingskontorene, NAV, fastleger og spesialisthelsetjenesten.

3.1 Samarbeid fagtjenesten – tjenestekontorene

Samarbeidet mellom tjenestekontorene og fagtjenestene er tett, særlig der hvor tjenestekontoret har ansvaret for utredning og vedtaksmyndighet. I Ullensaker er det noe mindre samarbeid ettersom det foreløpig er fagtjenestene som har ansvaret for utredning og vurdering av om tjenesten skal tilbys og omfanget av disse.

Alle understreker viktigheten av et godt samarbeid mellom fagtjenesten og tjenestekontorene for å gi brukeren et mest mulig riktig og godt tilbud. Det trekkes frem at et tett samarbeid er spesielt viktig ettersom dette er en kompleks brukergruppe med sammensatte behov og med behov for tjenester fra flere, både internt i kommunen og eksternt. Tjenestekontorene er et viktig kontaktpunkt både opp mot fastlegene og spesialisthelsetjenesten, i tillegg til at de fungerer som mottakspunkt for PLO-meldinger² om utskrevne pasienter.

Samarbeidet mellom fagtjenesten og tjenestekontoret er organisert på ulike måter.

I **Rælingen** er det faste vedtaksmøter hvor man sammen går gjennom nye saker og fatter vedtak om tjenester. Evaluering av vedtak skjer i faste flytmøter. I tillegg er det et eget vedtaksteam som innstiller til vedtak om kommunal utleiebolig og tildeler bolig etter hvert som det blir ledige boliger. I disse møtene deltar i tillegg til fagtjenesten og tjenestekontoret, NAV og eiendomsenheten (boligsosial konsulent).

² Elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger.

I **Lørenskog** diskuteres nye saker og oppfølging som angår psykisk helse i de månedlige fagmøtene. I tillegg er det et månedlig tildelingsmøte hvor ledige boliger tildeles (etter hvert som de blir ledige), de som har fått vedtak. I tillegg til fagtjenesten (Bolig, rus og psykisk helse) og Mottaks- og utredningskontoret, deltar også NAV og flyktningetjenesten.

I **Skedsmo** deltar Tjenestekontoret på Ambulerende teams månedlige samarbeidsmøter. I tillegg deltar de annenhver uke på inntaksmøter i Psykisk helseteam, selv om det er Psykisk helseteam selv som mottar henvisninger og vurderer inntak.

I **Ullensaker** er det samarbeid mellom fagtjenesten og Tildelingsenheten i forbindelse med saker om kjøp av plasser og saker om tildeling av psykiatribolig. I forbindelse med sistnevnte er det telefonkontakt en gang i uken.

Det generelle inntrykket er at samarbeidet mellom disse to enhetene/tjenestene fungerer godt i alle kommunene.

- I Rælingen pekes det på at samlokalisering mellom fagtjeneste og tjenestekontor har bidratt til å senke terskelen for samarbeid
- I Rælingen understrekes viktigheten av gode tjenestebeskrivelser slik at tjenestekontor og fagtjeneste har samme oppfatning og forståelse av innholdet i de ulike tjenestene.
- I Lørenskog understrekes viktigheten av tydelige rolle- og ansvarsbeskrivelser - og at man trekker i samme retning i det arbeidet som gjøres.

3.2 Samarbeid med NAV

NAV trekkes frem som en viktig aktør i samarbeidet rundt brukere med psykiske helse- og rusutfordringer. Årsaken til dette er flere:

- Mange felles brukere og mange som er helt avhengig av tjenester fra NAV som økonomisk bistand og bolig.
- Uten ordnet økonomi og bolig oppleves det som vanskelig å kunne bistå brukere med rusproblem eller psykiske vansker.

Undersøkelsene viser at det i alle de fire kommunene er dels store utfordringer i samarbeidet mellom fagtjenesten for rus og psykisk helse og NAV. Gjennomgående viser undersøkelsene følgende³:

- Ansvars- og oppgavefordelingen oppleves til en viss grad som uklar. Hvem gjør hva i arbeidet med brukeren? Hvor slutter NAV sitt ansvar og hvor begynner fagtjenestens? Hva

³ De ulike funnene gjør seg i mer eller mindre grad gjeldende i alle kommunene.

er felles ansvar? Skal fagtjenesten drive med økonomisk veiledning, eller er det NAV sitt ansvar?

- Det er mangelfull kunnskap om hva som er NAV sitt mandat og tjenester og vice versa.
- Det uttrykkes en bekymring for at tjenestene kan fremstå som fragmenterte og lite koordinerte overfor brukeren.
- En generell mangel på fellesskapsfølelse og opplevelsen av å jobbe mot samme mål. Det pekes på at man «sitter på hver sin tue» og at det er mangel på respekt for hverandres arbeid og mandat. Det påpekes at det er viktig å se på hverandre som kollegaer og partnere. Generelt påpekes at det er et potensial for bedre utnyttelse av hverandres kompetanse og ressurser.
- Ansatte i NAV-kommune opplever at de ikke blir sett på som og/eller føler seg ikke som en del av kommunen.
- NAV-ansatte oppleves som lite tilgjengelige og vanskelige å få tak i på telefon.
- Det oppleves at det er mangel på faste kontaktpersoner.
- I noen kommuner påpekes at det er stor utskiftning av medarbeidere.

De som er intervjuet i undersøkelsen peker på flere forbedringsområder:

- Det etterlyses en mer helhetlig tankegang og at NAV og kommunen må samarbeide tettere og tidligere i oppfølgingen av brukerne.
- Ønske om mer kunnskap om hverandres tjenester og mer kjennskap til hverandre som medarbeidere.
- Ønske om et tettere, mer forpliktende og formalisert samarbeid, faste forpliktende møteplasser.
- Flere understreker viktigheten av kontinuitet og forutsigbarhet for brukergruppen (faste kontaktpersoner viktig, varierende om de har dette)
- Flere peker på at det stilles for store forventninger til NAV og at det er behov for å avklare hvilke forventninger som kan stilles til NAV, hva som er NAVs mandat osv. Det understrekes at det er forskjell på NAVs oppgaver i dag og før med «det gamle» sosialkontoret (før NAV-reformen).

3.3 Samarbeid med fastlegene og kommuneoverlege

Fastlegenes arbeid er en viktig del av det samlede helse- og rusarbeidet i kommunen. Fastlegen har ansvar for alt fra utredning, behandling og oppfølging av pasienter. Fastlegen har også ansvar for å henvise til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester etter behov. Samarbeidet mellom kommunen og fastlegene er regulert i fastlegeavtalen som administreres av kommuneoverlegen. Alle kommunene har faste, formelle møtepunkter mellom kommunen ved kommuneoverlegen og fastlegene.

Kommuneoverlegen trekkes frem som et viktig bindeledd mellom fagtjenesten i kommunen og fastlegene. Kommuneoverlegen er medisinskfaglig rådgiver og «kobles på» i vanskelige saker og

veileder om regelverk i flere kommuner. Han/hun er også en viktig ressursperson i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Det understrekes at kommuneoverlegen har en viktig rolle i å formidle informasjon om kommunens tjenester til fastlegene. De fleste er godt fornøyd med samarbeidet med kommuneoverlegen, men i Lørenskog etterlyses et tettere samarbeid med kommuneoverlegen.

Samarbeid mellom fagtjenestene og fastlegene foregår i enkeltsaker (på telefon, mail) i ansvarsgruppemøter og i LAR-møter⁴. Generelt oppleves samarbeid med fastlegene som godt, men med enkelte utfordringer.

- Fastlegene er presset på tid og jobber under et annet «regime» enn de ansatte i kommunen. Dette medfører f.eks. at det kan være vanskelig å få fastlegen til å delta i ansvarsgruppemøter. Dette får konsekvenser for tilbudet til den enkelte, prosesser trekker ut og «ting» tar lenger tid (dette gjelder også spesialisthelsetjenesten).
- Likevel får man stort sett til et samarbeid med fastlegene dersom man er «flink» til å tilrettelegge for dette. Det pekes på at god planlegging er essensielt.
- Flere peker på at samarbeidet dels er personavhengig og at engasjement i pasientene/brukerne varierer.
- Det pekes på at ikke alle fastleger kjenner godt nok til kommunens tilbud til brukergruppen.

3.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Målet om helhetlige og koordinerte tjenester forutsetter et tett og godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidet er regulert gjennom samarbeidsavtaler. I tillegg er det utarbeidet retningslinjer for hvordan samarbeidet skal foregå.

Revisjonens undersøkelser viser at det er mange utfordringer i samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og at utfordringene jevnt over er de samme. Det gis også uttrykk for mye frustrasjon hos medarbeiderne i kommunen når det gjelder samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Gjennomgående viser undersøkelsene at:

- Kommunens medarbeidere opplever at pasienter som blir skrevet ut fra Ahus ofte er sykere og mer krevende enn før. Det pekes på at kommunene ikke alltid er rustet til å ta ansvaret for disse og at det mangler både riktig boligtilbud, kompetanse og ressurser til å ivareta behovene til de aller sykeste (ofte kan dette være personer som spesialisthelsetjenesten vurderer som «ikke behandlingsbare»). Flere mener pasienter skrives ut for tidlig.

⁴ LAR står for legemiddelassistert rehabilitering.

- Det oppleves at det i mange tilfeller er uklarhet vedrørende ansvars- og oppgavefordeling i grensesnittet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.
- Det pekes på at spesialisthelsetjenesten i en del tilfeller instruerer kommunen, lover for mye på kommunens vegne, eller foreslår tjenester kommunen ikke har. Det understrekes at det er viktig at spesialisthelsetjenesten har god kjennskap til de ulike kommunenes tilbud. Flere påpeker at det er viktig at kommunene selv utarbeider og gjør tilgjengelig gode tjenestebeskrivelser.
- Noen medarbeidere opplever å bli møtt med en «ovenfra og ned holdning» fra spesialisthelsetjenesten.
- Flere peker på at det ofte kan være faglig uenighet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten om både diagnoser og hva som er det beste behandlingstilbudet for pasienten. Det kan også være faglig uenighet innad i spesialisthelsetjenesten, spesielt gjelder dette ROP-pasienter⁵. Denne brukergruppen blir regnet som særlig krevende å behandle og kan ofte «falle mellom to stoler» i behandlingstilbudet. Flere mener det er viktig at kommunen styrker sin forhandlingskompetanse. I dag brukes ofte kommuneoverlegen som en ressurs i slike situasjoner.
- Det oppleves også at man ikke alltid blir hørt, f.eks. hva gjelder behov for innleggelse. En av de som revisjonen har intervjuet sier det slik: «*Man må være en bulldoser for å få til noe*». Enkelte peker på at Ahus ikke alltid innhenter tilstrekkelig informasjon om pasienten til å kunne gjøre gode vurderinger.
- Flere mener akutt-tilbudet ved Distriktpspsykiatrisk senter (DPS) ikke et reelt akutt-tilbud og at det kan være vanskelig å få DPS til å rykke ut til de som er akutt psykisk syke. Det pekes på at DPS er bundet opp av avtaler og kun er åpent på dagtid. Flere uttrykker et ønske om et ambulerende team i regi av spesialisthelsetjenesten som kan «rykke ut» til pasientene ved akutt behov for hjelp.

⁵ 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).

4 INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR

Alle brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester fra kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten har rett til å få tilbud om en individuell plan (IP) og/eller tilbud om en koordinator.

Individuell plan/koordinator er lovfestede virkemiddel for brukermedvirkning, i tillegg skal de sikre helhetlige og koordinerte tjenester (Helsedirektoratet 2014). Dette er også virkemidler som skal styrke samhandlingen mellom de som yter tjenester til brukeren, brukeren selv og eventuelle pårørende.

4.1 Individuell plan (IP)

Individuell plan (IP)

Individuell plan er en betegnelse som benyttes om en plan som viser mål, ressurser og behov for personer som mottar tjenester fra det offentlige. Det er de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester som har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Individuell plan et verktøy for å få disse tjenestene til å henge sammen og gi et best mulig tilbud. Brukeren har rett til å delta i å lage planen, men hovedansvaret for utarbeidelsen av planen ligger hos tjenesteapparatet. Planen skal sikre at det til enhver tid er én instans som har hovedansvaret for å følge opp brukeren/pasienten. Kilde: Helsedirektoratet..

Undersøkelsene i de fire kommunene viser at IP ikke alltid tilbys, selv om brukeren har krav på det. I spørreundersøkelsen som ble gjennomført i tre av kommunene⁶ tyder resultatene på at det er Ullensaker som mest konsekvent tilbyr individuell plan til de som har krav på det.

Spørsmålet som ble stilt var; «Tilbys IP, etter din kjennskap, til de som har krav på det?»

	Skedsmo	Lørenskog	Ullensaker
Ja, alltid	21	5	25
Ofte, men ikke alltid	34	53	36
Sjelden	11	9	0
Vet ikke	34	33	38
N (antall respondenter)	38	43	55

Kilde: Revisjonens spørreundersøkelse gjennomført i tre kommuner. Svar i prosent.

Det er flere gjennomgående utfordringer når det gjelder kommunenes bruk av individuell plan:

⁶ Spørreundersøkelsen ble ikke gjennomført i Rælingen. Her ble det kun gjort kvalitative dybdeintervjuer.

- Det informeres ikke systematisk om retten til IP. I mange tilfeller tilbys ikke IP, selv om bruker har rett til å få en plan utarbeidet.
- Det er en utbredt skepsis til IP som et verktøy. Informasjon til bruker om IP varierer derfor i kvalitet.
- Oppgitte årsaker til liten bruk av IP:
 - Ikke behov for det, liten nytte for brukeren
 - Krever for mye tid
 - Mangler opplæring i bruk av IP
 - Manglende kjennskap til rutiner for IP
 - Manglende kjennskap til lovkravet
 - Noen nevner mangel på kultur for bruk av IP i hele organisasjonen
- Konsekvens:
 - Det er tilfeldig hvilke brukere som får tilbud om IP.
 - Det er usikkerhet om hvorvidt det er krav til at det skal fattes vedtak om individuell plan og ulik praksis mellom kommuner og også innad i samme kommune.

Likevel er det mange som ser på IP som er nyttig verktøy. Det pekes blant annet på at:

- Det er lettere å strukturere samarbeidet rundt brukeren med en IP
- En IP gir mål og retning for arbeidet
- Det blir lettere å stå i vanskelige situasjoner
- Situasjonen for brukeren tydeliggjøres bedre
- En IP dokumenterer hvem som gjør hva i oppfølgingen av bruker
- Tjenestene styrkes
- Brukernes meninger kommer lettere frem
- En IP ansvarliggjør brukeren

Gjennomgående pekes det på at selv om en bruker ikke har IP, ivaretas behovet for å koordinere tjenestene til bruker slik at bruker får et helhetlig tilbud på andre måter. Ansvarsgrupper (eller lignende) som samler de som yter tjenester til brukere, fremstår som svært viktige i den sammenheng. Undersøkelsen viser at de fleste mener ansvarsgruppene og det å ha en koordinator har større betydning for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester enn hva en IP har, vel å merke hvis møtene gjennomføres og sentrale deltagere kommer til møtet. Mange mener referatene som skrives fra ansvarsgruppene i praksis fungerer som en IP. I tillegg har mange brukere tiltaksplaner/behandlingsplaner for å sette mål og tiltak for behandlingen/oppfølgingen.

Undersøkelsene viser at det er usikkerhet når det gjelder individuell plan.

- Hvilke formelle bestemmelser gjelder når arbeidet med en IP besluttet satt i gang?
- Har pasient/bruker klagerett når det gjelder IP?
- Gjelder klagereglene i forvaltningsloven?

4.2 Koordinator

Koordinator

Koordinator er en tjenesteyter som har ansvar for nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator skal legge til rette for og medvirke til at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Koordinator oppnevnes i forbindelse med individuell plan, men skal også tilbys selv om bruker ikke ønsker individuell plan. Formålet med koordinator er det samme som for individuell plan. Kilde: Helsedirektoratet

Et gjennomgående inntrykk er at det er vanlig praksis i alle de fire kommunene å tilby koordinator til brukere som har behov for tjenester fra flere. Ofte er det fagtjenesten som har koordinatoransvaret. Vårt inntrykk er at de som er så «dårlige» at de bor i bolig med tilsyn, i liten grad har koordinator, men det som kalles primærkontakt. I Skedsmo pekes det blant annet på at primærkontakter ikke er registrert som koordinatører hos koordinerende enhet og derfor ikke får innkalling f.eks. til koordinatortreff.

Undersøkelsene viser generelt følgende:

- En generell oppfatning er at koordinator er viktig med tanke på å sikre brukeren et helhetlig tilbud. De som er koordinatører anser for øvrig dette som en helt naturlig del av jobben de har som konsulent/rådgiver.
- Samtidig peker flere på at det er en rolle som krever kompetanse. Spørreundersøkelsen viser at det er en del som ikke føler seg helt trygge i rollen (men majoriteten føler seg trygge).
- Bortsett fra i Lørenskog har majoriteten både i Ullensaker og Skedsmo fått opplæring i rollen som koordinator. I Lørenskog svarer 56 prosent at de ikke har fått opplæring. I Ullensaker og Skedsmo ligger tallene på henholdsvis 33 og 38 prosent.
- Det varierer i hvilken grad koordinerende enhet har oversikt over hvem som er koordinator i kommunen. Dette kan få konsekvenser for opplæring i rollen.

4.3 Koordinerende enhet

Koordinerende enhet

Kommunene er pålagt å ha en koordinerende enhet 1.1 for habilitering og rehabilitering jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Koordinerende enhet skal blant annet ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Formålet med koordinerende enhet er å bidra til at brukere som har behov for tjenester fra flere ulike aktører skal motta et helhetlig tjenestetilbud. Kommunene står fritt i hvordan de organiserer sin koordinerende enhet. Forskriften stiller imidlertid krav om at koordinerende enhet skal være synlig, tilgjengelig og etablert.

Kilde: Helsedirektoratet

Alle de fire kommunene har etablert en koordinerende enhet. I Ullensaker, Lørenskog og Rælingen er enheten en integrert del av tjenstekontoret. I Skedsmo er koordinerende enhet skilt ut i en enhet for barn og en for voksne og enhetene er ikke en del av tjenstekontoret.

Undersøkelsene i de fire kommunene viser følgende svakheter/utfordringer i kommunenes koordinerende enheter:

Generelt er koordinerende enhet «i støpeskjeen» i alle kommunene.

- Det er liten kjennskap blant medarbeiderne i kommunen til hva koordinerende enhet er og de oppgaver den har.
- Koordinerende enhet har ikke full oversikt over behov for IP i kommunen.
 - Meldinger om behov når ikke alltid koordinerende enhet
 - Koordinator oppnevnes ikke alltid av koordinerende enhet
- Det er til en viss grad uklare ansvars- og oppgavefordeling mellom fagtjenesten, tildelingskontoret og koordinerende enhet
- Koordinerende enhet gir opplæring og veiledning etter behov i Skedsmo og Ullensaker. Rælingen har en fast kursplan. I Lørenskog har det ikke vært kapasitet til å gi opplæring det siste året.

Revisjonen nevner at overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal (forskrift om habilitering og rehabilitering, IP og koordinator § 6)

- a) motta meldinger om behov for individuell plan, jf. § 23
- b) sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.

Det er ikke et krav i loven eller forskriften at koordinerende enhet skal tildele IP og/eller koordinator, men kommunen kan selvfølgelig velge en slik løsning. Revisjonen viser i denne forbindelse til

Helsedirektoratets høringsforslag datert juni 2014 til tekst til nettbasert veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kapittel 2.4.

I alle kommunene er det koordinerende enhet som utarbeider rutiner/prosedyrer som skal sikre lovkravet.

4.4 Revisjonens anbefalinger

Følgende anbefalinger går igjen i alle kommunene:

- Kommunen bør vurdere ytterligere tiltak som styrker det lovpålagte og nødvendige samarbeidet både innad i kommunen (inklusive fastlegen og 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 forutsetningen i loven, jf. kapittel 7 i hele og omsorgstjenesteloven og forskrift om habilitering og rehabilitering