



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

**PSYKISK HELSE OG RUS
HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD**

RÆLINGEN KOMMUNE

MAI 2015

INNHold

SAMMENDRAG	I
Problemstillinger og avgrensninger	i
Revisjonens oppsummering	i
Samlet vurdering og konklusjon	vi
Anbefalinger	vi
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn og formål med prosjektet	1
1.2 Problemstillinger	1
1.3 Revisjonskriterier	1
1.4 Avgrensninger og begrepsdefinisjoner	2
1.5 Oppbygging av rapporten	3
1.6 Rådmannens uttalelse til rapporten	4
2 Anvendte metoder	5
2.1 Datainnsamling og datagrunnlag	5
2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet	5
3 Tjenestetilbud og organisering	7
3.1 Avdeling psykisk helse og rus	8
3.1.1 Fundament og mål for tjenestene	10
3.1.2 Brukerne i avdelingen	10
3.1.3 Avdelingens tjenester	11
3.2 Avdeling hjemmesykepleie	15
3.3 NAV Rælingen	15
3.4 Eiendomsenheten	15
3.5 Enhet for familie og helse	16
3.5.1 Helseadministrasjon med kommuneoverlege	17
3.5.2 Forebyggende helsetjenester	17
3.5.3 Flyktning- og inkluderingstjenesten	18
3.5.4 Barneverntjenesten	18
3.6 Fastlegene	18
3.7 Psykososialt kriseteam	18
3.8 Tjenestekontoret	19

4	Revisjonskriterier	21
4.1	Kommunens systemansvar	21
4.2	Lovbestemt ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven	22
4.2.1	Krav til helhetlig og koordinert tjenestetilbud	22
4.2.2	Virkemidler	24
4.3	Sammenfatning av revisjonskriteriene	25
5	Helhetlige og koordinerte tjenester	27
5.1	Forankring av samarbeid	27
5.2	Samarbeid internt i avdeling for psykisk helse og rus	28
5.3	Samarbeid på tvers av kommunens enheter	30
5.3.1	Samarbeid med tjenestekontoret for helse og omsorg (THO)	30
5.3.2	Samarbeid med NAV Rælingen	32
5.3.3	Samarbeid med hjemmetjenesten	34
5.3.4	Samarbeid med eiendomsenheten	35
5.3.5	Samarbeid med kommuneoverlegen	36
5.3.6	Samarbeid med andre tjenester i kommunen	37
5.4	Samhandling med fastlegene	39
5.5	Samhandling med spesialisthelsetjenesten	40
5.5.1	Kommunens samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten	41
5.5.2	Samarbeidsavtaler med Ahus	43
5.5.3	Rutiner for samarbeid	46
5.5.4	Samarbeid i praksis	48
5.6	Individuell plan og koordinator	52
5.6.1	Rutiner	53
5.6.2	Praksis	54
5.7	Koordinerende enhet	57
6	Revisjonens vurdering og konklusjon	61
	OVERSIKT OVER LITTERATUR, KILDER OG FIGURER	67
	VEDLEGG 1 – RÅDMANNENS HØRINGSSVAR	69

SAMMENDRAG

Formålet med prosjektet 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.

Problemstillinger og avgrensninger

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

Prosjektets hovedfokus er rettet mot systemene for koordinering og samhandling av tjenester til enkeltbrukere. Undersøkelsen tar for seg kommunens tilbud til personer over 18 år.

Revisjonens oppsummering

Kommunen har samlet flere av tilbudene til denne brukergruppen i avdeling psykisk helse og rus. I tillegg mottar mange tjenester fra NAV, hjemmesykepleien og eiendomsavdelingen (kommunal bolig). Fastlegene har en viktig rolle i det samlede psykiske helsearbeidet og er en viktig samarbeidspartner for kommunen. Tilsvarende gjelder spesialisthelsetjenesten, som er sentral når det gjelder behandling av pasienter med mer alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet.

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller mange krav til kommunene, blant annet skal kommunen tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. For å sikre dette er det nødvendig at de involverte aktørene samarbeider og at kommunen benytter seg av virkemidler som individuell plan og koordinator. Revisjonens vurdering av kommunens systemer og praksis når det gjelder samarbeid, individuell plan og koordinator, tar utgangspunkt i kriteriene som er utledet i rapportens kapittel 4.

Revisjonskriterium

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

Kommunen har samlet flere av tjenestene til personer med rus- og /eller psykiske helseutfordringer i en avdeling. Utrednings- og saksbehandleroppgavene er lagt til tjenestekontoret. Tjenestekontoret, avdeling psykisk helse og rus, og konsulenten for det boligsosiale arbeidet er samlokalisert i Dovrebygget (fra og med januar 2015). Revisjonen tar ikke stilling til hensiktsmessigheten ved

kommunens organisering, men blant de som revisjonen har intervjuet, peker flere på at denne måten å organisere tjenestene på fremmer samarbeid. 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 av god kvalitet. Viktigheten av samarbeid synes også å være godt forankret i kommunens planverk.

For å lykkes med samarbeid må det være etablert gode rutiner. Roller, ansvar og oppgaver må være tilstrekkelig avklart. I tillegg må det være etablert faste møteplasser og rutiner for samhandling. Dette følger av alminnelig god internkontroll og av 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).

Rælingen kommune har etter revisjonens vurdering mange av disse faktorene på plass, men i intervju pekes det likevel på at det tar tid å forankre tankegangen om samarbeid ut til det ytterste ledd i organisasjonen.

Kommunen har etablert flere faste rutiner og møteplasser for å sikre et nødvendig samarbeid både internt i avdeling psykisk helse og rus, på tvers i kommunen og opp mot spesialisthelsetjenesten. Det er for eksempel etablert flytprosedyrer mellom tjenestekontoret og avdeling psykisk helse og rus. Videre er det etablert faste ukentlige vedtaksmøter mellom avdeling psykisk helse og rus og tjenestekontoret og jevnlig flytmøter. Revisjonens undersøkelse viser imidlertid at kommunen har flere utfordringer når det gjelder å sikre god nok veiledning og faglig oppfølging av medarbeiderne og dermed også kvaliteten på det tilbudet brukerne får. Blant annet har det vært mangelfulle rutiner for gjennomføring av flytmøter. Det er også en utfordring at det er mangelfull kjennskap til de ulike enhetenes respektive tjenester og tjenestetilbud til denne brukergruppen.

Samarbeidet med NAV har vært preget av utfordringer på flere områder. Det har vært utfordringer med hensyn til tilgjengelighet hos NAV. Det er også vært utfordringer når det gjelder samarbeid i vanskelige brukersaker og i tjenestenes evne til å fremstå som én enhetlig tjeneste overfor bruker. Undersøkelsen viser også at medarbeiderne i de respektive tjenestene ikke kjenner godt nok til hverandres tjenestetilbud. Undersøkelsen viser samtidig at ledelsen det siste året har samarbeidet om flere tiltak for å bedre disse forholdene. Konkret jobbes det for tiden med å få på plass en oppdatert samarbeidsavtale. Avtalen skal blant annet tydeliggjøre roller og ansvarsområder enhetene i mellom. Revisjonen vil peke på at avtalen, i tillegg til en avklaring av roller og oppgaver, bør spesifisere når og på hvilken måte det er nødvendig med et samarbeid. Det er også viktig at avtalen forankres godt i organisasjonen og at den gjøres kjent blant de ansatte. Revisjonen mener det er viktig for samarbeidet med NAV at arbeidet med avtalen nå slutføres. Revisjonen understreker at det også i sosialtjenesteloven § 13 er sagt at kommunen i arbeids- og velferdsordningen (NAV i kommunen) skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer.

Undersøkelsen viser videre at det har vært svakheter i rutinene for samarbeid mellom eiendomsenheten og avdeling psykisk helse og rus. Ansvar og oppgaver har heller ikke vært tilstrekkelig avklart. Oppfølgingsansvar i den enkelte sak kan lide under dette. Kommunen påpeker i sin boligsosiale plan at rutinene skal gjennomgås og at det skal informeres bedre i vedtak og leiekontrakter om hvilken fagtjeneste som har oppfølgingsansvar i den enkelte sak. Revisjonen mener det er positivt at nye rutiner nå¹ er på plass. Fremover vil det være viktig å forankre rutinene og arbeidsfordelingen godt i organisasjonen.

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.

Fastlegene og spesialisthelsetjenesten² er viktige aktører i samarbeidet om et helhetlig tjenestetilbud. Fastlegene møter også i ansvarsgruppemøter om den enkelte bruker. Undersøkelsen viser at det kan være utfordrende å samarbeide med fastlegene da de er travelt opptatt med pasienter på dagtid. Samarbeidet ivaretas likevel gjennom ulike praktiske løsninger. For eksempel legges ansvarsgrupper til slutten på arbeidsdagen og PLO-meldinger er tatt i bruk i avdelingens kommunikasjon med fastlegene. Faste møter og en tett dialog mellom avdeling psykisk helse og rus og kommuneoverlegen bidrar også til å lette samarbeidet med fastlegene. Videre bidrar faste møter og dialog mellom kommuneoverlegen og fastlegene også til å lette samarbeidet med fastlegene. Kommuneoverlegen en viktig ressursperson for avdeling psykisk helse og rus, gjennom sin rolle vis a vis fastlegene, sin kompetanse innen psykisk helse- og rusarbeid, engasjement og vilje til samarbeid. 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.

Revisjonen vil videre peke på at samarbeid er et ledelsesansvar, se blant annet kommunens temaplan for avdeling psykisk helse og rus (2014-2020). Kommunen har tatt flere grep for å løse de ledelsesmessige utfordringene avdelingen har hatt de siste årene. Revisjonen mener det fremover er viktig at ledelsen setter fokus på å sikre gode arbeidsrutiner, oppfølging av de ansatte og samarbeid på tvers.

¹ Opplyst til revisjonen i april 2015, jf. kapittel 5.3.4

² Kommunens samarbeid med spesialisthelsetjenesten kommer vi tilbake til nedenfor, se nærmere om dette under punktet «Kommunestyret skal vedta samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen».

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.

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

- Det er uklare ansvarsforhold.
- Kommunen får stadig ansvar for sykere pasienter og opplever at den mangler et hensiktsmessig tilbud.
- Det er faglig uenighet og mangel på likeverdighet i samarbeidsforholdet.

Undersøkelsen indikerer også at spesialisthelsetjenesten ikke alltid kjenner godt nok til kommunens tjenester innen området psykisk helse og rus, noe som kan skape frustrasjon og uklare forventinger.

Retningslinjene for samarbeid, som ble vedtatt i desember 2014, er ment å løse noen av disse utfordringene. Blant annet er det etablert flere nye samarbeidsfora som skal gjøre det lettere å finne løsninger i vanskelige pasientsaker. Effekten av de nye retningslinjene og samarbeidet i de ulike foraene er det imidlertid for tidlig å kunne si noe om.

Ny forskning på området underbygger at mange av utfordringene som oppleves i Rælingen er allmenne utfordringer i samarbeidet mellom kommune, fastlegene og spesialisthelsetjenesten (Tøndel og Ose 2014). I undersøkelsen gjennomført av SINTEF pekes det på flere forhold som er viktige for å fremme et godt samarbeid om psykisk helsearbeid. Blant annet trekkes det frem følgende:

- Opplevelse av likeverd – likeverd motiverer til innsats i samarbeidet og skaper god dialog mellom samarbeidspartene. Mangel på dialog på sin side forhindrer god planlegging av pasientforløp.
- Ledere – ledere må formidle at samarbeid er viktig og selv vise at de kan bidra i en fleksibel samarbeidskultur
- Stabil tilgang på ressurser og stabilitet - stabil stab og stabil tilgang på fagkompetanse bidrar til å gjøre kommunikasjonen i samarbeidet lettere og det er lettere å unngå konflikt

- Bolig - mangel på bolig kan skape store problem i samarbeidet, for eksempel når pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten.
- Bestillinger på kommunale tjenester - ulike oppfatninger av hva som er pasientens behov for bistand kan bidra til at spesialisthelsetjenesten bestiller tjenester i kommunen. Dette kan virke provoserende på ansatte i kommunen.
- Veiledning og kunnskapsformidling - god veiledning og formidling av kunnskap og kompetanse er sentralt for et godt samarbeid.
- Tydelig kommuneledelse - tydelig kommunikasjon av hva som er forventinger til fastlegene kan være viktig for å få fastleger mer oppmerksomme på psykisk helse.

Revisjonskriterium

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

Kommunen har etter revisjonens oppfatning ikke hatt et fullgodt system som sikrer retten til en individuell plan (IP) og koordinator for de med langvarige og koordinerte tjenester iht. helse- og omsorgstjenesteloven, § 7-1. En slik plan er viktig både med tanke på brukermedvirkning og med tanke på å kunne legge til rette for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Revisjonens undersøkelse viser at det foreligger skriftlige rutiner for utarbeidelse av IP, noe som er positivt. Undersøkelsen viser imidlertid at rutineene av flere oppleves som uklare og at de ikke etterleves systematisk. Revisjonens inntrykk er at kommunen er klar over dette og jobber med å forbedre systemet rundt individuell plan (IP).

Kommunen har plikt til å informere om retten til en IP til de som har krav på det. IP er frivillig og mange brukere takker i følge kommunen nei til å få en slik plan utarbeidet. Revisjonens undersøkelse indikerer imidlertid at det ikke alltid informeres om retten til en IP, eller at dette ikke gjøres på en grundig og god måte. Årsakene varierer; det kan gå i «glemmeboken», man ser selv ikke nytten av en IP, eller man opplever at det ikke er tid til IP-arbeid. Revisjonen vil understreke at det er brukernes behov som skal ligge til grunn for bruken av IP, og ikke enkeltmedarbeideres holdninger, tidsressurser o.l.

Selv om de færreste har en IP, er det desto fler som får tilbud om en koordinator. Koordinators jobb er å ivareta fremdriften i arbeidet med planen (dersom bruker har en slik), og følge opp brukeren slik at han eller hun får et sømløst tilbud. Revisjonens inntrykk er at de som har behov for det og ønsker det har en koordinator. Undersøkelsen tyder imidlertid på at utnevning av koordinator ikke alltid foregår i tråd med kommunens rutiner, via koordinerende enhet. Undersøkelsen viser imidlertid at de som er koordinatører kjenner brukeren godt og ser på koordinatorarbeid som en del av jobben, uavhengig om de er formelt sett utnevnt eller ikke. Revisjonen mener likevel det er viktig å formalisere koordinatorjobben, dette for å sikre nødvendig opplæring og oversikt på et mer

overordnet nivå. Kommunen (via koordinerende enhet) har nå fokus på opplæring i koordinatorrollen gjennom regelmessige kurs og veiledning.

Det er kommunen som er ansvarlig for å sørge for at det er godt tilrettelagt for bruk av IP og at medarbeiderne har nødvendig kompetanse til å ivareta IP-arbeidet. Revisjonens undersøkelse viser at kommunen er i ferd med å få på plass et nytt og mer brukervennlig system for IP (IP-SamPro) og at kommunens medarbeidere får tilbud om opplæring. Systemet skal også gjøre det enklere for koordinerende enhet å følge opp og ha oversikt over kommunens individuelle planer og over hvordan koordinatoroppgavene i kommunen er fordelt. Systemet bør også være godt egnet til å generere viktig styringsinformasjon på dette området.

Kommunen har en koordinerende enhet i tråd med lovkravet. Enheten er organisert som en integrert del av tjenestekontoret. Dette legger, etter revisjonens syn, godt til rette for at koordinerende enhet kan utføre sine lovpålagte oppgaver på en hensiktsmessig måte. Revisjonens undersøkelse viser imidlertid at koordinerende enhet ennå ikke helt har funnet sin «form» og at rolle, oppgaver og rutiner, ennå ikke er helt avklart og forankret i organisasjonen. Spesielt gjelder dette ansvar og oppgaver i forhold til individuell plan og koordinatorarbeidet. Kommunen er selv klar over disse svakhetene og jobber for å få dette på plass.

Samlet vurdering og konklusjon

I denne revisjonen har vi undersøkt i hvilken grad Rælingen kommune sikrer at pasienter eller brukere med psykiske vansker og /eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

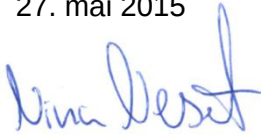
Revisjonen konkluderer med at kommunen i ganske stor grad sikrer dette. Kommunen har et system som legger til rette for samarbeid, både internt og eksternt. Det er imidlertid flere områder med et potensial for forbedring. Blant annet er det utfordringer i samarbeidet med NAV og spesialisthelsetjenesten. Individuell plan er et viktig verktøy, både for å sikre brukermedvirkning og et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Kommunen tilbyr eller benytter i liten grad individuell plan. Koordinerende enhet fungerer så langt heller ikke optimalt.

Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen blir revisjonens anbefalinger:

- Kommunen bør vurdere ytterligere tiltak som styrker det lovpålagte og nødvendige samarbeidet både innad i kommunen (inklusive fastlegene og NAV) 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 i tråd med lovkrav.

27. mai 2015



Nina Neset
Revisjonssjef



Oddny Ruud Nordvik
avdelingsleder forvaltningsrevisjon

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og formål med prosjektet

Kontrollutvalget i Rælingen kommune bestilte i KU-møte 02.06.14 en forvaltningsrevisjon innenfor tjenesteområdet «Psykisk helse og rus». Bestillingen er forankret i plan for forvaltningsrevisjon 2013-2016, vedtatt av kommunestyret under behandling av sak 13/14 i 2013.

Personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet har ofte behov for tjenester fra ulike deler og sektorer i hjelpeapparatet, gjerne samtidig. Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven en plikt til å legge til rette for samhandling slik at den enkelte får et **helhetlig og koordinert tjenestetilbud**. Individuell plan og koordinator er viktige tiltak i denne sammenheng. Individuell plan er også et viktig virkemiddel for å ivareta pasient- og brukerforankring.

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

Formålet med revisjonen er 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.

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

1.3 Revisjonskriterier

For å besvare den første problemstilling 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. Revisjonen tar for seg kommunens tilbud til personer over 18 år.

For å svare på problemstilling en 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 to undersøker revisjonen i hvilken grad kommunen *legger til rette* for et helhetlig- og koordinert tjenestetilbud til den aktuelle brukergruppen. Revisjonen vil blant annet undersøke 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 på området internt i kommunen, fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet vil kun belyses fra kommunens ståsted.

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

Psykiske plager og psykiske lidelser

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

Alt fra enkle fobier, lettere angst og depresjonslidelser til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni omfattes av betegnelsen psykisk lidelse. Psykiske lidelser medfører ofte større belastninger enn psykiske plager (ibid).

Rusavhengighet

I Rælingen kommunes temaplan for psykisk helse og rus (Rælingen kommune u.d., 10) inneles rusavhengighet 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 står det i en Nasjonal faglig retningslinje. 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 mangel på koordinering er at tilbudet oppleves som fragmentert 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 begrepene her er definert omhandler revisjonens undersøkelse både samhandling og samarbeid. I rapporten skiller vi ikke strengt mellom begrepene.

1.5 Oppbygging av rapporten

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

I kapittel fire redegjør vi for revisjonskriteriene som er utledet for å besvare problemstilling to i undersøkelsen. Deretter, i kapittel fem, presenteres fakta som gir grunnlag for å besvare problemstillingen. Revisjonens vurdering og konklusjoner følger i rapportens siste kapittel, kapittel seks. Revisjonens samlede vurdering og anbefalinger er i tillegg plassert i sammendraget foran i rapporten.

1.6 Rådmannens uttalelse til rapporten

Rapporten er sendt rådmannen på foreleggelse og hørings svar er mottatt 26.05.2015 og følger som vedlegg 1.

2 ANVENDTE METODER

Forvaltningsrevisjonsprosjektet er gjennomført i tråd med RSK 001 - Standard for forvaltningsrevisjon³, som er fastsatt av styret i Norges Kommunerevisorforbund.

I arbeidet med dette prosjektet har vi benyttet oss av to metoder: dokumentanalyse og intervjuer. Under følger en gjennomgang av metodene vi har brukt og en analyse av undersøkelsenes pålitelighet og gyldighet.

2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

Dokumentanalyse

Revisjonen har gjennomgått aktuelle dokumenter som har blitt innhentet fra kommunen. Formålet har vært å trekke ut relevant informasjon om de ulike tjenestene kommunen har på området, samt å kartlegge hva slags 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 og 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 blant andre enhetsleder for hjemmetjenesten, konstituert enhetsleder for tjenestekontoret for helse og omsorg og kommunalsjef for helse- og omsorgstjenesten. Både enhetsleder for hjemmetjenesten og enhetsleder for tjenestekontoret ble intervjuet igjen i dybdeintervjuer. Videre er det gjennomført intervjuer med medarbeidere og fagleder i avdeling psykisk helse og rus, systemkoordinator i koordinerende enhet og saksbehandlere på tjenestekontoret. Vi har også intervjuet lederen i NAV Rælingen og kommuneoverlegen. Det er totalt gjennomført 10 intervjuer, i tillegg til intervjuet som ble gjennomført i forbindelse med oppstartsmøtet.

Intervjuene er gjennomført som delvis strukturerte dybdeintervjuer med en varighet på 1-1,5 timer. Vi utarbeidet i forkant av intervjuene tilpassede intervjuguider med forhåndsdefinerte, men åpne spørsmål. Referatene fra intervjuene har vært et avgjørende bidrag til det datagrunnlaget vi trengte for å besvare de to problemstillingene i undersøkelsen..

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

³ Standarden bygger på internasjonalt anerkjente standarder og prinsipper vedtatt av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og The Institute of Internal Auditors (IIA).

relevans for problemstillingene som er valgt. Revisjonen mener at dataene som denne rapporten 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 innhentet fra kommunen, der formålet har vært å trekke ut relevante fakta, har revisjonen forsøkt å sikre en god pålitelighet i disse dataene. Revisjonen har selv plukket ut de viktigste faktaene fra dokumentene for å belyse våre problemstillinger. Gyldigheten i denne utvelgingen vurderer vi derfor også som god da vi har gått nøye gjennom 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 vi har brukt flere ulike metoder for å besvare de samme spørsmålene. I dette prosjektet har vi kombinert dokumentanalyse og dybdeintervjuer. Ved å kombinere ulike metoder for å belyse samme fenomen kan forholdene beskrives fra flere vinkler. Dersom inntrykket vi får er lignende ut fra bruk av flere metoder, styrkes kvaliteten og gyldigheten til undersøkelsen.

De gjennomførte intervjuene

Gjennom å følge en delvis strukturert intervjuform sikret vi oss en viss struktur i intervjuene. Informantene ble stilt mange av de samme spørsmålene, samtidig som det var muligheter for å tilpasse spørsmål og oppfølgingsspørsmål til den enkelte informant. Etter våre vurderinger passet denne intervjuformen godt for denne undersøkelsen, da den sikret en systematisk innsamling av data, i tillegg til at den sikret en viss fleksibilitet som er viktig i kvalitative undersøkelser. 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 at vi intervjuet personer i ulike posisjoner og på ulike nivå i organisasjonen styrker etter vårt syn validiteten ytterligere. Alle informantene i undersøkelsen ble valgt ut med bakgrunn i at de hadde førstehånds informasjon om spørsmålene i undersøkelsen.

Høy pålitelighet sikres også gjennom at de som har blitt intervjuet har fått lese gjennom referatet fra intervjuet, med mulighet til å korrigere eventuelle feil og uklarheter samt å verifisere referatene som helhet. 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.

3 TJENESTETILBUD OG ORGANISERING

I dette kapittelet besvares problemstillingen om tjenester og tilbud til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet, og hvordan disse er organisert i Rælingen kommune.

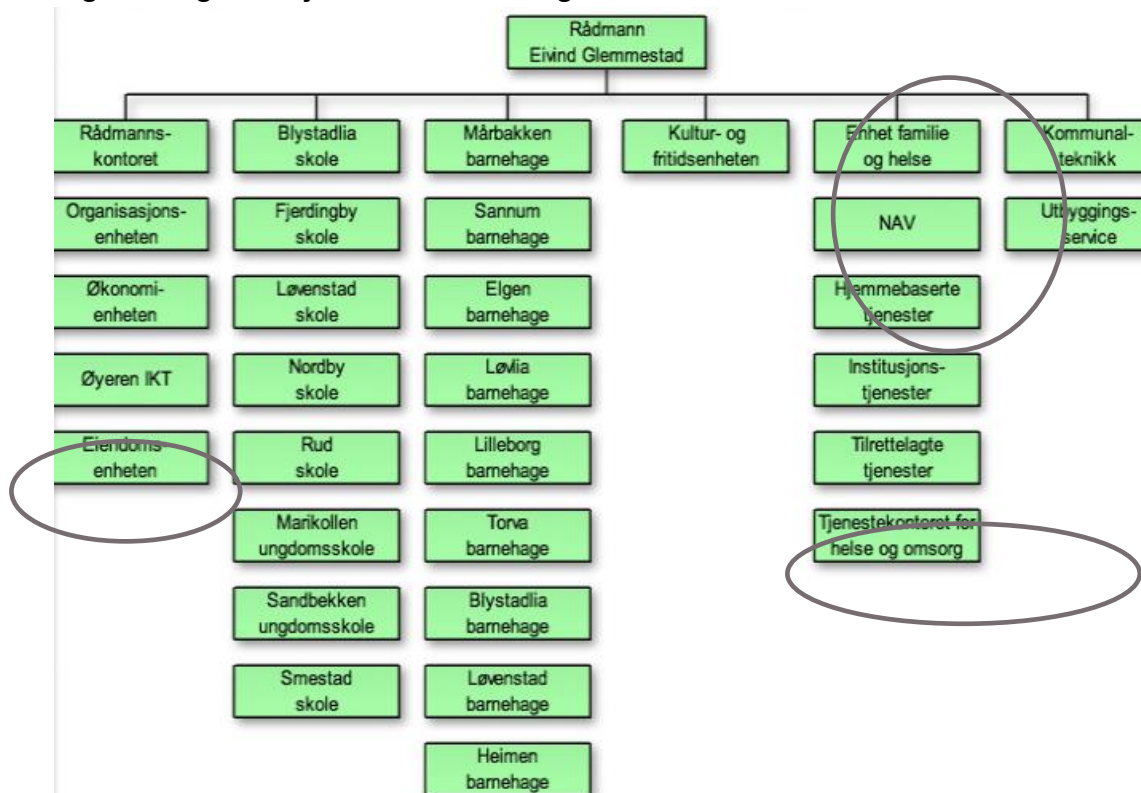
Problemstilling 1

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 med sentrale medarbeidere.

Rælingen kommune er organisert som en såkalt to-nivå kommune, med et sentralt nivå (rådmannskontoret) under ledelse av en rådmann, og et tjenesteytende nivå (drifts- og resultatenheter). Kommunens tjenester er organisert i egne enheter ledet av en enhetsleder. Den enkelte enhetsleder rapporterer til rådmannen. Kartet under viser hvordan kommunen har organisert sin virksomhet. Revisjonen har merket med sirkler de enhetene som har en spesiell rolle i tjenestetilbudet til målgruppen i undersøkelsen.

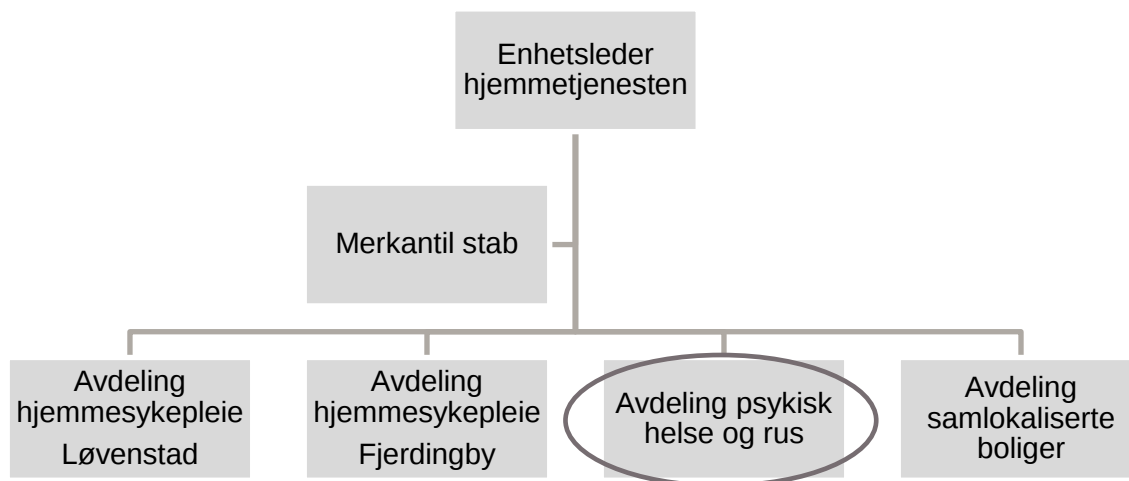
Figur 1 Organisasjonskart for Rælingen kommune



Kilde: Rælingen kommunes nettside

Tjenestene som direkte er rettet mot å gi støtte og oppfølging til personer med psykiske vansker og/eller rusavhengighet er samlet i avdeling psykisk helse og rus inn under enheten Hjemmebaserte tjenester. Organiseringen av enheten fremgår av kartet under:

Figur 2 Organisasjonskart hjemmebaserte tjenester



Kilde: Temaplan avdeling psykisk helse og rus (2014-2020)

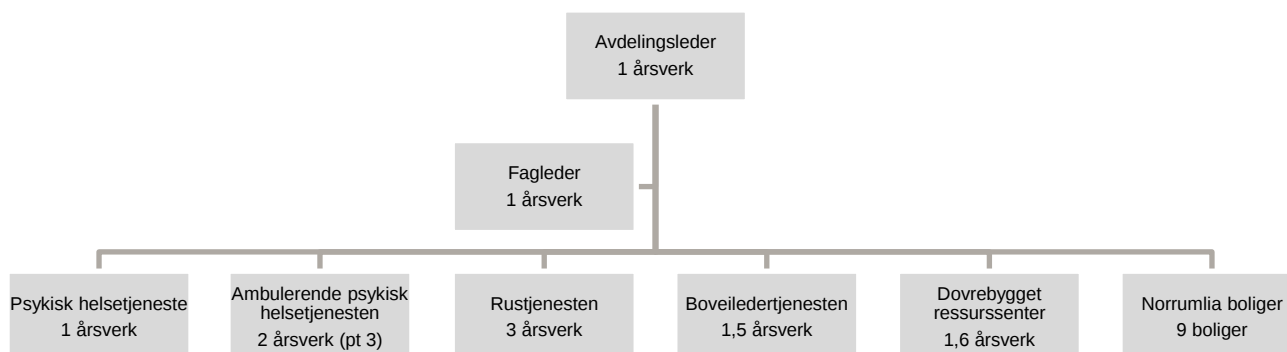
Mange av brukerne i avdelingen har imidlertid også behov for tjenester og bistand fra andre deler av kommunens tjenesteapparat som f.eks. NAV, hjemmesykepleien, eiendomsenheten og fastlegen for å nevne noen. Hjelpebehovet spenner fra veiledning, råd, økonomiske ytelser, hjelp til å skaffe seg bolig, legehjelp, utdeling av medisiner m.m.

I det følgende vil vi redegjøre for kommunens tjenester til brukere med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet. Redegjørelsen tar utgangspunkt i enhetene hvor tjenestene er organisert.

Først gjør vi rede for de tjenestene som gis i avdeling psykisk helse og rus. Deretter gjør vi rede for tjenester som gis i kommunens andre enheter og avdelinger. Vi redegjør også for fastlegetilbudet ettersom dette er en del av kommunens tilbud gjennom fastlegeordningen.

3.1 Avdeling psykisk helse og rus

Organisasjonskartet under illustrerer hvordan avdelingen er organisert og fordelingen av antall årsverk.

Figur 3 Organisasjonskart avdeling psykisk helse og rus

Kilde: Temaplan avdeling psykisk helse og rus (2014-2020)

Fra og med 01.01.2015 ble Dovrebygget ressurscenter (dagsenter) overflyttet til Rælingen dagaktivitetssenter.

Av temaplanen fremgår at bemanningen i avdelingen er på ca. 12 årsverk.

Avdelingen er inndelt i 6 ulike tjenester og består av avdelingsleder, fagleder, psykisk helsearbeider, ruskonsulenter, miljøterapeut og miljøarbeidere. Avdelingen er tverrfaglig sammensatt med klinisk sosionom, sosionomer, psykolog (fagleder), spesialsykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere. Flere av helsefagarbeiderne har spesialisering i psykiatri. Kommunen har også en egen kommunal psykologstilling ansatt på prosjektmidler.

I perioden 2013-2015 har det på grunn av sykdom og permisjoner vært en del skifte av avdelingsledere. Da konstituert avdelingsleder og fagleder sluttet i juli 2014, overtok enhetsleder for hjemmebaserte tjenester selv mye av ansvaret for avdelingen. Avdelingsleder for samlokaliserte boliger⁴ hadde deler av personalansvaret i avdelingen og ble i januar 2015 konstituert avdelingsleder. Avdelingen var i en periode uten fagleder før ny fagleder ble tilsatt i 40 prosent i stilling i september 2014. Stillingen ble utvidet til 60 prosent fra og med januar 2015.

⁴ Avdeling samlokaliserte boliger er omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. Avdelingen tilbyr pleie, omsorg og praktisk bistand til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Det er nylig foreslått å endre avdelingens navn til *Psykisk helse og avhengighet*, fordi brukere som ikke er rusavhengige opplever det som stigmatiserende at rus er koblet til tjenesten. Forslaget skal i følge enhetsleder til høring internt i kommunen.

Avdelingens målgruppe er voksne over 18 år, bosatt i kommunen og som har psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet. Avdelingen gir også veiledning, hjelp og støtte til pårørende.

3.1.1 Fundament og mål for tjenestene

I avdelingens temaplan (Rælingen kommune temaplan u.d., 9) fremgår at tjenestene skal være et tilbud til kommunens innbyggere som er lett tilgjengelig (lavterskel) og som mobiliserer brukernes ressurser og ønsker (mestring).

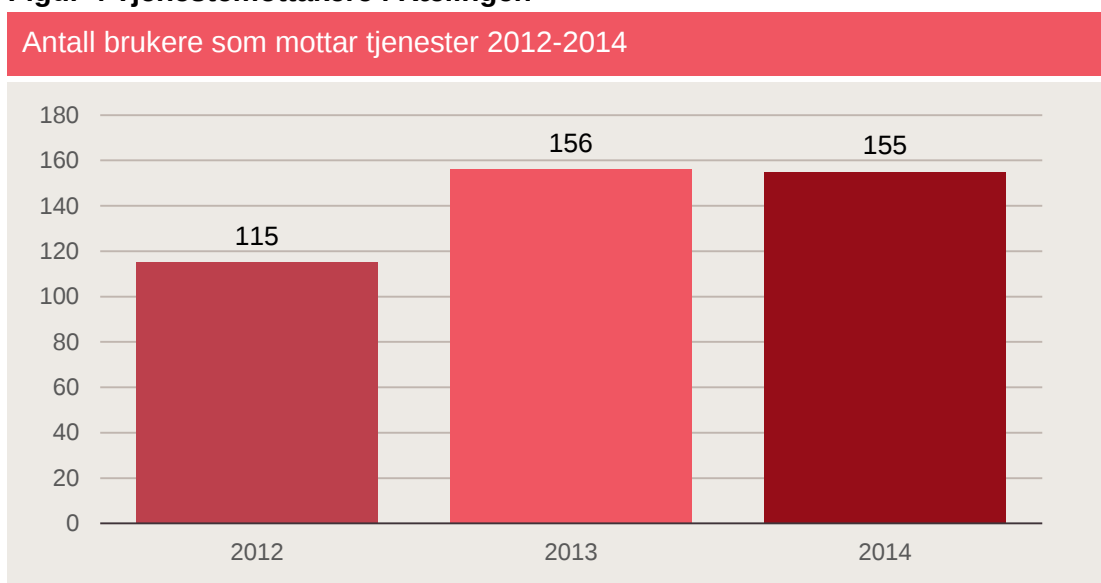
I følge temaplanen jobber avdelingen med fokus på forebygging, motivering og mobilisering av brukerens egne ressurser gjennom meningsfulle aktiviteter og tverrfaglig samarbeid. Det understrekes at det er brukeren selv som er den viktigste aktøren i arbeidet og at endring og bedring i egen livssituasjon er avhengig av brukeren selv.

Det fremgår videre av temaplanen at målet for tjenestene er at brukerne skal ha en så høy grad av egenomsorg og mestring av hverdagen som mulig. Brukerne skal styrkes i ta vare på egen helse, egne ressurser og unngå utvikling eller forverring av sykdom. Dette gjøres gjennom ulike former for forebyggende arbeid. Det påpekes i planen at et helhetlig forebyggende tilbud til sårbare og utsatte brukere krever et godt samarbeid med Enhet familie og helse, slik at også brukernes barn og nettverk ivaretas på en god måte.

3.1.2 Brukerne i avdelingen

Brukerne i avdeling psykisk helse og rus spenner fra personer med lette psykiske vansker 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. Disse trenger bistand og hjelp fra kommunen over lengre tid, mange livet ut. Dette er brukere som ofte også mottar behandling hos spesialisthelsetjenesten.

Antall brukere som mottar tjenester fra avdeling psykisk helse og rus har i følge tall revisjonen har mottatt økt fra 115 i 2012, til 155 i 1. tertial 2014.

Figur 4 Tjenestemottakere i Rælingen

Kilde: Temaplan avdeling psykisk helse og rus (2014-2020)

3.1.3 Avdelingens tjenester

Avdelingen tilbyr både såkalte lavterskeltilbud som ikke krever ordinær saksutredning og tjenestetilbud som krever utredning og vedtak. Enhetsleder opplyser i mail til revisjonen (24.04.15) at flere av tjenestene som før ble definert som lavterskeltilbud nå krever vedtak med beskrivelse av både mål og innhold i tjenesten. Bakgrunnen var at mange klienter ikke selv klarte å ta kontakt ved behov for hjelp og således falt ut av kommunens system. Boveiledertjenesten tar fremdeles på seg lavterskel med oppdrag av kort varighet, f.eks. bistand til å oppsøke dagsenter. Andre typiske lavterskeltilbud er bruk av ressurscenteret og enkeltoppdrag av praktisk bistand (for eksempel lære hvordan man vasker klær eller hvilken buss man skal ta til legen) mens tilbud som eksempel KID kurs krever utredning og saksbehandling.

Avdelingen er inndelt i 6 ulike tjenester/team. Nedenfor redegjøres nærmere for disse.

Psykisk helsetjeneste

Dette er et kortidsrettet tilbud hvor personer med milde til moderate psykiske lidelser prioriteres. Tjenesten tilbyr blant annet kurs i individuell mestring og bedring for de med alvorlige psykiske lidelser og støttesamtaler for de med lette til moderate psykiske lidelser som står i fare for å utvikle en lidelse. Det tilbys også kurs i depresjonsmestring (KID-kurs).

Tjenesten har også en person i kommunens kriseteam som er tilgjengelig for strakstiltak i forhold til hjelp til organisering av krisearbeid og akutt krisepsykiatrisk hjelp. De har også såkalte SMIL kurs til barn som har foreldre med problemer knyttet til rus og psykiatri.

Ambulerende psykisk helsetjeneste

Dette er et tilbud til de med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Her prioriteres de med langvarige, alvorlige psykiske lidelser og ROP-lidelser. Tjenesten tilbyr kurs i individuell mestring og

bedring for de med alvorlige psykiske lidelser og støttesamtaler. Det tilbys også praktisk bistand og opplæring (etter vedtak) for å klare dagliglivets gjøremål og/eller sosial trening.

Videre gis støtte og oppfølging etter utskriving etter selvskaading eller selvmordsforsøk. Psykisk helsearbeider tilbyr samtaleoppfølging innen 72 timer etter utskrivelse. Tjenesten tilbyr også bistand gjennom Romeriksprosjektet⁵. Målgruppen er de som ikke blir nådd med ordinære tiltak, som de med psykoser, ofte i kombinasjon med rusmisbruk og som har omfattende og vedvarende behov for hjelp. Dette er et lavterskeltilbud for de som allerede er i tjenesten.

Rustjenesten

Tjenesten er ansvarlig for oppfølging av voksne med avhengighet til alkohol, medikamenter og/eller illegale rusmidler samt personer som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR). I tillegg til tilbud om kurs og samtaler, tilbyr tjenesten praktisk bistand og opplæring (etter vedtak) for å klare dagliglivets gjøremål og/eller sosial trening, ettervern og LAR-oppfølging.

Tjenesten er ansvarlig for store deler av rehabiliteringen i LAR som å sikre bolig, råd, veiledning, hjemmesykepleie, økonomisk sosialhjelp og støttekontakt. LAR-tilbudet er et lavterskeltilbud. Revisjonen får opplyst i intervju at rustjenesten henviser brukere til avrusning, tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), TSB døgn og LAR.

Tjenesten har mulighet til å bruke tvang etter melding fra pårørende om omfattende rusmisbruk etter Helse- og omsorgstjenesteloven, § 10-1. De har også mulighet for tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke (helse- og omsorgstjenesteloven, § 10-3, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a) i tilfeller hvor man utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk og hvor hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige. Tilsvarende kan det vedtas at en gravid rusmisbruker skal tas inn på institusjon (helse og omsorgstjenesteloven, § 10-3, § 10-4, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a andre ledd).

Boveiledertjenesten

I avdelingens temaplan står det at tjenesten innebærer bistand til å beholde eller skaffe egnet bolig, pakking/flytting, komme seg til behandling eller aktiviteter samt opplæring i dagliglivets gjøremål og/eller sosial trening av kortere varighet (inntil 4 uker). Tjenesten skal i følge planen også jobbe oppsøkende mot belastede miljøer. Tjenesten har også en såkalt losfunksjon hvor man løser brukeren videre til offentlige eller private tilbud etter behov.

En av revisjonens informanter peker i intervju på at boveiledertjenesten ikke har fungert som det i utgangspunktet skulle. Tanken var at tjenesten skulle ta imot oppdrag fra avd. psykisk helse og rus, Eiendomsavdelingen, NAV, barneverntjenesten og jobbe oppsøkende opp i mot enkeltpersoner og miljøer. Informanten peker på at det har vært enkelte misforståelser fra andre på avdelingen hva

⁵ Romeriksprosjektet er et samarbeid mellom kommuner på Romerike, Ahus og foreninger/interesseorganisasjoner. Prosjektet er nå avsluttet – avslutningsseminar 17. mars 2015 (Ahus.no)

arbeidsoppgavene i denne tjenesten skulle være. Basen for boveiledertjenesten er nå flyttet fra Dovrebygget til Norumlia, etter at Norumlia ble bemannet.

Enhetsleder i hjemmetjenesten opplyser at kommunen har etablert et boligsosialt nettverk som skal være kommunens boligsosiale «tenketank». Tanken er at nettverket skal ta opp utfordringer og spille inn forslag til tiltak i sine respektive enheter (og vice versa). Deltagere i dette nettverket er Hjemmebaserte tjenester, Tilrettelagte tjenester, Enhet familie og helse, NAV og Eiendomsenheten. Nettverket ledes av Tjenestekontoret for helse og omsorg.

Enhetsleder forteller at det også skal etableres et vedtaksteam for tildeling av kommunale utleieboliger (nærmere om dette i kapittel 5.3.4).

Dovrebygget ressurscenter

I temaplanen (2014-2020) beskrives Dovrebygget som et lavterskeltilbud for voksne over 18 år som har, eller er i fare for å utvikle psykiske helseplager. Senterets formål er å bidra til best mulig psykisk helse for brukerne gjennom meningsfulle aktiviteter, brukermedvirkning og sosial tilhørighet.

Senteret skal være et sted der man som bruker kan møte andre sosialt, og i tillegg oppleve å ta del i meningsfulle aktiviteter. Det legges vekt på at de som bruker senteret selv skal være med å utforme tilbudet ved senteret. Eksempler på aktiviteter ved senteret er:

- Felles lunsj
- Glasskunst
- Toving
- Kortlaging
- Forskjellige kurs
- Turer

Ved årsskiftet ble Dovrebygget overflyttet til Rælingen dagaktivitetssenter. Her er alle dagaktivitetstilbud nå samlet under en paraply, med mål om økt aktivitet for flere grupper. Enhetsleder for hjemmetjenesten opplyser (24.04.15) at ressurscenteret fremdeles er et eget team, men jobber i tett dialog med de andre teamene. Videre opplyser hun at det nå er besluttet å åpne en egen fast dag for mennesker under 30 år med psykiske lidelser og /eller rusutfordringer. Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom dagaktivitetssenteret og enhet for hjemmebaserte tjenester som skal ivareta den faglige veiledningen og opplæringen.

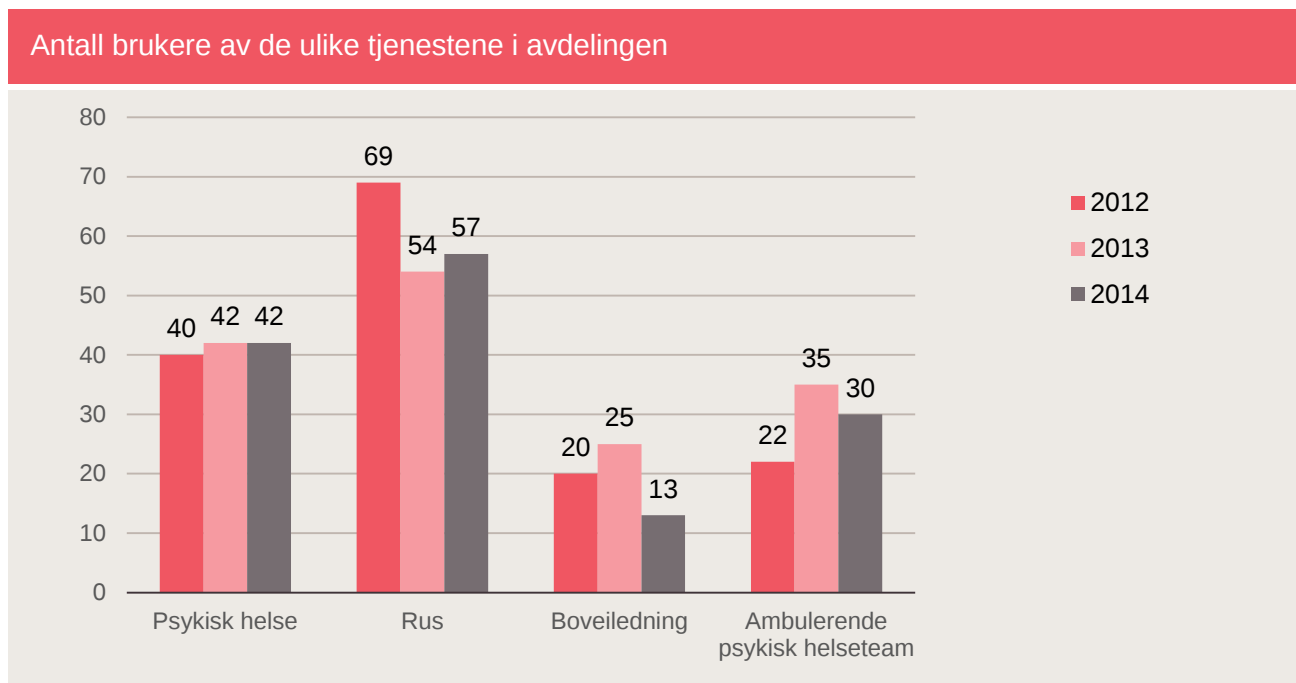
Norumlia.

Norumlia består av 9 kommunale utleieboliger som tildeles personer med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet.

Norumlia har de siste årene ikke hatt egen bemanning. Det er imidlertid gitt bo-veiledning på samme måte som til andre med slikt behov i kommunen. Senhøstes 2014 ble det besluttet at boligene skulle ha bemanning på kveldstid, med virkning fra desember 2014. Bakgrunnen var at flere av beboerne har komplekse utfordringer, redusert bo-evne og behov for trygge rammer rundt det å bo.

Figuren under viser antall brukere i de ulike tjenestene i avdelingen fra 2012 og frem til 1. tertial 2014.

Figur 5 Tjenestemottakere i avdeling psykisk helse og rus



Kilde: Temaplan avdeling psykisk helse og rus (2014-2020)

Antall brukere i psykisk helsetjeneste har vært stabilt de siste tre årene, mens antall brukere i ambulerende psykisk helsetjeneste (team) har økt siden 2012.

Nedgangen i antall brukere rustjenesten forklares i kommunens temaplan med at oppfølging i LAR gikk fra å være en tjeneste som krevde vedtak, til å være et lavterskeltilbud. Etter hva revisjonen forstår ble disse da ikke registrert i statistikken. Tilsvarende gjelder boveiledertjenesten som i 2014 ble omgjort til en lavterskeltjeneste⁶.

Ambulerende psykisk helsetjeneste har hatt en økning i antall brukere siden 2012. Brukerne beskrives som dårligere og sakene mer komplekse enn før. ROP-brukere er en del av brukergruppen.

⁶ Fra og med 1.1.2015 er både LAR og bo-veiledning igjen tjenester som krever vedtak.

3.2 Avdeling hjemmesykepleie

Enheten omfatter også to avdelinger for hjemmesykepleie og en avdeling for samlokaliserte boliger (døgnbemannede omsorgsboliger). Noen av brukerne som mottar tjenester fra avdeling psykisk helse og rus har også vedtak om hjemmetjenester. Dette dreier seg ofte om utdeling av medisiner.

3.3 NAV Rælingen

Det lokale NAV-kontoret ivaretar kommunens oppgaver etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (lov om sosiale tjenester i NAV). NAV Rælingen betjener innbyggere som har behov for råd, veiledning og informasjon om velferdsordningene hvor ansvaret er fordelt mellom Rælingen kommune og staten (NAV Rælingen 2014). Arbeidet er regulert i NAV-loven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, folketryktdloven, barneloven med flere.

NAV-kommune forvalter ordninger og tjenester som kvalifiseringsprogram, økonomisk sosialhjelp, bostøtte, økonomisk rådgivning, lånegaranti og kommunalt lån. NAVs hovedoppgave er å bidra til at innbyggere i kommunen kommer i arbeid eller aktivitet.

For de av brukerne som har mulighet til å komme seg ut i jobb igjen tilbyr NAV Rælingen ulike former for tiltak og oppfølging som blant annet utdanning, kurs, arbeidspraksis, lønnstilskudd og arbeidsavklaringspenger. For brukere hvor det er urealistisk å komme ut i arbeid bistår NAV med økonomiske ytelser som f.eks. uførepensjon. For de som er sykemeldte i en lengre periode har NAV, sammen med lege og arbeidsgiver ansvaret for å følge opp gjennom dialogmøter.

NAV har også ansvar for å skaffe midlertidig bolig til personer som står uten botilbud (lov om sosiale tjenester i NAV § 27) i tillegg har de ansvar for å medvirke til de boligsosiale forholdene i kommunen (Rælingen kommune boligsosial plan u.d.). I følge NAV-leder er det ofte hospits i Oslo som er aktuelt.

NAV-leder opplyser at de av og til henviser brukere til NAV ARK (Arbeidsrådgivningskontor). Dette er en tjeneste for personer som har behov for samtale med psykolog for å avklare arbeidsevne, muligheter og eventuelle hindringer. NAV-leder peker på at denne tjenesten kan være noe overlappende med tjenester som tilbys i avdeling psykisk helse og rus.

3.4 Eiendomsenheten

En alminnelig oppfatning er at en god og stabil boligsituasjon er et viktig velferdsgode og en grunnleggende forutsetning for et godt og selvstendig liv. I kommunens boligsosiale plan (Rælingen kommune boligsosial plan u.d.) understrekes at tilgang til egnede boliger, og et tilstrekkelig antall boliger, er en forutsetning for å kunne gi gode tjenester.

Mennesker med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet er ofte blant de vanskeligstilte på boligmarkedet og mange har behov for og krav på kommunens hjelp til å skaffe seg et sted å bo.

På revisjonstidspunktet (høsten 2014) er det eiendomsenheten, ved boligkoordinator som har ansvar for å behandle søknader om kommunal bolig⁷. I følge kommunens boligsosiale plan gjøres dette i nært samarbeid med fagtjenesten. Fagtjenesten bistår ofte brukeren med råd og veiledning samt praktisk bistand gjennom boligsøkerprosessen.

Revisjonens informanter opplyser at kommunen generelt mangler kommunale boliger og at brukergruppen vi her snakker om har utfordringer på boligmarkedet på grunn av manglende boevne. Det pekes på at flere trenger vernede botiltak ettersom de har vanskeligheter i forhold til naboer. Det kan for eksempel dreie seg om vansker med å holde orden, bråk, brannsikring, utkastelse og lignende.

Kommunen har på nåværende tidspunkt ingen døgnbemannede boliger. For de av kommunens brukere som trenger døgntilsyn må kommunen i hvert tilfelle «skreddersy» et tilbud. Enhetsleder i hjemmetjenesten beskriver dette som en stor utfordring. I flere tilfeller kjøper kommunen plasser eksternt.

Etter hva revisjonen har fått opplyst har det lenge vært et behov for et bedre botilbud til denne gruppen slik at de kan følges opp på en tilfredsstillende måte. Revisjonen får videre opplyst at det er fattet vedtak om å bygge seks til åtte boliger øremerket tunge rusmisbrukere og at boligene etter planen skal stå ferdig i 2016. Enhetsleder for hjemmetjenesten opplyser at dette vil avhjelpe situasjonen betraktelig. Når disse boligene står klare, ønsker kommunen i følge enhetsleder å jobbe videre med utvikling av Norumlia som treningsleiligheter innen psykiatri. Det er utarbeidet en intern rapport om videreutvikling av Norumlia til dette formålet. Enhetsleder forteller videre at det innen 20.06.15 skal være etablert en tverrfaglig arbeidsgruppe, som skal vurdere oppstart og drift av døgnbemannede boliger.

3.5 Enhet for familie og helse

Denne enheten består av seks avdelinger; helseadministrasjon med kommuneoverlege, forebyggende helsetjenester, pedagogisk avdeling, fysio- og ergoterapitjenesten, barneverntjenesten og flyktning- og inkluderingstjenesten.

Det er særlig kommuneoverlegen som er involvert i arbeidet med voksne brukere med psykiske helse og/eller ruslidelser. Videre kan familier med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet ha tiltak fra barnevernet. Flyktningetjenesten som bosetter flyktinger fra krigsherjede land har også brukere som trenger hjelp med tanke på psykiske helseproblemer.

⁷ Fra og med 1.1.2015 ble boligkoordinator overført til tjenestekontoret for helse og omsorg og har tittelen boligsosial konsulent.

3.5.1 Helseadministrasjon med kommuneoverlege

Helseadministrasjonen har det helsefaglige ansvaret for folkehelseiltak i kommunen, og administrerer fastlegeordningen. Kommuneoverlegen er en del av helseadministrasjonen. Hans hovedfunksjon er å være medisinskfaglig rådgiver for helsetjenesten, øvrig administrasjon og politiske organer i kommunen. Kommuneoverlegen inngår også i kommunens beredskap ved for eksempel flom, ulykker, kriser og lignende.

Om sin stilling forteller kommuneoverlegen til revisjonen:

Jeg fungerer som rådgiver for hele organisasjonen, både fra rådmannen og utover i tjenestene - også for politikere dersom det er ønske om det. Når det gjelder lederne i kommunen så er de ofte opptatt av å konsultere med kommuneoverlegen i forbindelse med prioritering av ressurser, det kan gjelde både kortsiktige og langsiktige prioriteringer. Jeg kan også være med på diskusjoner om prioriteringsarbeid ut i tjenestene, og involveres i tillegg gjerne i vanskelige pasientsaker. I forbindelse med slike saker tar jeg gjerne i kontakt med psykiatritjenesten.

Kommuneoverlegen fatter også vedtak ved behov for tvungen legeundersøkelse, eventuelt for tvungen innleggelse.

Kommuneoverlegen er faglig leder for fastlegene, men har ikke personalansvar ettersom de er selvstendig næringsdrivende. Fastlegene er en viktig del av kommunens tilbud og har en sentral rolle både med hensyn til behandling, medisiner og henvisning til spesialisthelsetjenesten.

I intervju med revisjonen opplyser kommuneoverlegen at en stor andel av arbeidet med psykisk helse og/eller rus ivaretas av fastlegene. Han anslår at hver fastlege ofte har 3-6 pasienter daglig med en problemstilling innen psykisk helse/rus. Kommuneoverlegen fungerer som et viktig bindeledd mellom fastlegene og kommunen (mer om fastlegen i kapittel 3.6).

3.5.2 Forebyggende helsetjenester

Forebyggende tjeneste har en sentral oppgave med å forebygge psykiske og fysiske plager hos barn og unge og tidlig fange opp signaler på utviklingsavvik, mistriksel, omsorgssvikt, overgrep osv. Tjenesten har ansvar for psykologtjenester til barn og unge.

Noen av tjenestene omfatter også unge voksne opp til 23 år, f.eks. helsestasjon for ungdom. Helsestasjonen gir råd og veiledning om blant annet rus, seksualitet, kjønnssykdommer, psykiske problemer og kosthold. Man kan også få henvisning videre til spesialist.

Rælingen kommune har siden 2006 hatt en struktur for tverrfaglig samarbeid beskrevet i egen modell - SafiR-modellen⁸. Gjennom å samarbeide på tvers av fagprofesjoner og avdelinger skal

⁸ Tverrfaglig samarbeid for barn og unge i aldersgruppen 0 – 23 år - en veileder for ledere og ansatte i Rælingen kommune.

kommunen styrke barn og unges oppvekstmiljø, forebygge, fysiske, psykiske og sosiale problemer og motvirke kriminalitet.

«Friskliv for voksne» ligger også under enhet for familie og helse. Det er et kommunalt lavterskeltilbud som hjelper og støtter personer som ønsker å endre levevaner knyttet til fysisk aktivitet, kosthold eller tobakk. Tilbudet gis gjennom individuelle samtaler og gruppebasert tilbud.

3.5.3 Flyktning- og inkluderingstjenesten

Flyktningetjenesten har ansvar for bosetting og oppfølging av nyankomne flyktninger i kommunen. Dette innebærer også oppfølging av tiltak knyttet til helseproblemer som ev. psykiske vansker.

Tjenesten har psykologkompetanse internt. Det tilbys en rekke forebyggende tiltak, blant annet tilbys KID-kurs i depresjonsmestring. Tjenesten har tett samarbeid med flere av kommunens andre tjenester, der i blant psykisk helse og rus.

3.5.4 Barneverntjenesten

Barnevernets rolle er å bistå barn og familier i en vanskelig livssituasjon slik at barn sikres gode levekår og utviklingsmuligheter.

På hjemmesiden til kommunen står det at barneverntjenestens hovedoppgave er å bidra til at barn og ungdom mellom 0 og 18 år som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får hjelp og omsorg til rett tid. Dette kan også innebære å hjelpe ungdom som står i fare for å utvikle rusproblemer eller kriminell atferd, og bidra til behandlingstilbud til de som har utviklet slike problemer. Barnevernet har også barnevernfaglig oppfølging av enslige mindreårige flyktninger som er bosatt i kommunen.

3.6 Fastlegene

Fastlegen er en sentral aktør for de fleste brukere og en viktig del av det samlede psykiske helse- og rusarbeidet i kommunen. I følge legelisten.no er det 11 fastleger i Rælingen kommune.

Fastlegen er en allmennpraktiserende lege som har inngått avtale med kommunen om deltakelse i fastlegeordningen. Han/hun har et ansvar for et helhetlig perspektiv, både når det gjelder utredning, behandling og oppfølging av pasientene.

Fastlegen henviser til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester ved behov (Helsedirektoratet 2014, 77). Fastlegen administrerer også mye av legemiddel-forskrivningen ved behandling av psykiske lidelser, som ved langtidsoppfølging av psykoser (ibid, 78). Fastlegen har også ansvar for foreskriving av medisiner til LAR-brukere.

3.7 Psykososialt kriseteam

Kriseteamet består av representanter fra Avdeling psykisk helse og rus, Enhet for familie og helse, samt politi og prest (Rælingen kommune temaplan u.d., 17). Formålet med kriseteamet er å være

tilgjengelig for de som har behov for støtte og hjelp ved ulykker og kriser som involverer en eller flere av kommunes innbyggere.

Teamet trer i kraft ved ulykker/hendelser som er av så omfattende karakter at det ordinære tjenesteapparatet ikke alene kan håndtere den psykososiale oppfølgingen. Teamet bistår med hjelp til organisering av krisearbeid på stedet, yter akutt krisepsykiatrisk hjelp til bearbeiding av opplevelsen og sorgarbeid. Teamet jobber inntil ordinær tjeneste er på plass og andre kan ta over.

3.8 Tjenestekontoret

Kontoret ble opprettet høsten 2013 og kommunen samlet da alle mottaks- og utredningsoppgavene innen helse- og omsorgssektoren til en enhet. Bakgrunnen for sammenslåingen var blant annet å sikre likebehandling og rettsikkerhet for brukerne.

Tjenestekontoret for helse og omsorg mottar og behandler søknader og henvendelser for alle helse- og omsorgstjenester, samt søknader om kommunale utleieboliger og døgnbemannede omsorgsboliger. Unntaket er lavterskeltilbudene hvor søkere og pårørende kan ta direkte kontakt med avdeling psykisk helse og rus. Kontoret har også ansvar for å informere brukerne om kommunens tilbud og eventuelt de hjelpetilbud som ligger utenfor kommunen. Rollen som koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten er lagt til tjenestekontoret (nærmere redegjørelse for koordinerende enhet i kapittel 5.7).

Kontoret er tverrfaglig sammensatt med sykepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, ergoterapeut, vernepleier og konsulent. To av saksbehandlere ved kontoret er «øremerket» søknader og henvendelser innen psykisk helse og rus.

Henvendelser til tjenestekontoret kan komme fra søkerne selv, pårørende/familie, NAV, helsesøster eller andre kommunale aktører, spesialisthelsetjenesten, fengsler m.fl. Kommunen ønsker helst at henvendelser fra nye søkere skal komme fra fastlegen, ettersom fastlegen best kan vurdere om pasienten bør utredes og behandles i spesialisthelsetjenesten eller om det er tilstrekkelig med helsehjelp i kommunehelsetjenesten (Rælingen kommune temaplan u.d.).

Når tjenestekontoret har fått en søknad kartlegges og utredes søknaden og vedtak fattes (nærmere om dette i kapittel 5.3.1).

4 REVISJONSKRITERIER

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

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

4.1 Kommunens systemansvar

Denne undersøkelsen har 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 og pålegger kommunen å utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer. 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.

4.2 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.

4.2.1 Krav til helhetlig og koordinert tjenestetilbud

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

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

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

Kommunen skal «legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her. Kommunen skal også samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helse og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet» jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4. 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» (Helsedirektoratet 2014, 98) Videre heter det at «[p]likten forutsetter at tjenestene samhandler om tilbudet til den enkelte bruker. Nødvendig samhandling må skje mellom tjenestene innen kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. [...]Det er tjenestenes ansvar å sørge for helheten, slik at det er lett for bruker og pårørende å få oversikt, og finne fram til rett tjeneste» (ibid).

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

Felles mål

Forankring

Avklare ulike kunnskapsgrunnlag

Rolleavklaring

Likeverdig deltakelse

Jevnlig kontakt og kommunikasjon

Dedikerte utøvere

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

4.2.2 Virkemidler

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

Det er kommunens plikt å utarbeide en **individuell plan** (IP) og å koordinere dette planarbeidet, for pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester enten ifølge helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Med behov for langvarige tjenester menes det at behovet må være av en viss varighet selv om det ikke trenger å strekke seg over et eksakt antall måneder eller år. Et behov for koordinerte tjenester innebærer at en pasient eller bruker har behov for flere helse- og/eller sosialtjenester samtidig og at disse dermed bør ses i sammenheng (Prop.91L (2010-2011):361).

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

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

I Nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, påpekes det at personer med ROP-lidelser⁹ 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. Koordinator 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).

⁹ 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 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).

4.3 Sammenfatning av revisjonskriteriene

Ut fra dette setter revisjonen opp følgende kriterier:

Problemstilling	Revisjonskriterier
I hvilken grad sikrer Rælingen kommune at pasienter eller brukere med psykiske vansker og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Kommunen skal legge til rette tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. ⇒ Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester i kommunen, og med andre tjenesteytere. ⇒ Kommunestyret skal vedta samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen. ⇒ Kommunen skal ha et system som sikrer at personer med langvarige og sammensatte behov tilbys en individuell plan og en koordinator, samt at kommunen skal ha en koordinerende enhet.

5 HELHETLIGE OG KOORDINERTE TJENESTER

Problemstilling og kriterier for dette kapittelet er som følger:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
I hvilken grad sikrer Rælingen kommune at pasienter eller brukere med psykiske vansker og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Kommunen skal legge til rette tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. ⇒ Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester i kommunen, og med andre tjenesteytere. ⇒ Kommunestyret skal vedta samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen. ⇒ Kommunen skal ha et system som sikrer at personer med langvarige og sammensatte behov tilbys en individuell plan og en koordinator, samt at kommunen skal ha en koordinerende enhet.

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. Hovedfokus er derfor på samarbeid og de systemer kommunen har for å legge til rette for samarbeid, både internt i kommunen, opp mot fastlegene og spesialisthelsetjenesten. I tillegg 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 opplever samarbeidet i praksis, både internt og opp mot spesialisthelsetjenesten.

Kapittelet er strukturert på følgende måte: I punkt 5.2 redegjør vi for samarbeidet internt i avdeling psykisk helse og rus. Deretter, i punkt 5.3, redegjør vi for samarbeidet mellom de forskjellige enhetene/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 Forankring av samarbeid

Kommunen har utarbeidet en temaplan for avdeling psykisk helse og rus (2014-2020) hvor *samhandling* defineres som et av fire satsningsområder. Med samhandling tenkes det her på det samarbeidet som foregår internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. I planen understrekes viktigheten av at behovet for samarbeid og samhandling dokumenteres i all utvikling av tjenestene.

Planen peker på at samhandling er et ledelsesansvar og at det må legges til rette og planlegges for så stor grad av samarbeid med aktuelle instanser som mulig. Samhandling og samarbeid er den strukturelle strategien for å sikre tilstrekkelig kapasitet, tilgang til og helhet i tjenestetilbudet i kommunen heter det videre i planen. Temaplanen ble vedtatt i kommunestyremøtet 18.06.14. Representanter for de ansatte og eksterne samarbeidspartnere har bidratt i utformingen av planen.

Enhetsleder i hjemmetjenesten opplyser at kommunen jobber aktivt med å bygge ned sektorgrenser og samarbeide mer på tvers enn før. Samarbeidet på ledernivå foregår blant annet i Helse- og omsorgs nettverksmøter. Her deltar i tillegg til enhetsleder hjemmetjenesten, enhetsleder enhet familie og helse, institusjon, tilrettelagte tjenester og NAV. Enhetsleder hjemmetjenesten opplyser videre at tankegangen om samarbeid er godt forankret både nedover og oppover i organisasjonen og at kommunen generelt jobber godt for å legge til rette for et helhetlig og godt pasientforløp. Hun peker imidlertid på at det tar tid å forankre en slik tenkning ut til det ytterste ledd i kommunen.

5.2 Samarbeid internt i avdeling for psykisk helse og rus

Ansvar og oppgaver

Avdelingen er inndelt i seks tjenester som alle har tilbud til personer med psykiske vansker og eller rusavhengighet. Tjenestene har dels ulike oppgaver og ulike brukergrupper, men i noen tilfeller er brukerne felles (mer om tjenestene i kapittel 5.2).

Ansvars- og oppgavefordelingen mellom teamene er beskrevet i avdelingens temaplan (2014-2016), og etter hva enhetslederen opplyser, i individuelle stillingsbeskrivelser.

Rutiner for samarbeid

Avdelingen har månedlige avdelingsmøter hvor alle i avdelingen deltar. Dette er primært et administrativt møte og ikke fagmøte. Enhetsleder i hjemmetjenesten opplyser at de ulike teamene har ukentlige koordineringsmøter hvor de koordinerer arbeidet seg i mellom. I tillegg har avdelingen en felles uformell lunsj en gang i uka.

Revisjonen får opplyst at teamene primært arbeider uavhengig av hverandre, men har et tett samarbeid i de tilfeller der brukerne mottar tjenester fra flere team. Noen brukere kan ha tilbud både fra rusteamet og psykisk helsetjeneste og i tillegg benytter mange seg av tilbudet på ressursentret.

Det er faste ukentlige vedtaksmøter hvor nye saker diskuteres og hvor det fattes vedtak om tjenester. Møtet er et viktig samarbeidsmøte mellom tjenestekontoret og enhet for hjemmetjenester/avdeling psykisk helse og rus og beskrives nærmere i kapitlene 5.2 og 5.3.1.

Såkalte flytmøter ble gjenopptatt på regelmessig basis etter at ny fagleder kom på plass i september 2014. Dette er møter hvor man går gjennom avdelingens brukere, status for brukerens situasjon og videre oppfølging/tjenester. Fagleder i avdelingen opplyser at hensikten med flytmøtet er å sikre bruker et best mulig tilbud innenfor de rammene kommunen har. Saksbehandler ved tjenestekontoret deltar også på disse møtene.

Utover dette blir revisjonen opplyst om at samarbeid internt i avdelingen foregår uformelt og etter behov.

Samarbeid i praksis

De av medarbeiderne revisjonen har intervjuet opplever alle egen rolle og oppgaver stort sett som avklarte/klare. Enhetsleder for hjemmetjenesten mener også roller og ansvar er avklart og at koordineringen internt fungerer godt.

Revisjonen får opplyst at man i utgangspunktet jobber med hver sine brukere, men at man hjelper hverandre etter behov. Man samarbeider både om tilbudet til brukerne og i situasjoner med sykdom, ferieavvikling og lignende:

Vi diskuterer for eksempel om det er noe annet man kan gjøre for å hjelpe enn at de sitter og kanskje dyrker problemene sine i samtaler med konsulent. Kanskje trenger de bo-veiledning og ambulerende tjenester i stedet?

Flere understreker imidlertid at det kan være vanskelig å «steppe inn» for hverandre. Brukere med psykiske problemer er ofte avhengige av trygghet og forutsigbarhet og ønsker å forholde seg til sin faste konsulent. Det gis generelt uttrykk for at det er en positiv innstilling til samarbeid og samarbeidet beskrives stort sett som godt. Samlokalisering i Dovrebygget trekkes frem som positivt for samarbeidet og det er lav terskel for å spørre andre til råds.

Til tross for at det er en lav terskel for å diskutere saker med kollegaer, er det flere som savner et eget forum hvor man kan drøfte vanskelige brukersaker mer formelt. Det uttrykkes ønske om at dette må komme i tillegg til flytmøtene. Revisjonen får opplyst at det av ulike årsaker har vært utfordrende å få til jevnlig flytmøter. Det understrekes at disse er viktige for å evaluere brukernes situasjon, evaluere om det er behov for mer hjelp, annen hjelp osv.

Både enhetsleder for hjemmetjenesten (fungerende avdelingsleder på revisjonstidspunktet) og medarbeidere i avdelingen peker på at samarbeidet innad i avdelingen til tider har vært vanskelig. Enhetsleder forteller at de har bak seg en periode på ca. 1,5 år hvor det har vært utfordringer både i samarbeidet medarbeiderne i mellom og mellom medarbeiderne og tidligere ledelse. På intervjutidspunktet høsten 2014 er enhetsleder for hjemmetjenesten formelt sett leder for avdelingen.

Det har også vært utfordringer i avdelingen knyttet til hvordan tjenestene til brukerne har blitt utført. I følge enhetsleder har det blant annet over tid utviklet seg det hun beskriver som en ukultur, hvor flere av de ansatte har satt brukerens vedtak til side, eller ikke kjent til vedtaket, og jobbet uavhengig av dette. Enhetsleder sier utfordringene trolig har hatt sammenheng med manglende lederskap, struktur og grensesetting:

Mange har nok hatt et for stort eierskap til klientene og noen har blitt hjulpet litt for mye. Det oppstår flere utfordringer med slike tette bånd. Det er viktig for personalet her å huske at det er Rælingen kommune sine klienter, ikke deres private (...). Kommunen skal yte hjelp til selvhjelp og ikke utføre oppgavene for klientene.

Hun ser ikke bort i fra at samarbeidsutfordringer og manglende oppfølging av vedtak kan ha bidratt til et dårligere tilbud til brukerne.

Avdelingens medarbeidere har sammen med ledelsen over tid jobbet systematisk med å bedre både samarbeidsklimaet og arbeidsformen. Det har også vært et tett samarbeid med arbeidslivssenteret på NAV, bedriftshelsetjenesten og kommuneoverlegen. Noen av tiltakene som er gjennomført er:

- Det er nedsatt en arbeidsmiljøgruppe og det er planlagt et seminar med fokus på arbeidsmiljø.
- Flytmøtene hvor de ansatte får veiledning og oppfølging av avdelingens fagleder er gjenopptatt
- Samtlige av medarbeidere i avdelingen har styrket sin kompetanse gjennom å ha gjennomført et høyskolestudium med 15 studiepoeng

Videre har det vært fokusert på å fremme «vi-tenkning» og utvikle avdelingen som et fellesskap. Sykefraværet gikk i 2014 kraftig ned, og arbeidsmiljøet beskrives nå som mye bedre. Det pekes på at en viss utskiftning i personalgruppa og endringer i ledelsen har hatt stor betydning i den sammenheng. Da intervjuene ble foretatt ble det pekt på at det er viktig å avklare ledersituasjonen i avdelingen. Revisjonen fikk senere opplyst at ny leder formelt kom på plass i februar 2015.

5.3 Samarbeid på tvers av kommunens enheter

5.3.1 Samarbeid med tjenestekontoret for helse og omsorg (THO)

Ansvar og oppgaver

Revisjonen får opplyst at det er et tett samarbeid mellom avdeling psykisk helse og rus og tjenestekontoret. Tjenestekontorets ansvar er å utrede og behandle søknader om helse- og omsorgstjenester (se også kapittel 5.3.1), mens avdeling psykisk helse og rus utfører tjenestene. De to aktørene samarbeider både i forkant av tildeling av tjenester, om tildeling av tjenester og om evaluering og forlengelse av vedtak.

Rutiner for samarbeid

Det er utarbeidet skriftlige flytprosedyrer for samhandling mellom tjenestekontoret og enhet for hjemmebaserte tjenester. Hensikten med prosedyren er å kvalitetssikre saksbehandlingsprosessen i saker som omhandler psykisk helse og rus, blant annet at alle skal kjenne sin rolle og sitt ansvar. Prosedyren er tilgjengelig i Kvalitetslosen og revidert i mars 2014. Neste oppdatering er i mars 2015.

I følge prosedyren skal i utgangspunktet alle henvendelser/søknader rettes til tjenestekontoret som har ansvar for å utrede saken, unntaket er de fleste lavterskeltilbud og kortvarige tilbud, for eksempel praktisk bistand som gis av boveiledertjenesten. Disse går direkte eller videreformidles til

avdeling psykisk helse og rus. Søknader/henvendelser knyttet til rusmiddelassistert rusbehandling (LAR) skal mottas ved THO, vurderes og dernest videreformidles til rustjenesten. Det fattes imidlertid ikke vedtak da dette er et lavterskeltilbud.

Dersom THO mottar henvendelser om KID-kurs eller angstkurs skal disse videreformidles til kursleder i avdeling psykisk helse og rus. I de tilfeller hvor tjenestene i avdeling psykisk helse og rus må gjennomføre besøk/samtale med bruker umiddelbart skal THO informeres om dette for ev. å kunne delta på møtet. Når det gjelder tildeling av boliger i Norumlia skal innkomne saker drøftes i vedtaksmøte. Informasjon om ledige, eventuelt kommende ledige leiligheter skal informeres inn til THO.

Når en sak er ferdig utredet og drøftet internt på tjenestekontoret legges saken frem i det ukentlige drøftings- og vedtaksmøtet. Her møter ledere fra både enhet for hjemmetjenesten og tjenestekontoret, den som har utredet sakene og konsulentene som er ansvarlig for å gi de ulike tjenestene. I møtet drøftes de ulike sakene, om det er foreslått riktig tjeneste, omfang av tjenesten osv. I møtet fattes beslutning om vedtak, mens selve vedtaket utformes av tjenestekontoret i etterkant. Møtet ledes av saksbehandler på tjenestekontoret. Det skrives møteprotokoll som er grunnlag for utformingen av selve vedtaket.

Når vedtak er fattet skal konsulenten ved avdeling psykisk helse og rus innen en uke ta kontakt med bruker for avtale om oppstart av tjenesten.

For å sikre at avdeling psykisk helse og rus jobber etter vedtaket skal fagleder i avdelingen følge opp i månedlige evalueringsmøter, de såkalte flytmøtene (se også kapittel 5.2).

I tillegg til vedtaksmøtet er det regelmessige møter mellom lederne i de to enhetene og ellers mye løpende og uformell kontakt på alle nivå i enhetene.

I enkelte saker deltar saksbehandler ved THO i samarbeids-/ansvarsgruppemøter, vurderings-samtaler eller hjemmebesøk.

Samarbeid i praksis

Revisjonens informanter (både fra tjenestekontoret og psykisk helse og rus) beskriver samarbeidet som godt, uten de store utfordringene. Det pekes på at de har en god dialog og et fleksibelt samarbeid og at mange engasjerte enkeltpersoner bidrar til at samarbeidet fungerer bra. Det underletter også samarbeidet å ha kontorer i samme bygg:

I en annen kommune jeg jobbet i er tjenestekontoret på rådhuset og personer fra tjenestekontoret jobber litt forskjellige steder i kommunen, dette gjør samarbeidet mer utfordrende.

Det er lav terskel for å snakke sammen uformelt i gangene.

Tilbudet er godt og veien er kort tilbake til tjenestekontoret hvis endringer må til, ny runder osv.

I enkelte saker blir jeg bedt om å komme med innspill tidlig i prosessen, vi har nesten daglig kontakt for å diskutere løpende saker og utredninger.

Revisjonen får opplyst at vedtaksmøtet fungerer godt og har utviklet seg positivt, men at det kan være en utfordring å komme gjennom alle sakene. Saksbehandler på tjenestekontoret forteller at de jobber kontinuerlig med å forbedre kvaliteten på møteprotokollen slik at den blir et godt grunnlag for utforming av selve vedtaket.

Til tross for et godt samarbeid medarbeiderne i mellom, pekes det på at de utfordringene som har vært i avdeling psykisk helse og rus, også har hatt betydning for samarbeidet med tjenestekontoret. Blant annet skal det ha vært utfordrende å få til gode samarbeidsrutiner, for eksempel i flytmøtene.

Oppfatningen er at medarbeiderne i avdelingen til tider har hatt nok med å «holde hodet over vannet», og at arbeidet derfor ikke alltid har vært like godt organisert og strukturert. Det pekes på at medarbeiderne har jobbet mye alene med lite veiledning og oppfølging. Revisjonen får opplyst at dette har blitt bedre etter at fagleder kom på plass i september 2014.

I tjenestekontoret etterlyser man for øvrig bedre tjenestebeskrivelser for tjenestene i Avdeling psykisk helse og rus. Det pekes på at gode tjenestebeskrivelser er viktig slik at alle, både internt og eksternt, vet hvilke tjenester kommunen tilbyr. Det er også viktig, slik eksemplet under illustrerer, med tanke på å sikre at man har lik oppfatning av tjenestene:

Jeg har min forståelse for hva de gjør og ikke sikkert det samsvarer med det avdelingen sjøl mener de gjør. En tjenestebeskrivelse vil kunne bidra til å sikre lik forståelse. For oss er det noen ganger litt uklart hvem som gjør hva. Men vet ikke helt hvem som har ansvaret for å få dette på plass.

Enhetsleder for hjemmetjenesten opplyser om at det foreligger tjenestebeskrivelser for alle team (f.eks. i temaplan), men at disse må oppdateres i lys av Samhandlingsreformen, nye samarbeidspartnere osv.

5.3.2 Samarbeid med NAV Rælingen

Ansvar og oppgaver

NAV har en viktig rolle i kommunens arbeid på området psykisk helse og rus og er en sentral samarbeidspartner for avdeling psykisk helse og rus. Rustjenesten trekker frem NAV som sin viktigste samarbeidspartner.

Samarbeidet med NAV dreier seg ofte om å bistå med å skaffe brukeren et sted å bo, ev. arbeid, bistå med ulike søknader, spørsmål om økonomi mm. NAV forvalter blant annet økonomien til flere av brukerne i avdelingen, enten som en frivillig eller tvungen ordning.

Enhetsleder i hjemmetjenesten peker på at mye av samarbeidet med NAV handler om å bidra til å skape verdighet i livet til mennesker med dels store utfordringer og som ikke er i stand til å styre egne liv eller egen økonomi. Hun forteller at avgjørelser i NAV kan være vanskelige å forstå og kan bidra til å skape både frustrasjon og aggresjon hos bruker. Konsulentenes (i avdelingen) rolle i

denne sammenheng er å tilrettelegge slik at livet til brukerne blir noe lettere, være en «buffer» og bidra til at samarbeidet går så smidig som mulig. Konsulentene beskriver seg selv som støttespillere:

Vi bistår med å ta kontakt, rydde opp, søke etc. Har en bruker som ikke får bevege seg på NAV, all kontakt må derfor skje gjennom konsulent [...]. Men er opptatt av å ikke gjøre ting for de, dersom de klarer ting selv skal de gjøre det selv. Som konsulent skal du være en støttespiller.

Rutiner for samarbeid

Samarbeidet med NAV har foregått formelt gjennom felles deltagelse i ansvarsgruppemøter, ellers samarbeides det fra sak til sak.

Samarbeidet er formalisert i en samarbeidsavtale. Avtalen er fra 2009 og var på revisjonstidspunktet til revidering. I et internt notat fremgår at det er enighet mellom partene om tre overordnede mål for den nye/den reviderte avtalen:

- Å avklare roller og ansvarsområder partene i mellom
- At tjenestene fremstår som en koordinert og sammenhengende tjeneste overfor brukere og øvrige samarbeidspartnere
- At partene kan utnytte hverandres kompetanse, ressurser og metoder til gjensidig nytte.

Partene har kommet frem til fire tiltak som skal gjennomføres; kompetanseføring mellom partene, samarbeidsmøte i vanskelige saker, ledermøter og faste kontaktpersoner. Ferdigstillingen av avtalen er utsatt flere ganger og skal nå etter planen ferdigstilles før sommeren 2015. Enhetsleder i hjemmetjenesten opplyser at flere av tiltakene allerede er iverksatt.

Samarbeid i praksis

NAV-leder opplyser i intervju med revisjonen at ansvarsfordeling har vært litt uavklart tidligere, blant annet fordi NAV tidligere hadde en ruskonsulentstilling og at NAV dermed gikk «litt i beina på» avdeling psykisk helse og rus. Arbeidsoppgavene oppleves nå som mer avklarte. Blant annet har det vært møter der man har gått gjennom ansvarsfordelingen og grensesnitt mellom enhetene.

Konsulentene revisjonen har intervjuet peker på at det kan være en utfordring at saksbehandlere i NAV ikke alltid er like tilgjengelige. Dette er det funnet en løsning på ved at man sender en forespørsel på mail og hvor saksbehandleren i NAV ringer tilbake. En av konsulentene i NAV mener NAV og avdeling psykisk helse og rus burde vært samlokalisert, noe som hadde lettet samarbeidet.

I følge NAV-leder er det en utfordring at enkelte klienter med rus og psykisk helseproblematikk opptrer aggressivt og kan oppleves som truende. Han peker på at frustrasjoner hos brukerne ofte handler om hvordan man har sagt ting. De jobber derfor nå med å styrke veiledningskompetansen internt, slik at de blir gode på hvordan man snakker til brukeren. I tillegg jobber de med et nytt system for kollegaveiledning. NAV-leder understreker viktigheten av å møte brukeren med respekt. Det er også nylig opprettet en «akutt-telefon» som skal brukes i spesielle saker, f.eks. når en utfordrende eller truende bruker er på vei til NAV.

NAV-leder påpeker at de har opplevd at medarbeiderne i avdeling psykisk helse og rus opptrer som brukernes advokater. En av informantene i avdeling psykisk helse og rus forteller at enkelte brukere ikke betrakter ansatte på NAV som konsulentenes kollegaer. NAV ansatte blir, folkelig sagt, sett på som «de slemme», mens konsulentene i psykisk helse og rus blir «de snille» hjelperne. Internt i avdeling psykisk helse og rus jobber de med å få brukerne til å forstå at NAV ansatte er konsulentenes kollegaer og at de har forskjellige oppgaver og roller.

NAV-leder mener videre det trengs en forventningsavklaring ettersom mange ofte forventer for mye av NAV. Han peker på at mange nok har uriktig informasjon om hva NAV lokalt faktisk kan bidra med. Videre peker han på at det nok fortsatt er uklarheter i forhold til lokalkontorets fokus på «arbeid først» kontra det gamle sosialkontoret med rus og psykiatri som en del av virksomheten.

Et gjennomgående ønske fra samtlige revisjonen har intervjuet er å innføre en rutine med faste møter på avdelingsnivå med NAV. Det har vært slike møter tidligere og de har nå så vidt begynt med det igjen, men det er ingen fast rutine. Både NAV leder, fungerende avdelingsleder i psykisk helse og rus og medarbeiderne i avdelingen peker på viktigheten av at de kjenner til hverandres tjenester, oppgaver og rolle, og ikke minst – hverandre som medarbeidere. NAV-leder understreker viktigheten av å være åpen for å kunne samarbeide best mulig og at ikke «veggene blir for høye» mellom de som jobber i NAV og de som jobber i resten av kommunen.

5.3.3 Samarbeid med hjemmetjenesten

Ansvar og oppgaver

Enhetsleder i hjemmetjenesten trekker frem hjemmetjenesten som en viktig samarbeidspartner for avdeling psykisk helse og rus. Hjemmetjenesten og avdeling psykisk helse og rus har flere felles brukere. Hjemmetjenestens oppgave er blant annet å dele ut medisiner (for eksempel til de som skal ha metadon) og ellers yte de hjemmetjenester som brukeren har fått tildelt.

Samarbeidet med hjemmetjenesten handler ofte om å drøfte løsninger for krevende brukere, medisinbruk, behandling, hvem som gjør hva osv.

Rutiner for samarbeid

Avdeling psykisk helse og rus og hjemmetjenesten er en del av samme enhet, de har felles leder og holder til i samme lokaler, noe som underletter samarbeid og kontakt. Det er ingen faste samarbeidsmøter mellom de to tjenestene, samarbeidet skjer løpende og etter behov. Hjemmetjenesten deltar i ansvarsgruppemøter der det er aktuelt.

Samarbeid i praksis

Hjemmesykepleien oppsøker ofte brukere utenfor normal arbeidstid. Enhetsleder for tjenestekontoret og tidligere leder av hjemmetjenesten peker på at det er en utfordring at hjemmetjenesten i liten grad har kompetanse på psykisk helse og rusproblematikk. De har for eksempel ikke alltid den kompetansen som trengs for å kunne «sette grenser» for krevende personer i denne brukergruppen. Nåværende enhetsleder i hjemmetjenesten påpeker at det er en del utrygghet blant medarbeiderne når det gjelder pasienter med høy voldsusikkerhet. I slike tilfeller

går man sammen to og to, eller kontakter bruker per telefon dersom man kun skal sjekke hvordan det går.

Enhetsleder for tjenestekontoret og tidligere leder av hjemmetjenesten mener at samarbeidet har blitt bedre etter samlokalisering i Dovrebygget. Samlokalisering gjør det enklere å dele informasjon og kunnskap og kort avstand letter samarbeidet.

5.3.4 Samarbeid med eiendomsenheten

På tidspunkt for revisjonens undersøkelse høsten 2014 var det boligkoordinator i kommunens eiendomsenhet som hadde ansvar for å utrede og behandle søknader om kommunal bolig¹⁰, med grunnlag i kriterier utarbeidet av kommunestyret. Boligkoordinator samarbeidet imidlertid nært med konsulentene i avdeling psykisk helse og rus som kjenner søkeren godt og ofte bistår søkeren i prosessen med å søke bolig.

Rutiner for samarbeid

I boligsosial plan (Plan for kommunens boligsosiale virksomhet, 2013-2016) pekes det på at det er avdekket et behov for en gjennomgang av rutineene for samhandling og ansvars plassering mellom Eiendomsenheten og de ulike fagtjenestene (der i blant avdeling psykisk helse og rus). I planen heter det at *oppfølging i bolig bør inngå som en del av den brukerrettede tjenesten som virksomheten tilbyr sine brukere* (Rælingen kommune boligsosial plan u.d.).

Eiendomsenhetens veiledningsvirksomhet skal i følge planen avgrense seg til å gjelde forhold knyttet direkte til boligen og leieforholdet, mens oppfølging og veiledning i praktiske sider ved «å bo» skal være fagtjenestens ansvar. At det har vært uklarheter på dette området bekreftes av revisjonens informanter. De peker på at arbeidet med bo-oppfølging er basert på frivillighet fra brukers side og at bo-oppfølger derfor er avhengig av tillit hos bruker for å kunne gjøre en god jobb. Eiendomsenheten har som eier av boligene ikke samme behov for tillit fra bruker og kan lettere stille krav om å komme inn i leilighetene for å sjekke brannsikkerhet, vedlikehold, orden og lignende.

I den boligsosiale planen foreslås også at vedtak om kommunal bolig og leiekontrakter bør inneholde opplysninger om hvilken fagtjeneste som ev. har ansvar for bo-oppfølging, dette for å sikre at det blir foretatt en faglig vurdering av behovene til leietaker og at de nødvendige tiltak blir satt inn.

Enhetsleder for hjemmetjenesten opplyser til revisjonen i april 2015 at det nå er kommet på plass nye rutiner som blant annet skal sikre bedre samarbeid mellom eiendomsenheten og fagtjenestene (herunder avdeling psykisk helse og rus) og praktisk gjennomføring av oppgavene.

¹⁰ Med unntak av botilbudet på Norumlia som tildeles av avdeling psykisk helse og rus.

Revisjonen får videre opplyst at kommunen også har nedsatt et vedtaksteam som blant annet skal ha ansvar for innstilling til vedtak om kommunale utleieboliger og tildeling av konkret bolig. Tildeling av boliger med tjenester¹¹ utredes fremdeles av tjenestekontoret, mens vedtaksteamet fatter vedtak.

Etter hva revisjonen forstår er hensikten med å etablere et vedtaksteam bedre å kunne kvalitetssikre vurderinger og avgjørelser gjennom en tverrfaglig tilnærming og samtidig styrke rettssikkerheten til den enkelte. Det er utarbeidet en egen prosedyrebeskrivelse for ansvar, utførelse og selve gjennomføringen av vedtaksmøtet. Møtet ledes av konsulent boligsosialt arbeid (tidligere kalt boligkoordinator). Deltagere på møtet er avdelingsleder for avdeling psykisk helse og rus, NAV, flyktninge- og inkluderingstjenesten, avdelingsleder barneverntjenesten og enhetsleder tjenestekontoret. Det er også besluttet å etablere et vedtaksteam for tildeling av startlån. Denne oppgaven ble tidligere ivaretatt av en økonomisk rådgiver i NAV som gjorde dette alene etter vedtatte kriterier.

Samarbeid i praksis

Revisjonen har ikke undersøkt nærmere hvordan samarbeidet på dette området fungerer i praksis. Revisjonens informanter trekker imidlertid frem som positivt at boligkoordinator fra og med 2015 flyttes til tjenestekontoret med kontor i Dovrebygget.

5.3.5 Samarbeid med kommuneoverlegen

Kommuneoverlegen trekkes frem av informantene som en viktig ressurs og samarbeidspartner for avdeling psykisk helse og rus.

Ansvar og oppgaver

Kommuneoverlegen er medisinskfaglig rådgiver for hele organisasjonen og har blant annet ansvar for å administrere fastlegeordningen. Kommuneoverlegen selv peker på at han jobber opp mot mange forskjellige deler av organisasjonen og opp i mot mange ulike aktører. Han beskriver dette som utfordrende, men at han jobber bevisst for å få til et godt samarbeid.

Enhetsleder i hjemmetjenesten opplyser at kommuneoverlegen «kobles på» i alle vanskelige saker og bidrar med råd og veiledning både om regelverk og faglige spørsmål. Det kan være spørsmål om tvungen legeundersøkelse med tanke på innleggelse på Ahus. Eller det kan dreie seg om personer med en alvorlig sinnslidelse og at vedkommende er til fare for seg selv eller andre. Revisjonen får opplyst at kommunen kanskje har ti slike saker i året. Kommuneoverlegen trekkes også frem som et viktig bindeledd mellom kommunen og fastlegene.

Videre fremheves kommuneoverlegen som en ressursperson i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Spesielt er han viktig i vanskelige eller konfliktfylte samarbeidssituasjoner.

¹¹ Enhetsleder for hjemmetjenesten opplyser at dette gjelder Norumlia psykiatriboliger, de fremtidige boligene for mennesker med rusavhengighet og de tradisjonelle omsorgsboligene.

Rutiner for samarbeid

Det er et fast månedlig møte med alle enhetsledere innen helse og sosialomsorgen hvor både enhetslederen for hjemmetjenesten og kommuneoverlegen deltar. Revisjonen får opplyst at det ellers er møter etter behov, ofte med ukentlig kontakt. Samarbeidet mellom kommuneoverlegen og avdeling psykisk helse og rus er ikke regulert i samarbeidsavtaler eller skriftlige rutiner. Kommuneoverlegen kan ikke se at det er et slikt behov.

Samarbeid i praksis

Kommuneoverlegen mener avdeling psykisk helse og rus er «flinke til å bruke ham». Enhetsleder for hjemmetjenesten peker på at kontorer på samme sted (som hun som leder, medarbeiderne har kontorer i Dovrebygget) bidrar til å gjøre kommunikasjon og samarbeid dem i mellom enkelt. Tilsvarende påpeker kommuneoverlegen på at det er en ulempe at han ikke er samlokalisert med tjenestekontoret, da dette ville lettet diskusjoner om enkeltsaker.

Både enhetsleder i hjemmetjenesten og fagleder i avdeling psykisk helse og rus er godt fornøyd med samarbeidet med kommuneoverlegen. De oppfatter han som lett tilgjengelig, dyktig og engasjert. Kommuneoverlegen beskriver også samarbeidet som godt og at de samarbeider i de saker som er nødvendig. Han peker også på at samarbeidet er langt bedre enn før; han får lettere innpass og anledning til å bidra, lederne er dyktige og samarbeidet flyter lett.

5.3.6 Samarbeid med andre tjenester i kommunen

Det er også et samarbeid mellom avdeling psykisk helse og rus og enhet for familie og helse. Blant annet er det et samarbeid om forebygging og oppfølging av unge voksne med psykiske vansker eller rusproblemer opp mellom 18 og 23 år. Fagleder i avdeling psykisk helse og rus er tilsatt i 40 prosent stilling som psykolog i enhet for familie og helse noe som trekkes frem som en styrke for samarbeidet.

Samarbeidet foregår i ansvarsgruppemøter eller i tverrfaglige møter med utgangspunkt i samarbeidsmodellen SAFIR. Arbeidsinnsatsen er både primær- sekundær- og tertiærforebyggende. Det vil si at innsatsen er rettet mot alle barn og ungdommer før det har oppstått problemer, mot grupper eller personer i risikogruppen og ungdom med alvorlige problemer. Representanter for avdeling psykisk helse og rus har blant annet deltatt i arbeidsgrupper som jobber frem rutiner rundt «bekymret for en voksen og bekymret for et barn», samt at det er et nært samarbeid om plan mot vold i nære relasjoner.

Ledere og ruskonsulenter i avdeling psykisk helse og rus har blant annet deltatt i et tverrfaglig samarbeidsprosjekt med blant andre enhet for familie og helse om å kartlegge og identifisere svakheter ved kommunens system for rusforebygging for unge mellom 13 og 23 år¹². Bakgrunnen var indikasjoner på at ungdom med begynnende rusmisbruk ikke ble fanget opp av kommunen.

¹² Prosjekt «Rusforebygging unge» - Rælingen kommune, sluttrapport, 2013.

Gjennom flere ulike tiltak, blant annet avtale om rustesting, foreldreveiledning, møter med ungdomskubbene og skolene gjorde kommunen seg mange erfaringer om rusforebygging. Blant annet ble det opprettet et samarbeidsforum «Sammen for ungdom i Rælingen». Prosjektet bidro spesielt med å heve kompetansen om rus blant samarbeidspartnerne og tydeliggjorde viktigheten av forebyggende arbeid blant unge i kommunen. I prosjektrapporten pekes det på at særlig rustjenestens arbeidsområder ble bedre kjent i andre instanser. Det ble også pekt på at rustjenesten har målgruppe med nedre aldersgrense 18 år og at dette begrenser deres arbeid mot de yngste.

Avdeling psykisk helse og rus deltar også i et prosjekt i regi av enhet for familie og helse hvor man i samarbeid med skolene forsøker å komme frem til et system for håndtering av de mest utfordrende ungdommene. Målet er å sikre gode overganger mellom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.

Avdeling psykisk helse og rus bidrar videre inn i kommunens tilbud til barn av foreldre/foresatte med psykiske helseutfordringer, ev. rusproblematikk gjennom den såkalte SMIL-gruppa. Tilbudet er et samarbeid mellom avdeling psykisk helse og rus og enhet for familie og helse og er rettet inn mot å fungere opplysende og gi støtte.

Samarbeid med barnevernet

I enkelte saker er det også et samarbeid/kontakt mellom avdeling psykisk helse og rus og barnevernet. Dette er saker hvor brukerne har barn som har tiltak fra barnevernet. I avdeling psykisk helse og rus tas det til orde for mer systematisk samarbeid med barnevernet gjennom f.eks. jevnlig lunsjmøter. Det pekes på at bedre kjennskap til hverandres tjenester vil kunne bidra til et bedre og mer helhetlig tilbud til brukerne. Selv om man har forskjellig funksjon og rolle, er det viktig å samarbeide for å bli kjent og forstå hverandres rolle og tenkning, fremholdes det.

Det nevnes blant annet at barnevernets praktisering av taushetsplikten oppleves som en utfordring. I sluttrapporten for prosjektet om rusforebygging blant unge¹³ pekes det på at samarbeidet mellom Avdeling psykisk helse og rus og Barneverntjenesten ikke har blitt helt som man håpet på. Det pekes på at det ble avholdt en kursdag om taushetsplikt og samarbeid, men at samarbeidet utover dette kun delvis har utviklet seg.

Samarbeid med flykningetjenesten

Kommunen mottar årlig flykninger etter avtale med Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (Imdi). Flykninger er en sårbar gruppe hvorav mange har psykiske problemer og trenger støtte, ev. behandling. Fagleder i avdeling psykisk helse og rus opplyser at de samarbeider med flykningetjenesten om KID-kurs (kurs i depresjonsmestring). Det hender også noen går til støttesamtaler i psykisk helseteam. Ut over dette følger etter hva revisjonen forstår flykningetjenesten selv opp de som sliter psykisk. Fagleder og psykolog i avdeling psykisk helse og rus jobber også i flykningetjenesten hvor hun blant annet bistår med psykologhjelp og leder KID-

¹³ Prosjekt «Rusforebygging unge» - Rælingen kommune, sluttrapport 2013.

kurs. Kommuneoverlegen mener flyktninger er godt ivaretatt i kommunen, blant annet er tjenesten kjent for å jobbe veldig godt forebyggende.

Samarbeid med Frisklivsentralen

Avdeling psykisk helse og rus har også et samarbeid med Frisklivsentralen. Flere understreker at det er viktig at de som sliter psykisk kommer ut av isolasjon, etablerer sosiale relasjoner og aktiviteter utenfor boligen. I tillegg til kommunens ressurscenter (Dovrebygget) er Frisklivsentralen et annet slikt kommunalt tilbud. Frisklivsentralen hjelper og støtter personer som ønsker å endre levevaner knyttet til fysisk aktivitet, kosthold eller tobakk. Tilbudet gis gjennom individuelle samtaler og gruppebasert tilbud. Det er også tilbud om felles turer, lunsj osv.

Samarbeid om gravide rusmisbrukere spesielt

Avdeling psykisk helse og rus deltar i et tverrfaglig samarbeid om oppfølging av gravide rusmisbrukere. Oppfølgingen og samarbeidet er beskrevet i en egen rutine datert 06.02.2014.

I følge rutinen skal den som får opplysninger om en gravid rusmisbruker melde fra til rustjenesten. Normalt vil det da innkalles til et møte mellom den gravide, fastlege, rustjeneste og jordmor. I tillegg evt. NAV og/eller fødepoliklinikk, dersom det er nødvendig. Barnevernet kan også være en samarbeidspartner på slutten av svangerskapet dersom samtykke til dette er gitt fra den gravide.

5.4 Samhandling med fastlegene

Ansvar og oppgaver

Fastlegens arbeid er en viktig del av det samlede psykiske helsearbeid og rusarbeidet i kommunen. 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.

Enhetsleder i hjemmetjenesten opplyser at de samhandler med fastlegen på områder om behandling, utredning, medisiner, innleggelse og opprettholdelse av funksjonsnivå. Det kan være spørsmål eller innspill om medisinbruk, brukerens situasjon, henvisning til spesialisthelsetjenesten osv. Enhetsleder peker på at mange klienter ikke ønsker å ha en fastlege og at dette kan være en utfordring. Kommunen jobber imidlertid aktivt for at klientene skal ha en fastlege.

Rutiner for samarbeid

Samarbeid med fastlegene om den enkelte bruker skjer gjennom ansvarsgruppemøter (se også kapittel 5.6.1) der dette er etablert, ellers etter behov. Fastlegen er også en del av samarbeidet om kommunens LAR-brukere. Enhetsleder i hjemmetjenesten opplyser at det nylig er utformet en avtale med fastlegene, som skal sikre at LAR-brukerne får den hjelpen de trenger hos fastlegen.

Utover dette ringer man fastlegene ved behov, for eksempel ved spørsmål om medisinbruk, bivirkninger eller for å diskutere brukerens situasjon. Konsulentene er også med brukeren til konsultasjon hos fastlegen i de tilfeller bruker ønsker dette.

På avdelingsnivå er det samarbeidsmøte med fastlegene en gang i året, i tillegg blir avdelingen av og til invitert til fastlegenes «torsdagsforum».

Som nevnt tidligere er kommuneoverlegen et viktig bindeledd mellom avdeling psykisk helse og rus og fastlegene. Han har møte med fastlegene cirka en gang i måneden og ellers mye løpende kontakt. Han peker på at det er en utfordring å være «en slags leder» for fastlegene uten at han har personalansvaret. Det er, påpeker han, blant annet vanskelig å stille krav.

Det er ingen overordnede rutiner eller avtaler om samarbeidet med den aktuelle brukergruppen utover det som fremgår av fastlegeavtalen mellom kommunen og fastlegene.

Samarbeid i praksis

Det pekes på at det er en utfordring for fastlegene å delta på ansvarsgruppemøtene. Det er en erkjennelse at fastlegene er presset på tid og at det er viktig å tilrettelegge for fastlegenes deltagelse. Ofte blir derfor ansvarsgruppemøter lagt til ettermiddagen og gjerne på fastlegens kontor.

Kommuneoverlegen peker på at det å ha romslighet i en fastlegepraksis er viktig, men at det til tider kan være utfordrende. Kommuneoverlegen opplyser om at det nok er et ønske om å få mer informasjon om hverandres tjenester og bli oppdatert om ulike klienter.

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 kapitlet 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 side. Undersøkelsen belyser ikke samarbeidet slik spesialisthelsetjenestens opplever det.

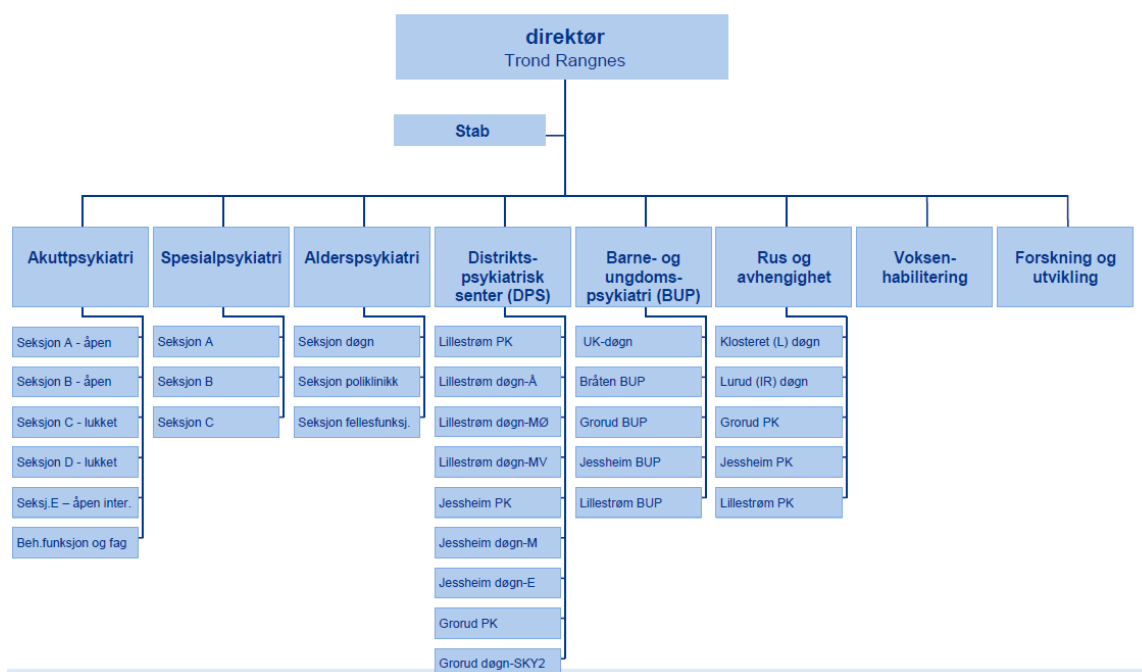
Innledningsvis redegjør vi for hvilke tjenester som tilbys ved Ahus med et spesielt fokus på de delene av spesialisthelsetjenesten som kommunen peker på som de viktigste samarbeidspartnerne for brukere/pasienter over 18 år.

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, hvorav Rælingen er en. De har også ansvar for tjenester til tre av Oslos bydeler (Akershus universitetssykehus 2015).

Ahus tilbyr spesialisthelsetjenester innenfor områdene voksenpsykiatri på sykehusnivå, distrikts-psykiatriske 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 6 Organisasjonskart Ahus, divisjon psykisk helsevern



Kilde: Ahus.no

I revisjonens intervjuer opplyses det om at kommunen samarbeider med alle delene av spesialisthelsetjenesten, men noen fremheves som mer sentrale enn andre i dette samarbeidet. Distrikts-psykiatriske (DPS) på Lillestrøm trekkes frem som den viktigste samarbeidspartneren for Psykisk helseteam og Ambulerende psykisk helseteam, mens Rus og avhengighet (ARA) trekkes frem som den viktigste for Rustjenesten. Revisjonen får også opplyst at det er en del kontakt og samarbeid med avdeling for akuttpsykiatri ved Ahus.

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

Distriktpsikiatrisk 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 atferdsproblemer 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 akuttfunksjoner (Akutteamet), Allmennpoliklinikken, Team for tidlig intervensjon og rehabiliteringsteamet (TIRE), Rehabiliteringsteamet og Enhet for gruppeterapi (ibid). For de tre første tjenestene som har blitt nevnt spesielt under intervju følger en kort beskrivelse.

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 den enkelte befinner seg i, og reiser ut til pasienten ved behov. Teamet forsøker å finne alternative løsninger til innleggelse på sykehus (ibid).

Allmennpoliklinikken jobber i første rekke med å gi tilbud om undersøkelse og behandling til personer med psykiske plager, som hemmer en normal livsutfoldelse. 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 (ibid).

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

Når det gjelder døgn tjenester har DPS Nedre Romerike fire enheter som jobber med dette. Åråsen 3 har ni senger hvorav en seng er brukerstyrt, Åråsen 2 er samlokalisert med Åråsen 3 og har fire korttidssenger som administreres av akutteamet. Moenga øst/vest har til sammen 17 senger hvorav en seng er brukerstyrt¹⁴ (ibid).

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).

¹⁴ 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).

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

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

Akuttpsykiatri

Avdelingen Akuttpsykiatri er et tilbud til voksne med behov for øyeblikkelig hjelp 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 delavtaler¹⁵. 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 Rælingen og Ahus ble inngått i november 2012.

¹⁵ Samhandlingsavtalene som er inngått mellom Rælingen og Ahus er tilgjengelige på <http://www.samhandlingskontoret.no/>

Av avtalen fremgår at den skal:

(...) sikre systematisk samarbeid mellom Ahus og kommunene om helhetlige, koordinerte og kvalitativt gode helsetjenester. Avtalen skal sikre en tydelig oppgave og funksjonsdeling mellom partene. Partene erkjenner at dialog er et viktig fundament for gjennomføring og samhandling knyttet til avtalen. Samarbeidet skal bygge på likeverdighet mellom partene. Samarbeidsavtalen angir overordnede 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 (...) (Regionalt samhandlingskontor Nedre Romerike 2012, Overordnet samarbeidsavtale punkt 3).

Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp

Kommunen inngikk i november 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 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 utskriving (jf. punkt 4).
- ansvar knyttet til særlige forhold ved poliklinisk behandling og dagbehandling (jf. punkt 5).

Samarbeidsavtale om koordinerte tjenester

Kommunen inngikk 27.11.2012 avtale om koordinerte tjenester. Avtalen omfatter samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskriving, 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 enhver tid (...) *eksisterer forpliktende samarbeidsrutiner og samarbeidsarenaer for å ivareta pasienter/brukere med behov for koordinerte tjenester, rehabilitering og læring og mestring (...)*. 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.

I følge retningslinjene er formålet med retningslinjene følgende:

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

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 å drøfte eventuell 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 (møter uten pasient og pårørende til stede) over tid ikke er tilstrekkelig. Mandatet er å drøfte og finne løsninger i konkrete sammensatte klientsaker. Målet er at man skal komme frem til en omforent forståelse av brukers behov, avklare ansvar og fordele oppgaver. Aktuelle deltagere i dette forumet er ledere med beslutningsmyndighet for tjenestene i kommunene og i Ahus og den aktuelle saken samt de som er involvert i behandlingen av pasienten. Ved behov kan også kommuneoverleger og representanter fra andre tjenesteytere som f.eks. hjemmetjenesten eller NAV også innkalles. Møtene arrangeres 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.
- 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

Revisjonen får opplyst at kommunen samarbeider med spesialisthelsetjenesten både i overgangen mellom behandling i spesialisthelsetjenesten og et tilbud i kommunen, underveis i et behandlingsopplegg og i de tilfeller hvor kommunen og spesialisthelsetjenesten er inne samtidig. Som regel er dette komplekse saker hvor det er behov for et 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 også noen ganger møter med behandler på Ahus før pasienten skrives ut for å avklare behov og muligheter i kommunen.

PLO-meldinger

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 ev. om behov for samarbeid. Meldingene og dialogen går både fra sykehuset til kommunen og fra kommunen til sykehuset. Enhetsleder i hjemmetjenesten opplyser at det ofte er etablert en samarbeidsgruppe med en koordinator rundt pasienten før vedkommende skrives ut.

Rælingen har utarbeidet egen prosedyre for å sikre at elektroniske meldinger blir håndtert på riktig måte og fordelt til riktig vedkommende. I følge prosedyren er det saksbehandlere ved tjenestekontoret som har ansvar for å sjekke meldingene og sørge for at de besvares og følges opp i ordinær arbeidstid. Utenom ordinær arbeidstid er det distriktsykepleier i hjemmesykepleien som har ansvaret. Spesialisttjenesten melder fra til kommunen dersom de mener at kommunen skal yte tjenester. Saksbehandler ved tjenestekontoret opplyser at det ved behov for tjenester fra avdeling psykisk helse og rus, sendes henvendelsen dit. Henvendelsen lagres i fagsystemet og i egen liste I prosedyren pekes det på at den må ses i sammenheng med prosedyren «elektronisk meldingsutveksling i Profil».

Ved utskrivning i forbindelse med selvmordsforsøk og selvskading har kommunen utarbeidet en egen rutine. Rutinen skal sikre at pasienten får tilbud om oppfølging innen 72 timer etter at kommunen har mottatt henvendelse fra sykehuset. Saksbehandler ved tjenestekontoret har ansvar for å videreformidle til avdeling psykisk helse og rus, ved ambulant team.

I tilfeller hvor saksbehandler ikke er tilgjengelig skal oppgaven overtas av andre i teamet ved tjenestekontoret for å sikre at fristen overholdes. Enhetsleder ved hjemmetjenesten har systemansvar for rutinen. I følge rutinen stilles samme krav til saksbehandling for denne type saker som andre med vurdering og fatting av vedtak.

Ansvarsgrupper

Mye av samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten foregår i ansvarsgruppemøter. Kommunens prosedyrer for ansvarsgrupper er omtalt i kapittel 5.6.1.

LAR-møter

For brukere som har LAR-tiltak er spesialisthelsetjenesten og kommunen forpliktet til å ha faste LAR-møter (Samhandlingskontoret - retningslinjer for samarbeid 2014). Revisjonen får opplyst at dette er møter hvor kommunen og Rus og avhengighet (ARA) går gjennom status for behandlingen av kommunens LAR-brukere. Deltagere er ruskonsulenter og representanter fra ARA poliklinikk. Andre deltagere, som f.eks. kommuneoverlegen, inviteres inn etter behov.

Rælingen kommune har per 01.03.2015 i alt 25 brukere på LAR-tiltak. Det er ruskonsulentene som henviser til LAR-behandling. Søknaden vurderes av ARA som innvilger eller avslår tjenesten, mens tjenestekontoret i kommunen tildeler tjenesten. Ofte er det en dialog med ARA i forkant av søknaden. Enhetsleder for hjemmetjenesten opplyser at det er rustjenesten som følger opp brukerne, men dersom de ikke skal ha annen oppfølging enn utdeling av f.eks. metadon, kan dette oppdraget overføres til hjemmesykepleien.

Romeriksprosjektet

Romeriksprosjektet¹⁶ er et samarbeid mellom kommunene på Øvre og Nedre Romerike, AHUS og flere ulike interesseorganisasjoner for brukere og pårørende (Rælingen kommune temaplan u.d.). Prosjektet startet opp i 2010 og er i ferd med å avsluttes. I prosjektet samarbeides det om å utvikle gode tjenester til personer med en alvorlig psykisk lidelse, eventuelt i kombinasjon med en rusproblematikk. Brukere som inkluderes i prosjektet er brukere som ikke klarer å nyttiggjøre seg det ordinære tjenestetilbudet i kommunen.

Betydningen av prosjektet for de pasientene som deltar evalueres underveis av Avdeling for forskning og utvikling, Divisjon psykisk helsevern, AHUS. Prosjektet som sådan ble i 2012 evaluert av Høgskolen i Østfold (Hansen og Ramsdal 2012). Evalueringen konkluderte blant annet med at:

- Samhandlingsgruppene er blitt gode arenaer for samhandling og det ligger til rette for å utvikle helhetlige og samordnede tjenestetilbud.
- Samarbeidet om vanskelige saker har bidratt til å skape en konstruktiv samarbeidskultur preget av fleksibilitet og vilje til å finne løsninger i fellesskap. Men de tradisjonelle organisasjons- og arbeidsformene skaper utfordringer i samarbeidet.
- Det er et potensial for forbedring, blant annet i forhold til ansvarsgruppene og beslutningsmyndighet

Det er utarbeidet en håndbok for de som er involvert i Romeriksprosjektet. Boka definerer og konkretiserer samhandlingen i prosjektet.

Enhetsleder i hjemmetjenesten mener Romeriksprosjektet representerer et løft innen psykiatrien på Romerike. Prosjektet har blant annet handlet om å identifisere og løse utfordringer. Det har etter hennes syn ført til mye god metodikk og kompetanseheving blant de ansatte og ført til at lista for samarbeid kommunene i mellom har blitt lavere.

Revisjonen får opplyst at det, foruten de ovenfor nevnte rutinene og faste samarbeidsfora, tas kontakt og samarbeides om den enkelte etter behov.

5.5.4 Samarbeid i praksis

Det er ulike oppfatninger av hvordan samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fungerer i praksis. Alt i alt er tilbakemeldingene til revisjonen at samarbeidet fungerer greit i det daglige, selv om det til en viss grad oppleves som personavhengig. Opplevelsen av samarbeidet synes også å variere avhengig av hvilken stilling og profesjon den enkelte ansatte i kommunen har. Kommuneoverlegen opplever for eksempel samarbeidet langt lettere enn konsulentene i avdeling psykisk helse og rus.

¹⁶ Avslutningsseminar ble gjennomført 17. mars 2015 (Akershus universitetssykehus, Romeriksprosjektet 2015)

I revisjonens intervjuer pekes det på flere utfordringer i kommunens samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Tilgjengelighet og kommunikasjon

Ansvarsgruppene er viktige arenaer for samarbeidet om tilbud og tjenester til den enkelte. Flere peker overfor revisjonen på at det kan være en utfordring å få spesialisthelsetjenesten å delta i slike møter. Dette antas å ha sammenheng med at de har knapphet på tid.

Tilgjengelighet kan være en utfordring også ellers. Noen opplever at enkelte behandlere kan være vanskelig å få tak i, men at de som regel ringer tilbake.

Tilbakemeldinger til revisjonen når det gjelder PLO-systemet er at det stort sett fungerer slik det skal, uten de store utfordringene. Det pekes blant annet på at det er enklere enn før å få tak i de rette personene nå enn før. Enhetsleder i hjemmetjenesten peker imidlertid på at det kan svikte når det gjelder varslingsprosedyrer i forbindelse med tvangsinnleggelse. Hun understreker overfor revisjonen at det er viktig for kommunen å få beskjed slik at de raskt kan «komme på banen».

Revisjonen har ikke undersøkt bruken av PLO meldinger nærmere.

Ansvars- og oppgaveklarhet

Enhetsleder i hjemmetjenesten opplever at det er mye uklarhet om grensene for ansvar og oppgaver mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Hun peker også på at det er uenighet internt i spesialisthelsetjenesten noe som kompliserer samarbeidet ytterligere.

Hun trekker frem flere eksempler som hun og flere andre opplever som uavklart og «ullent» og som bidrar til å skape frustrasjon blant kommunens medarbeidere:

- Når skal en pasient gå til støttesamtaler hos kommunen og når har spesialisthelsetjenesten ansvaret?
- Skal kommunen overta ansvaret for en person med anoreksi som har måttet bli tvangsforet på sykehuset når kommunen ikke har hjemmel til tvang?
- Høyt utdannet personell opplever at de må drive med taxi-transport og sørge for at pasienter kommer seg til timen for å unngå at de mister plassen. Er dette kommunens ansvar?

Enhetsleder i hjemmetjenesten opplever videre 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 overlater *for mye* til kommunen. En generell oppfatning er at spesialisthelsetjenesten ofte skriver ut pasienter for tidlig.

Pasientene kommunen får ansvar for oppleves derfor som sykere og mer krevende enn før. Sitatene under¹⁷ eksemplifiserer dette:

¹⁷ Sitatene er hentet fra informantene revisjonen har intervjuet.

Det er for kort liggetid på Ahus, mange har behov for tettere oppfølging over tid. For eksempel brukere med store psykiske problemer som kanskje truer med å ta sitt eget liv. Det er horribelt at folk blir sendt hjem etter 24 timer når de nettopp har prøvd å ta livet sitt. Det kan i ytterste konsekvens føre til at folk faktisk tar livet sitt, folk blir jo ikke friskere av at man ikke behandler dem.

Klienter som er åpenbart alvorlig syke og med stor voldsfare legges inn på Ahus i 20 timer i belte. Så blir de skrevet ut med beskjed til kommunen om at de ikke er behandlingsbare. Dette får kommunen i hendene dagen etter. Politipatruljer frakter dem ut og inn av Ahus.

Som kommunearbeider føler man seg ofte maktesløs ovenfor personer som har mange problemer som kommunen ikke kan hjelpe dem med.

Både enhetsleder for hjemmetjenesten og flere andre revisjonen har intervjuet mener kommunen ikke er rustet til å ta ansvaret for de sykeste pasientene. De opplever at de mangler tilbud, kompetanse og ressurser til å gi disse pasientene/brukerne det tilbudet de trenger. Mens denne pasientgruppen tidligere ble ivaretatt i «vernede» institusjoner, er disse nå bygget ned uten at tilsvarende tilbud er bygget opp i kommunen. Gjennomgangstonen er at samfunnet trenger denne type tilbud, uten at man nødvendigvis skal kalle det en institusjon:

Samfunnet trenger boliger med bemanning. Man trenger ikke å kalle det institusjon, men det er dette man må ha. Kommunen må utvikle tilbudet sitt. Selv om kommunen har fått tilført ressurser i forbindelse med samhandlingsreformen er det ikke nok penger.

Det er en utfordring når kommunen får krevende brukere og vi skal lage et opplegg for disse – man må skreddersy i hvert enkelt tilfelle. Vi har dessverre ikke boliger med døgnbemanning. Hadde dette tidligere, men så ble det bestemt at vi ikke skulle ha det.

Også fengslene tar en del av disse pasientene når institusjonsplassene har blitt lagt ned.

Dersom kommunen ikke selv kan gi pasienten et forsvarlig tilbud må kommunen kjøpe tjenester eksternt, noe som også gjøres. Enhetsleder mener kommunen «egentlig» ikke har penger til kjøp av eksterne tjenester. Hun forteller også at det er uenighet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om hvem som skal dekke kostnadene for slike tjenester.

Flere mener også at man i dag mangler et reelt akutttilbud. Akutt-teamet på DPS skal kontaktes ved akutte kriser, men de har bare åpent på hverdager og på dagtid. Utenom åpningstiden må man kontakte fastlege, legevakt eller Akuttavdelingen på Ahus. I følge flere revisjonen har snakket med har det vært slik at klientene som oftest har vært nødt til å møte opp på DPS. Etter at retningslinjene om samarbeid kom på plass i desember 2014, har dette etter hva revisjonen forstår bedret seg noe og DPS har ved flere anledninger kommet hjem til brukeren.

Flere mener det er behov for et ambulerende team som i samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan «rykke ut» og gi behandling der pasientene bor. Det presiseres at kommunen verken har lovhjemmel eller kompetanse til å håndtere de vanskeligste sakene. Noen mener også det er behov for en ambulans som er «øremerket» kritisk psykisk syke. I dag kontaktes politiet i slike saker. Det

er nødvendig i en del tilfeller, men i andre tilfeller kan bruk av politiet oppleves som en tilleggsbelastning for brukeren.

Enhetsleder i hjemmetjenesten mener det er nødvendig å gå gjennom ansvarsfordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på nytt slik at roller, ansvar og oppgaver blir mer avklart. Kommuneoverlegen mener ansvarsfordelingen er «rimelig klart» lovmessig, men at det trengs en bedre avklaring mot psykisk helse og rus.

Faglig uenighet

Enhetsleder for hjemmetjenesten opplever at det er en ganske stor faglig uenighet mellom tjenestene innad i spesialisthelsetjenesten, noe som kan få betydning for det tilbudet pasientene får. Det kan for eksempel være uenighet om hvordan ulike pasienters sykdom/problemer skal karakteriseres. Hun trekker frem ROP-pasienter som et eksempel:

Når det gjelder behandlingstilbudet til ROP-pasienter er det veldig vanntette skott i Ahus. Vi står ofte og stanger og får ikke avklart om det er det psykiske eller rus som er hovedproblemet. Man kommer ikke videre og får gitt disse klientene behandling. Spesialisthelsetjenesten er ikke er *en* tjeneste, men mange og dels konfliktfylte tjenester.

Dette bildet bekreftes av fagleder i avdeling psykisk helse og rus. Hun mener ROP-pasienter ofte faller mellom to stoler og at *ting* går tregt fordi man ikke klarer å avgjøre hvor pasienten skal legges inn.

Det kan også være faglig uenighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Det kan være 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 det. I saker med stor uenighet trekker kommunen ofte kommuneoverlegen inn i diskusjonen med Ahus. Kommuneoverlegen peker på at det ikke nødvendigvis er Ahus som er urimelige, men at det også handler om at medarbeiderne i kommunen har kompetanse og trygghet til å stå i vanskelige situasjoner:

Det er ikke alltid det finnes noen enkel løsning på pasientens problemer og Ahus vurderer at det ikke er hensiktsmessig å behandle. Det kan da være utfordrende å stå nært opp til dette. Jeg forsøker da å formidle de medisinskfaglige begrunnelsene bak vurderingene og å trygge de kommunalt ansatte på at kommunen har gjort sin jobb.

Enhetsleder for hjemmetjenesten mener det er viktig å avklare når en person skal kunne defineres som ikke *behandlingsbar*.

Kunnskap og holdninger

Flere mener videre det er et problem at spesialisthelsetjenesten ikke har god nok kjennskap til kommunens tjenester. Dette kan blant annet føre til at spesialisthelsetjenesten lover for mye på kommunens vegne, eller foreslår *feil* tjenester.

Det pekes på at kommunen ikke har vært flinke nok til å gjøre sitt tilbud kjent for spesialisthelsetjenesten og at det blant annet mangler gode tjenestebeskrivelser. For tjenestene i psykisk helse og rus sin del, blir denne utfordringen sett i sammenheng med lederutfordringene som

har vært i avdelingen. Revisjonen får opplyst at det nå jobbes aktivt i avdeling psykisk helse og rus med å lage en brosjyre med beskrivelse av tjenestene.

Det er også en tilbakemelding fra noen av revisjonens informanter om at kommunen ikke alltid opplever å bli betraktet som en likeverdig samhandlingspartner, selv om det understrekes at dette har bedret seg:

Andrelinjen instruerer kommunen i hva de skal gjøre.

Det er alltid vi som henvender oss til spesialisthelsetjenesten og får innvilget eller avslag på en søknad. For å bedre samarbeidet kunne de godt ta litt mer initiativ.

En leder som nylig gikk av med pensjon sa noe sånt som at dere kan mene hva dere vil men det er «vi som bestemmer». Ikke så bra når slike kommentarer blir hengende i lokalet.

Det er spesialisthelsetjenesten som sitter med makta og deres synspunkter veier tyngre enn kommunens.

En av revisjonens informanter mener det er viktig at medarbeiderne i kommunen får mer forhandlingskompetanse slik at de i større grad kan «stå i mot» beslutninger fra spesialisthelsetjenesten, f.eks. når det gjelder det de mener er for tidlig utskrivning av en pasient.

Spesialisthelsetjenesten plikter å veilede kommunen i vanskelige pasientsaker. Revisjonens informanter opplyser at veiledningen stort sett har fungert bra, men at det nok har lidd under at avdelingen over tid har vært uten leder.

I revisjonens intervjuer både med ledere og medarbeidere ble det fra flere hold etterlyst bedre avtaler med spesialisthelsetjenesten. Underveis i revisjonen ble det inngått retningslinjer for samarbeid mellom kommunene på Nedre Romerike og spesialisthelsetjenesten (omtalt i kapittel 5.5.2). DPS/ARA Nedre Romerike og sykehusavdelingene i Divisjon psykisk helsevern Ahus.

Flere fra kommunen har bidratt inn i dette arbeidet, blant andre Kommuneoverlegen. Han peker spesielt på at hhv. LSF og KSF, samt instansmøtet er fora hvor det ligger godt til rette for å ivareta pasienter som har kombinert psykisk helse og rusproblematikk (ROP-pasientene). Kommuneoverlegen peker imidlertid på at det kan bli vanskelig for fastlegene å delta, da møtene foregår på dagtid på Åråsen. Han mener for øvrig at også politiet burde vært invitert inn i disse samarbeidsforumene.

Flere av revisjonens informanter ga uttrykk for en forhåpning om at de nylig inngåtte retningslinjene vil kunne bidra til en bedre avklaring av ansvarsforhold, og gjøre det lettere å komme til enighet og få fremdrift i vanskelige pasientsaker.

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.

5.6.1 Rutiner

Rælingen kommune har utarbeidet prosedyrer for individuell plan (IP) og koordinators ansvar¹⁸. I henhold til prosedyren skal prosedyren sikre at personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester får mulighet til å søke om IP og får ivaretatt retten til koordinator. Som vedlegg til prosedyren ligger det vedlagt skjema for å melde behov om IP/koordinator, brosjyre om IP, mal for IP og informasjon om koordinators rolle. Det vises også til helsedirektoratets nettsider for informasjon og tips om individuell plan og koordinatorrollen.

Prosedyrene beskriver oppgaver og ansvarsfordeling i IP-arbeidet samt hvilke opplysninger som skal dokumenteres og hvor.

Det er den tjenesteyteren som opplever behov for samordning av tjenestene som har ansvar for å starte prosessen med IP, uavhengig av hvilken tjeneste vedkommende arbeider i. Vedkommende skal forsikre seg om at brukeren får nok informasjon om hva individuell plan og koordinator er, hva som er forskjellen på disse to mulighetene, samt avklare om vedkommende fortsatt ønsker IP og/eller koordinator. Dette skal dokumenteres i enhetens fagprogram.

Behovet om IP meldes dernest til koordinerende enhet i tjenestekontoret som skal ta opp henvendelsen i felles saksfordelingsmøte ved enheten. Søknaden vurderes og dernest fattes vedtak om IP, med mindre bruker ikke lenger ønsker IP. Det er fagleder (systemkoordinator) som har i oppgave å skrive vedtak om IP og/eller sende informasjonsbrev om koordinator. Underveis i revisjonen ble det opplyst at rutinen er blitt endret. Fremover er det saksbehandler ved kontoret som skal fatte vedtak om IP og sende brev til bruker. Tjenestekontoret (THO) vil anbefale bruker å søke skriftlig om IP, mens behov for koordinator kan meldes direkte.

Fagleder ved THO har ansvar for å avklare hvilken enhet/avdeling som skal stille med koordinator. Her skal det legges vekt på brukers ønsker og hvilken enhet/avdeling som har mest kontakt med brukeren. Den som velges som koordinator skal ta saken videre, innhente samtykke fra tjenestemottaker (ev. pårørende) og kartlegge de områder som tjenestemottaker ønsker å ha med i sin plan. Dette skal gjøres i samarbeid med tjenestemottaker. Videre skal koordinator nedsette en ansvarsgruppe dersom tjenestemottakeren ønsker dette. Planen skal gjennomgås og godkjennes

¹⁸ Rutinene ble sist revidert 12.05.14. Neste revisjon er planlagt til 12.05.15. Det fremgår av rutinene hvem som er superbruker og hvem som har godkjent rutinene.

av alle i gruppa. IP skal videre brukes som utgangspunkt for gjennomføring av ansvarsgruppe- og evalueringsmøter.

Videre heter det at koordinator skal inneha tilstrekkelig kompetanse på feltet eller tilbys veiledning/kursing. Tjenestekontoret ved fagleder har ansvar for opplæring i bruk av IP og utøvelse av koordinatorrollen. Systemkoordinator har også ansvar for å utarbeide og vedlikeholde prosedyrene.

Arbeidet rundt den enkelte, enten det foreligger en individuell plan eller ikke, foregår ofte i ansvarsgruppemøter. 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). Rælingen kommune anbefaler selv bruken av ansvarsgruppemøter og har utarbeidet en egen prosedyre for bruk av ansvarsgruppemøter¹⁹.

I prosedyren fremgår at:

- Ansvarsgrupper skal være et verktøy for et brukerrettet tjenestetilbud av høy kvalitet. Verktøyet skal sikre samordning mellom tjenestestedene for et helhetlig og koordinert hjelpeapparat.
- Ansvarsgrupper skal bestå av brukeren selv, eller en som representerer han/henne, samt alle tjenesteutøverne som yter eller er ansvarlig for tilbud og tjenester til brukeren
- Ansvarsgrupper har som oppgave å planlegge, følge opp og samordne enkelttiltakene fra ulike tjenester/tilbud for den enkelte bruker.
- Dersom det foreligger individuell plan, bør denne være utgangspunkt for arbeidet i møtet.
- Det skal oppnevnes koordinator i samråd med bruker.
- I forkant av ansvarsgruppemøte kan det holdes formøte uten bruker til stede.
- Ansvarsgruppemøtene skal avklare ansvar og samarbeidsformer, drøfte og konkretisere aktuelle mål, tiltak og hjelp.

I følge rutinene skal det skrives referat fra møtet som skal dokumenteres i eget fagsystem.

5.6.2 *Praksis*

Revisjonens datamateriale tyder på at det ikke systematisk informeres om retten til individuell plan. Saksbehandler ved tjenestekontoret opplyser følgende: *Det informeres nok i varierende grad om rettighet til IP (...).*

Informasjon om retten til koordinator synes på den annen side å være mer innarbeidet.

I følge rutinene skal behov for IP og koordinator meldes til koordinerende enhet som har ansvar for å fatte vedtak om IP og sette i gang arbeidet. Revisjonen får i intervjuer ulike tilbakemeldinger om

¹⁹ Prosedyren ble sist oppdatert i 2011.

hvorvidt rutinene etterleves. Tilbakemeldinger til revisjonen er at rutiner for IP og koordinator nok ennå er i støpeskjeen og ennå ikke har helt «satt seg» i organisasjonen.

I revisjonens intervjuer fremkommer også at mange fungerer som koordinator uten at dette er meldt til koordinerende enhet eller at koordinerende enhet har kontaktet avdelingen om dette. Revisjonens informanter opplyser at det å være koordinator anses for å være en naturlig del av jobben og at de ikke har trengt å ha *noe skriftlig* om dette – *vi ordner det de trenger hjelp til, det har vi alltid gjort, det er en del av arbeidsoppgavene [...]*.

Underveis i revisjonens undersøkelse blir det opplyst om at rutinene nå er noe endret og at de fungerer bedre i praksis. *Nå tildeles vedtak om IP og koordinator, samtidig som vedtak på ordinære tjenester fra fagenheten vedtas* skriver enhetsleder for hjemmetjenesten i en mail til revisjonen i mars 2015.

Kommunen har ingen samlet oversikt over antall vedtak om IP og/eller oppnevning av koordinator. Etter hva revisjonen forstår er opplysningene dokumentert i den enkeltes journal i fagsystemene, men at det foreløpig ikke er mulig å *hente ut* tall på et mer overordnet nivå. Dette skal etter hva revisjonen forstår bli en mulighet når det elektroniske IP-systemet IP-SamPro i løpet av våren 2015 er fullt ut implementert i avdelingen. Da vil alle koordinatører og alle individuelle planer (IP) bli registrert og fulgt opp av koordinerende enhet.

På forespørsel fra revisjonen har kommunen gjort en manuell optelling som viser at av avdelingens 155 brukere har:

- 19 personer individuell plan, koordinator og ansvarsgruppe (avdeling psykisk helse og rus er koordinator for 18 av disse og NAV for en).
- 67 personer har koordinator, men ikke IP.
- 59 personer har ansvarsgruppemøter (altså 8 personer som har koordinator uten at det er nedsatt ansvarsgruppe)

Kommunen har ikke oversikt over hvor mange av avdelingens 155 brukere som faktisk har krav på en IP og/eller koordinator. Revisjonen får imidlertid opplyst at mange takker nei til IP, selv om de har krav på det og kunne hatt nytte av det. Flere takker imidlertid ja til koordinator.

Årsakene til at mange takker nei til IP oppgis å være flere. IP kan oppleves som *litt skummelt*. Enhetsleder for hjemmetjenesten mener dette blant annet handler om at det er vanskelig for pasienter med lidelser som angst og depresjon å gjennomføre møter med flere til stede, noe som en IP forutsetter. Andre reserverer seg fordi de opplever det som tabulagt å være psykisk syk og ønsker derfor å involvere færrest mulig.

Flere revisjonen har snakket med mener det i slike tilfeller er viktig å jobbe med å motivere brukeren og presentere nytten av en IP:

Det er flere som ikke ønsker IP, men hadde man presentert det bedre for brukeren så kan det hende at flere ville takket ja. Man er ikke så god på dette med IP rett og slett [...].

En annen årsak som trekkes frem er at noen konsulenter kan være skeptiske til nytten av en IP og ser på det som unødvendig ekstraarbeid. Det argumenteres for at referatet som skrives fra ansvarsgruppemøtet er tilstrekkelig og *gjør samme nytten* som en IP:

Jeg stiller spørsmål om det egentlig trengs. IP er litt smør på flekk, enda ett papir, unødvendig ekstraarbeid. Er nok en del vegring blant noen konsulenter.

Har samarbeidsgruppemøter og ansvarsgruppemøter der det skrives referat, og hvor man evaluerer hver gang. Brukeren er med på samarbeidsmøte og her får man belyst alle viktige ting. Brukerens ønsker og meninger blir ivare tatt her [...].

Videre pekes det på at IP-arbeid er tidkrevende og at det er vanskelig å finne tid til å jobbe med en IP. I stedet tar man spørsmål med brukeren muntlig.

Flere, både i psykisk helse og rus og på tjenestekontoret, mener en del personer med psykisk helse- og rusproblematikk helt enkelt er for dårlige til å nyttiggjøre seg en IP. Andre har ikke noen mål for oppfølgingen/behandlingen. En vellykket bruk av IP forutsetter at brukeren ser «poenget» ved en IP; har mål, følger opp og bidrar aktivt. Sitatene under illustrerer:

Våre brukere har ofte ikke noen kjempestore klare mål, mer enn å klare seg i hverdagen.

Ofte har brukerne selv ikke satt seg noen mål og ser ikke poenget med IP.

IP er et nyttig samarbeidsverktøy, men det er ikke alltid det eneste saliggjørende. De har kanskje behov for koordinator men ikke IP [...]. Vi ringer ofte brukeren for å sikre oss at brukeren vet hva en IP er.

Mange er såpass ustabile at de river i stykker planen sin annenhver dag.

Enhetsleder i hjemmetjenesten gir uttrykk for at det fra avdelingenes side er ønskelig at flere takker ja til IP. Hun opplyser om at hun vil sette det opp som et arbeidsmål for 2015. Både hun og flere andre revisjonen har snakket med, ser på IP er et godt verktøy. IP krever imidlertid at både bruker og de ulike ansvarspersonene følger opp.

Kommuneoverlegen og flere andre peker på klare fordeler med IP:

- Samarbeidet rundt pasienten blir lettere
- Det blir lettere å stå i vanskelige situasjoner
- Situasjonen for pasienten tydeliggjøres på en annen måte
- Det blir lettere å endre og komme med innsigelser
- Pasientens synspunkter og motivasjon vil lettere komme frem
- Tjenestene for pasientene styrkes
- Det blir lettere å ansvarliggjøre pasienten.

Kommunen er som nevnt tidligere i ferd med å implementere et elektronisk IP-system (IP-SamPro). Flere gir uttrykk for forhåpninger om at innføring av dette systemet vil gjøre det lettere både å bruke, oppdatere og administrere IP-arbeidet, både for brukeren selv og for tjenesteapparatet. Blant annet vil alle koordinatorene og alle individuelle planer bli registrert og fulgt opp av koordinerende enhet.

For brukerne i avdeling psykisk helse og rus er det hovedsakelig konsulentene i avdelingen som fungerer som koordinatorene. NAV og hjemmetjenesten er koordinator for noen, for særlig krevende saker er spesialisthelsetjenesten koordinator. Flere revisjonen har snakket med mener det har vært mye usikkerhet og uklarhet rundt rollen og oppgavene som koordinator.

De av konsulentene revisjonen har snakket med gir imidlertid uttrykk for at de stort sett føler seg trygge i rollen og vet hva det innebærer, men understreker viktigheten av god opplæring, spesielt for nytilsatte. Systemkoordinator forteller at det kan være vanskelig å få ansatte (generelt) til å ta oppgaven som koordinator, men at de «reklamerer» mye for koordinatorjobben og jobber for at de ansatte skal være i stand til å beherske rollen som koordinator.

I følge tjenestekontorets virksomhetsplan for 2015 skal de av kommunens ansatte som er aktuelle som koordinator innen 01.11.15 ha fått grunnleggende opplæring. Revisjonen får opplyst at alle i avdeling psykisk helse og rus våren 2015 vil ha gjennomført kurs om koordinators rolle, IP og bruken av IP-SamPro.

Tilbakemeldingene revisjonen får er at ansvarsgruppemøtene som ledes av koordinator fungerer godt, så lenge de tjenestene/personene som er sentrale i tjenestetilbudet til brukeren deltar. Det kan imidlertid være vanskelig å samle alle deltagerne i ansvarsgruppen, særlig kan det være utfordrende for fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Etter hva revisjonen forstår forsøker kommunene så godt de kan å tilrettelegge for fastlegens deltagelse ved for eksempel å legge møter til fastlegens kontor på slutten av arbeidsdagen.

Kommuneoverlegen har et inntrykk av at ansvarsgruppemøtene gjennomføres for sjelden fordi det er vanskelig å samle alle deltagerne. Han peker også på at et møte uten de rette personene til stede er lite verdt.

Enhetsleder i hjemmetjenesten peker på brukeren selv og medarbeiderne i kommunen ofte sitter på mye kunnskap som fastlegene og spesialisthelsetjenesten trenger for å gjøre gode vurderinger. Hun forteller at de ofte tar med kommunelegen i saker hvor det har vært problemer med oppmøte. Det pekes på at vanskeligheter med å samle viktige tjenester/personer til ansvarsgruppemøtene eller andre møter rundt den enkelte kan få konsekvenser for tilbudet til den enkelte, blant annet opplyses det om prosesser trekker ut og at «ting» tar mye lenger tid.

5.7 Koordinerende enhet

Kommunen skal ha en **koordinerende enhet** som skal ha et overordnet ansvar for arbeidet med IP og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

I Rælingen kommune har koordinerende enhet siden 2013 vært en integrert del av tjenestekontoret for helse og omsorg. Tidligere var enheten lagt til Fysio- og ergoterapitjenesten.

Ansvar og oppgaver

Koordinerende enhets oppgaver er beskrevet i en egen prosedyre. Her fremkommer det blant annet at enheten skal:

- Være et sted å henvende seg for alle brukere over 18 år, og for store deler av de under 18 år.
- Bidra til at kommunens tjenester er synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere, ha oversikt over tilbudet i kommunen og helseregionen
- Være kontaktpunkt for samarbeid i og på tvers av kommuner og helseregion.
- Etablere og utvikle et system som sikrer at tjenestene som tilbys er samordnet, tverrfaglig og planmessig og ytes ut fra et brukerperspektiv for eksempel gjennom bruk av individuell plan og andre tverrfaglige samarbeidsfora
- Sørge for at det foreligger et system slik at tjenester til brukeren ses i sammenheng, og at det er kontinuitet i tiltakene over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret
- Tilrettelegge for brukermedvirkning på individ- og systemnivå, eksempelvis å oppfordre til deltakelse med bruker selv på ansvarsgruppemøter,
- Ha jevnlig dialog med brukerne gjennom informasjonsarbeid, saksbehandling og drift av tjenester i deltjenesten og innsatsteamet.
- Bistå med veiledning og rådgivning i saker hvor den med koordineringsansvaret har behov for det.
- Ha ansvar for opplæring i bruk av IP og koordinatorrollen.

Koordinerende enhet i praksis

Enhetsleder for hjemmetjenesten peker på at koordinerende enhet ennå er i støpeskjeen og at den så langt ikke fungerer helt i tråd med hensikten. Hun opplever at det har vært lite struktur og systematikk og for lite samarbeid på tvers av de ulike tjenestene, særlig med tanke på vedtak om IP og tildeling av koordinator. Videre peker hun på at det har vært for dårlige oppfølgingsrutiner med hensyn til innvilgede IP og koordinatorvedtak som når koordinator slutter, eller blir langtids sykemeldt. Hun presiserer imidlertid at det har skjedd mye positivt arbeid i enheten på kort tid, selv om de ennå ikke er *i havn*. Hun peker på at ansvaret for koordineringsarbeid fremdeles er litt udefinert.

Koordinerende enhet vedtar at det skal lages en IP og at det skal være en koordinator, men der slutter de å ta ansvar for videre koordinering. Hele dette koordineringsarbeidet er nok litt ukjent terreng enda, tidligere har denne funksjonen også vært relativt udefinert.

Leder for tjenestekontoret opplever at det er spesielt utfordrende i vanskelige saker med brukere som enten trenger omfattende tjenester, ikke ønsker å ta i mot tjenester, eller er vanskelige å samarbeide med. Enheten har ukentlige koordinerende møter hvor man tar opp og diskuterer denne type saker.

Systemkoordinator peker også på at utfordringene ligger i de store kompliserte sakene og det å få folk til å samarbeide på best mulig måte. Hun peker videre på at koordinerende enhet ikke går inn i enkeltsaker, men først og fremst skal påse at tjenestene blir så godt koordinerte som mulig. De ser likevel behovet for å forsøke å samle de som er involvert på et tidligere tidspunkt og påse at de instanser som skal være «inne» faktisk er det, som fastlegene. Hun opplever imidlertid at de ikke har hatt tilstrekkelig med ressurser til å utføre alle arbeidsoppgavene og er glad for at de fra og med 01.01.2015 får en 50 prosent ekstra stilling som rettes spesielt til koordineringsarbeid.

6 REVISJONENS VURDERING OG KONKLUSJON

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

Kommunen har samlet flere av tilbudene til denne brukergruppen i avdeling psykisk helse og rus. I tillegg mottar mange tjenester fra NAV, hjemmesykepleien og eiendomsavdelingen (kommunal bolig). Fastlegene har en viktig rolle i det samlede psykiske helsearbeidet og er en viktig samarbeidspartner for kommunen. Tilsvarende gjelder spesialisthelsetjenesten, som er sentral når det gjelder behandling av pasienter med mer alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet.

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

Revisjonskriterium

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

Kommunen har samlet flere av tjenestene til personer med rus- og /eller psykisk helseutfordringer i en avdeling, lagt utrednings- og saksbehandlingsoppgavene til tjenestekontoret og samlokalisert tjenestekontoret, avdeling psykisk helse og rus, og konsulenten for det boligsosiale arbeidet i Dovrebygget (fra og med januar 2015). Revisjonen tar ikke stilling til hensiktsmessigheten ved kommunens organisering, men flere av de som revisjonen har intervjuet, peker på at denne måten å organisere tjenestene på fremmer samarbeid. Ledere og medarbeidere som revisjonen har snakket med, har også et sterkt fokus på nødvendigheten av samarbeid for å sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud av god kvalitet. Viktigheten av samarbeid synes også å være godt forankret i kommunens planverk.

For å lykkes i å samarbeide må det være etablert gode rutiner. Roller, ansvar og oppgaver må være tilstrekkelig avklart og i tillegg må det være etablert faste møteplasser og rutiner for samhandling. Dette følger både av alminnelig god internkontroll og de lovpålagte samhandlingsavtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene. Nasjonal veileder for lokalt psykisk helsearbeid peker i tillegg på at forhold som felles mål, forankring, likeverdig deltagelse og dedikerte utøvere har vist seg å være viktig for å lykkes med et tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet 2014, 99).

Rælingen kommune har etter revisjonens vurdering mange av disse faktorene på plass, men det pekes likevel på (i intervju) at det tar tid å forankre tankegangen om samarbeid ut til det ytterste ledd i organisasjonen.

Kommunen har etablert flere faste rutiner og møteplasser for å sikre et nødvendig samarbeid både internt i avdeling psykisk helse og rus, på tvers i kommunen og opp mot spesialisthelsetjenesten.

Revisjonens undersøkelse viser imidlertid at kommunen har flere utfordringer når det gjelder å sikre god nok veiledning og faglig oppfølging av medarbeiderne og dermed også kvaliteten på det tilbudet brukerne får. Blant annet har det vært mangelfulle rutiner for gjennomføring av flytmøter. Det er også en utfordring at det er mangelfull kjennskap til de ulike enhetenes respektive tjenester og tjenestetilbud til denne brukergruppen.

Kommunen har tatt flere grep for å løse de utfordringene avdelingen har hatt de siste årene. Revisjonen mener det fremover er viktig at ledelsen setter fokus på å sikre gode arbeidsrutiner, oppfølging av de ansatte og samarbeid på tvers. Revisjonen understreker på at samarbeid er et ledelsesansvar, se blant annet kommunens temaplan for avdeling psykisk helse og rus (2014-2020).

Samarbeidet med NAV har vært preget av utfordringer på flere områder. Undersøkelsen viser imidlertid at ledelsen i de to enhetene det siste året har samarbeidet om flere tiltak for å bedre samarbeidet, noe som er positivt. Konkret jobbes det for tiden med å få på plass en oppdatert samarbeidsavtale. Revisjonen vil peke på at samarbeidsavtalen, i tillegg til en avklaring av roller og oppgaver, bør spesifisere når og på hvilken måte det er nødvendig med et samarbeid. Det er også viktig at avtalen forankres godt i organisasjonen og at den gjøres kjent blant de ansatte. Revisjonen mener det er viktig for samarbeidet med NAV at arbeidet med avtalen nå slutføres. Revisjonen viser også til at kommunen i arbeids- og velferdsordningen skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer. Dette følger av sosialtjenesteloven § 13.

Undersøkelsen viser også at det har vært svakheter i rutinene for samarbeid mellom eiendomsenheten og avdeling psykisk helse og rus og at ansvar og oppgaver ikke har vært tilstrekkelig avklart. Revisjonen mener det er positivt at nye rutiner nå er på plass. Fremover vil det være viktig å forankre rutinene og arbeidsfordelingen godt i organisasjonen.

Fastlegene og spesialisthelsetjenesten er viktige aktører i samarbeidet om et helhetlig tjenestetilbud. Undersøkelsen viser at det kan være utfordrende å samle disse 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.

Undersøkelsen viser at det kan være utfordrende å samarbeide med fastlegene da de er travelt opptatt med pasienter på dagtid. Samarbeidet ivaretas likevel gjennom ulike praktiske løsninger og kommuneoverlegen er imidlertid en viktig ressursperson innenfor psykisk helse og rusfeltet i

kommunen. 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.

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.

Revisjonens undersøkelse viser at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten alt i alt fungerer greit i det daglige, men at det bærer preg av flere utfordringer: Blant annet opplever flere at:

- Det er uklare ansvarsforhold
- Kommunen får stadig ansvar for sykere pasienter og opplever at den mangler et hensiktsmessig tilbud.
- Det er faglig uenighet og mangel på likeverdighet i samarbeidsforholdet.

Undersøkelsen indikerer også at spesialisthelsetjenesten ikke alltid kjenner godt nok til kommunens tjenester innen området psykisk helse og rus, noe som kan skape frustrasjon og uklare forventinger.

Retningslinjene for samarbeid, som ble vedtatt i desember 2014, er ment å løse noen av disse utfordringene. Blant annet er det etablert flere nye samarbeidsfora som skal gjøre det lettere å finne løsninger i vanskelige pasientsaker. Effekten av de nye retningslinjene og samarbeidet i de ulike foraene er det imidlertid for tidlig å kunne si noe om.

Ny forskning på området underbygger at mange av utfordringene som oppleves i Rælingen er allmenne utfordringer i samarbeidet mellom kommune, fastlegene og spesialisthelsetjenesten (Tøndel og Ose 2014). I undersøkelsen gjennomført av SINTEF pekes det på flere forhold som er viktige for å fremme et godt samarbeid om psykisk helsearbeid. Blant annet trekkes det frem følgende:

- Opplevelse av likeverd – likeverd motiverer til innsats i samarbeidet og skaper god dialog mellom samarbeidspartene. Mangel på dialog på sin side forhindrer god planlegging av pasientforløp.
- Ledere – ledere må formidle at samarbeid er viktig og selv vise at de kan bidra i en fleksibel samarbeidskultur

- Stabil tilgang på ressurser og stabilitet - stabil stab og stabil tilgang på fagkompetanse bidrar til å gjøre kommunikasjonen i samarbeidet lettere og det er lettere å unngå konflikt
- Bolig - mangel på bolig kan skape store problem i samarbeidet, for eksempel når pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten.
- Bestillinger på kommunale tjenester - ulike oppfatninger av hva som er pasientens behov for bistand kan bidra til at spesialisthelsetjenesten bestiller tjenester i kommunen. Dette kan virke provoserende på ansatte i kommunen.
- Veiledning og kunnskapsformidling - god veiledning og formidling av kunnskap og kompetanse er sentralt for et godt samarbeid.
- Tydelig kommuneledelse - tydelig kommunikasjon av hva som er forventinger til fastlegene kan være viktig for å få fastleger mer oppmerksomme på psykisk helse.

Revisjonskriterium

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

Kommunen har etter revisjonens oppfatning ikke hatt et fullgodt system som sikrer retten til en individuell plan (IP) og koordinator for de med langvarige og koordinerte tjenester iht. helse- og omsorgstjenesteloven, § 7-1. En slik plan er viktig både med tanke på brukermedvirkning og med tanke på å kunne legge til rette for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Revisjonens undersøkelse viser at det foreligger skriftlige rutiner for utarbeidelse av IP, noe som er positivt. Undersøkelsen viser imidlertid at rutineene av flere oppleves som uklare og at de ikke etterleves systematisk. Revisjonens inntrykk er at kommunen er klar over dette og jobber med å forbedre systemet rundt individuell plan (IP).

Kommunen har plikt til å informere om retten til en IP til de som har krav på det. IP er frivillig og mange brukere takker i følge kommunen nei til å få en slik plan utarbeidet. Revisjonens undersøkelse indikerer imidlertid at det ikke alltid informeres om retten til en IP, eller at dette ikke gjøres på en grundig og god måte. Revisjonen vil understreke at det er brukernes behov som skal ligge til grunn for bruken av IP, og ikke enkeltmedarbeideres holdninger, tidsressurser o.l.²⁰

Revisjonens inntrykk er at de som har behov for det og ønsker det har en koordinator. Undersøkelsen tyder imidlertid på at utnevning av koordinator ikke alltid foregår i tråd med kommunens rutiner, via koordinerende enhet. Undersøkelsen viser imidlertid at de som er koordinatører kjenner brukeren godt og ser på koordinatorarbeid som en del av jobben, uavhengig om de er formelt sett utnevnt eller ikke. Revisjonen mener likevel det er viktig å formalisere

²⁰ Revisjonen viser også til veiledningsplikten som følger av lov 10.2.1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker § 11.

koordinatorjobben, dette for å sikre nødvendig opplæring og oversikt på et mer overordnet nivå. Kommunen (via koordinerende enhet) har nå fokus på opplæring i koordinatorrollen gjennom regelmessige kurs og veiledning.

Det er kommunen som er ansvarlig for å sørge for at det er godt tilrettelagt for bruk av IP og at medarbeiderne har nødvendig kompetanse til å ivareta IP-arbeidet. Revisjonens undersøkelse viser at kommunen er i ferd med å få på plass et nytt og mer brukervennlig system for IP (IP-SamPro) og at kommunens medarbeidere får tilbud om opplæring. Systemet skal også gjøre det enklere for koordinerende enhet å følge opp og ha oversikt over kommunens individuelle planer og over hvordan koordinatoroppgavene i kommunen er fordelt. Systemet bør også være godt egnet til å generere viktig styringsinformasjon på dette området.

Kommunen har en koordinerende enhet i tråd med lovkravet. Enheten er organisert som en integrert del av tjenestekontoret. Dette legger, etter revisjonens syn, godt til rette for at koordinerende enhet kan utføre sine lovpålagte oppgaver på en hensiktsmessig måte. Revisjonens undersøkelse viser imidlertid at koordinerende enhet ennå ikke helt har funnet sin «form» og at rolle, oppgaver og rutiner, ennå ikke er helt avklart og forankret i organisasjonen. Spesielt gjelder dette ansvar og oppgaver i forhold til individuell plan og koordinatorarbeidet. Kommunen er selv klar over disse svakhetene og jobber for å få dette på plass.

Konklusjon

I denne revisjonen har vi undersøkt i hvilken grad Rælingen kommune sikrer at pasienter eller brukere med psykiske vansker og /eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Revisjonen konkluderer med at kommunen i ganske stor grad sikrer dette. Kommunen har et system som legger til rette for samarbeid, både internt og eksternt. Det er imidlertid flere områder med et potensial for forbedring. Blant annet er det utfordringer i samarbeidet med NAV og spesialisthelsetjenesten. Individuell plan er et viktig verktøy, både for å sikre brukermedvirkning og et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Kommunen tilbyr eller benytter i liten grad individuell plan. Koordinerende enhet fungerer så langt heller ikke optimalt.

Anbefalinger

- Kommunen bør vurdere ytterligere tiltak som styrker det lovpålagte og nødvendige samarbeidet både innad i kommunen (inklusive fastlegene 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 i tråd med lovkrav.

OVERSIKT OVER LITTERATUR, KILDER OG FIGURER

Lov, forskrifter m.m.

- Lov av 25. september nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m. v. (helsepersonelloven).
- Lov av 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (Sosialtjenesteloven).
- 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. Prop.91L (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Forskrift av 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. samt lov av 24. juni 2011 nr. 30 § 13-2 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenestene).
- Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten).
- Prop.91L (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo. Helse- og Omsorgsdepartementet.

Andre kilder

- 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. *Psykisk helsevern*. 19 mars 2015. http://www.ahus.no/omoss_/avdelinger_/psykiske-helsevern_ (funnet april 30, 2015).
- . *Webområde for Ahus om behandlingstilbud ved DPS*. 9 januar 2012. http://www.ahus.no/omoss_/avdelinger_/lillestrom-distriktpsikiatriske-senter-lillestrom-dps_/for-fagfolk_/Sider/behandlingstilbud.aspx (funnet april 30, 2015).
- . *Webområde for Ahus om Rus og avhengighet*. 10 oktober 2014. http://www.ahus.no/omoss_/avdelinger_/rus-og-avhengighet_/Sider/enhet.aspx (funnet april 30, 2015).
- . *Webområde for ahus.no om akuttpsykiatri*. 5 mars 2015. http://www.ahus.no/omoss_/avdelinger_/akuttpsykiatri_/Sider/enhet.aspx (funnet april 30, 2015).

- Folkehelseinstituttet. «Ulike psykiske plager og lidelser.» *www.fhi.no*. 25 mars 2015.
<http://www.fhi.no/artikler/?id=104092> (funnet 04 30, 2015).
- Hansen, Gunnar Vold, og Helge Ramsdal. *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike ("Romeriksprosjektet") Underveisevaluering*. Oppdragsrapport, Halden: Høgskolen i Østfold, 2012.
- 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 *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretattlig samarbeid i teori og praksis*, av Pål Repstad. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
- NAV Rælingen. *www.ralingen.kommune.no*. 13 juni 2014. <http://www.ralingen.kommune.no/nav-raelingen.293531.no.html> (funnet april 30, 2015).
- Regionalt samhandlingskontor Nedre Romerike. «Webområde for Samhandlingskontoret om Retningslinjer for samarbeid.» *samhandlingskontoret.no*. 2012.
<http://samhandlingskontoret.no/index.php?pageID=146> (funnet april 30, 2015).
- Rælingen kommune boligsosial plan. «Plan for kommunens boligsosiale virksomhet 2013-2016.» u.d.
- Rælingen kommune temaplan. «Temaplan psykisk helse og rus 2014-2020.» u.d.
- Samhandlingskontoret - retningslinjer for samarbeid. «samhandlingskontoret.no.» desember 2014.
http://samhandlingskontoret.no/files/2014/12/retningslinje_psyk-rus_nedre_romerike.pdf (funnet april 30, 2015).
- Tøndel, Gunhild, og Solveig Osborg Ose. *Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser. Forskningsrapport*. Trondheim: SINTEF, 2014.

Figurliste

Figur 1 Organisasjonskart for Rælingen kommune	7
Figur 2 Organisasjonskart hjemmebaserte tjenester	8
Figur 3 Organisasjonskart avdeling psykisk helse og rus	9
Figur 4 Tjenestemottakere i Rælingen	11
Figur 5 Tjenestemottakere i avdeling psykisk helse og rus.....	14
Figur 6 Organisasjonskart Ahus, divisjon psykisk helsevern	41

VEDLEGG 1 – RÅDMANNENS HØRINGSSVAR



RÆLINGEN KOMMUNE
Rådmannsgruppa

Romerike revisjon IKS Att. Oddny Nordvik

Deres ref.:/deres dato:
/06.05.2015

Vår ref.:
2014/2450-3/METAAS2

Arkivkode: Dato:
216 18.05.2015

Foreleggelse rapport om psykisk helse og rus

Rådmannen har mottatt rapport etter forvaltningsrevisjon på området psykisk helse og rus, helhetlig og koordinert tjenestetilbud og er gitt anledning til å gi et svar til rapporten og dens anbefalinger.

Forvaltningsrevisjonen har pågått over noen måneder fra oppstartsmøte 27.10.2014. Ledere og medarbeidere i kommunen så positivt fram til en gjennomgang og tilbakemelding på det arbeidet som er lagt ned de siste årene. Det har blitt opplevd som en god prosess, om enn arbeidskrevende. Det har blitt opplevd som gode møter og samtaler. Det er et omfattende tjenesteområde og fra kommunens side har en vært glad for utsjekksrunder på utskrift fra intervjuer og gjennomganger av tjenestene. Dette ser vi også som helt nødvendig da ett av formålene er å beskrive tjenestene, for å få dette korrekt er en tilstrekkelig innsikt i krav til tjenester og forståelse av tjenesteområdet en utfordring.

Tjenesteområdet har som revisjonen også påpeker, hatt en del turbulens og det har pågått en prosess over tid for å forbedre systematikk og sikre god kvalitet på tilbudet til brukerne. Underveis i den perioden forvaltningsrevisjonen har pågått er flere arbeidsprosesser landet og flere nye iverksatt. Mye har vært planlagt fra tidligere, men også de spørsmål og problemstillinger som kommer opp under en revisjonsprosess resulterer i nytt utviklingsarbeid og fortløpende gjennomføring av endringer.

Rapporten oppleves å gi et godt og korrekt bilde av hvordan Rælingen kommune organiserer området. Det er en omfattende beskrivelse og på noen punkter mener deler av vårt tjenesteapparat at det ikke er fullt ut dekkende for slik de ser det. Rådmannen vurderer allikevel at den samlede framstillingen her er godt dekkende. I tillegg til at rapporten leder fram til noen konkrete anbefalinger som organisasjonen skal arbeide med vil den også kunne gjenbrukes, bl.a. ved en kommende evaluering av temaplanen for tjenester i avdeling psykisk helse og rus.

De anbefalinger rapporten konkluderer med vil rådmannen følge opp, de samstemmer med og styrker også det utviklingsarbeidet som allerede er i gang.

Revisjonens anbefaling nr. 1

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

Rådmannen arbeider med revidering av planverket for helse- og omsorgsområdet og ny helhetlig helse- og omsorgsplan skal legges fram til politisk behandling i august 2015. Strategier knyttet til samarbeidet med fastlegene vil innarbeides her, samtidig med at det også arbeides med dette interkommunalt. Det drøftes bl.a. mulighet for en felles tilnærming til de avtaler kommunene inngår med hver fastlege. Det er erkjente utfordringer i å knytte fastlegene tilstrekkelig godt til de øvrige delene av primærhelsetjenesten. For å styrke helheten i tjenestetilbudet overfor innbyggerne er det avtalt felles møtepunkter mellom avdeling psykisk helse og rus og kommunens fastleger.

Samarbeidet mellom NAV og avdeling psykisk helse og rus er også av stor betydning og revisjonens anbefaling om å styrke dette er allerede under oppfølging. Det er etablert faste kontaktpersoner som skal sikre en løpende kontakt, det etableres felles vedtaksmøter for boligorienterte søknader og en revidert samarbeidsavtale er under arbeid og planlagt ferdigstilt for sommeren 2015.

Kommunen er svært opptatt av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og har gjennom å være ansvarlig for det regionale samhandlingskontoret på nedre Romerike vært en pådriver for å etablere gode avtaleprosesser og tilsvarende gode samhandlingsarenaer. Nye retningslinjer for samarbeidet innenfor psykisk helse og rus er fremforhandlet og disse retningslinjene ser våre tjenesteytere at begynner å virke. Dette arbeidet er på ingen måter ferdig og kommunen vil fortsatt vektlegge å komme videre med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Revisjonens anbefaling nr. 2

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

For å sikre at alle brukeres rett til individuell plan (IP) vil det innarbeides i prosedyrer for vedtaksmøter at det vurderes om IP og koordinator er aktuelt. Dette også for å sikre at brukere som tidligere ikke har ønsket IP får en ny anledning til å vurdere det. Det skal også dokumenteres at bruker er informert om tilbudet. Det skal vurderes om det er gjennomførbart å ha en samlet oversikt brukere som har vært spurt, men har takket nei til tilbudet. Det er også viktig å sikre god nok kompetanse i tjenesteapparatet slik at disse tjenestene benyttes til de rette brukerne og at riktig informasjon og motivasjon for tilbudet blir gitt. I kommunens opplæringskatalog ligger åpne tilbud om kurs og andre tiltak for økt kompetanse må også vurderes.

Revisjonens anbefaling nr. 3

Kommunen bør sette inn tiltak som sikrer at koordinerende enhet fungerer i tråd med lovkrav.

Tjenestekontoret for helse og omsorg har vært i drift siden høst 2013 og fikk fra samme tidspunkt ansvaret som koordinerende enhet. Det er et stort potensiale i denne rollen og rådmannen gjennomførte denne omorganiseringen bl.a. for å styrke vår evne til koordinering. Dette er tjenestekontoret godt i gang med og i Handlingsprogrammet for 2015-2018 er det på side 78 følgende formulering:

«En videreutvikling som gir bedre tverrfaglig samarbeid, koordinering og mer helhetlige pasient- og bruker-forløp både for barn og voksne er på bakgrunn av dette nødvendig. Herunder rollen som koordinerende enhet, med fokus på kompetanseheving i koordinator-funksjonen og bruk av individuell plan, og dermed mer aktiv bruk av verktøyene i hele kommunen.»

I tjenestekontorets virksomhetsplan for 2015 er det et arbeidsmål hvor det skal være avklart ansvarsforhold og roller på området koordinering og tverrfaglig samarbeid innen 31.12.2015. Følgende aktiviteter er planlagt:

- I enhetsmøte på nytt gjennomgå beskrivelsen av koordinerende enhet for å enda bedre kunne implementere rollen og hva den betyr.
- Avklare gjennom dialogmøter med skole og enhet familie og helse (avtalt i juni) og institusjonstjenestens og hjemmebaserte tjenesters (planlegges) koordinerende enhet sin rolle i komplekse og utfordrende saker.
- Delta på felles pleie- og omsorgsmøte i juni med informasjon om gjeldende beskrivelser og prosedyrer på temaet. Hvordan vi jobber i dag.

I virksomhetsplanen for 2015 er det også et arbeidsmål som omhandler struktur for kurs/opplæring samt gjennomføring IP/koordinator og fagsystem innen 30.11.2015. Dette kalles nå gjennom å:

- Planlegge og gjennomføre kursrekke med Grunnkurs individuell plan to ganger i året og Grunnkurs koordinator to ganger i året.
- Gjennomføre to erfaringsamlinger med «superbrukere» i verktøyet for individuell plan Sampro.

Det vektlegges også løpende veiledning og bistand som en sentral del av det å fylle rollen som koordinerende enhet.

Rådmannen takker for en god gjennomgang av området og anbefalinger til videre arbeid.

Med hilsen

Mette Aasrud
kommunalsjef