



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

PSYKISK HELSE OG RUS

**ET HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD FOR VOKSNE OG
PÅRØRENDEINVOLVERING I OVERGANGEN FRA BARN TIL VOKSEN.**

SKEDSMO KOMMUNE

JUNI 2015

INNHold

SAMMENDRAG	IV
Formål med prosjektet	iv
Revisjonens oppsummering	iv
Revisjonens samlede vurdering og konklusjon	xi
Anbefalinger	xiii
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn og formål med prosjektet	1
1.2 Problemstillinger	1
1.3 Revisjonskriterier	2
1.4 Avgrensinger og begrepsdefinisjoner	2
1.5 Oppbygging av rapporten	3
1.6 Rådmannens uttalelse til rapporten	4
2 Anvendte metoder i prosjektet	5
2.1 Datainnsamling og datagrunnlag	5
2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet	6
3 Tjenestetilbud og organisering	9
3.1 Helse- og sosialsektoren	9
3.1.1 NAV Skedsmo	10
3.1.2 Avdeling for barn og familier	11
3.1.3 Hjemmetjenesten	11
3.1.4 Tjenestekontoret	11
3.1.5 Helseavdelingen og kommuneoverlegen	12
3.2 Avdeling for psykisk helse og rus	12
3.2.1 Stillverksveien ressurscenter	13
3.2.2 Psykisk helseteam	13
3.2.3 Rusteamet	13
3.2.4 Boveiledertjenesten	14
3.2.5 Salerudveien	14
3.2.6 Stalsberggata	15
3.2.7 Ambulerende team	15

3.3	Andre tjenestetilbud i kommunen	15
3.3.1	Kultursektor	15
3.3.2	Eiendomsavdelingen	15
3.3.3	Psykososialt kriseteam	15
3.3.4	Flyktninger og innvandrere	16
3.4	Koordinerende enhet	16
4	Revisjonskriterier	19
4.1	Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud	19
4.1.1	System for å sikre at aktivitetene er i samsvar med lov m.m.	19
4.1.2	Kommunens lovbestemte ansvar	20
4.1.3	Sammenfatning av revisjonskriteriene	23
4.2	Involvering av de pårørende i overgangen fra barn til voksen	23
4.2.1	Taushetsplikt og informasjonsplikt	23
4.2.2	Godt og systematisk pårørendearbeid i overgangen	25
4.2.3	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om pårørendearbeid	25
4.2.4	Sammenfatning av revisjonskriteriene	26
5	Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud for voksne	27
5.1	«Peters» møte med Skedsmo kommune – et tenkt scenario	27
5.2	Samarbeid internt i Avdeling for psykisk helse og rus	29
5.3	Samarbeid på tvers av kommunens tjenester	31
5.3.1	NAV Skedsmo	31
5.3.2	Kommuneoverlegen	33
5.3.3	Hjemmetjenesten	33
5.3.4	Tjenestekontoret	35
5.3.5	Eiendomsavdelingen	36
5.4	Samarbeid med fastlegene	37
5.5	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	39
5.5.1	Kommunens samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten	39
5.5.2	Samarbeidsavtaler, nye retningslinjer og andre rutiner for samarbeid	42
5.5.3	Samarbeid i praksis	46
5.6	Individuell plan og koordinator	50
5.7	Koordinerende enhet og systemkoordinator	55

6	Involvering av pårørende i overgangen fra barn til voksen	59
6.1	Regler om taushetsplikt og informasjonsplikt – sikres kompetanse?	59
6.1.1	Rutiner for å sikre kompetanse	59
6.1.2	De ansattes opplevelse	60
6.2	Godt og systematisk pårørendearbeid ved overgang fra barn til voksen?	62
6.2.1	Rutiner for involvering av de pårørende ved overgang fra barn til voksen	62
6.2.2	Involvering av de pårørende ved overgang i praksis	63
6.3	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	65
6.3.1	Rutiner for samarbeid og ansvarsfordeling	65
6.3.2	Samarbeid og ansvarsfordeling i praksis	66
7	Revisjonens vurdering og konklusjon	69
7.1	Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud	69
7.2	Involvering av pårørende i overgangen fra barn til voksen	72
7.3	Konklusjon	74
7.4	Anbefalinger	75
	LITTERATUR OG KILDEHENVISNINGER	76
	FIGUROVERSIKT	82
	VEDLEGG 1: RÅDMANNENS HØRINGSSVAR	83

SAMMENDRAG

Formål med prosjektet

Formålet med prosjektet har vært å undersøke om kommunen sikrer at voksne pasienter/brukere med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tilbud. I tillegg skal undersøkelsen gi informasjon til kontrollutvalget om kommunens tilbud til de med psykiske vansker/lidelser og /eller rusavhengighet og hvordan dette er organisert.

Videre har formålet vært å undersøke om kommunen har rutiner for å sikre et godt støtteapparat i overgangen fra kommunens tjenester for barn til tjenestene for voksne, da med særlig fokus på involvering av de pårørende.

Revisjonen ser i denne rapporten på følgende problemstillinger:

1. Hvilke tjenester og tilbud har kommunen til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet og hvordan er disse organisert? (deskriptiv problemstilling)
2. I hvilken grad sikrer Skedsmo kommune at pasienter/brukere med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?
3. I hvilken grad sikrer Skedsmo kommune et godt støtteapparat, med særlig fokus på involvering av de pårørende, i overgangen fra barn til voksen innenfor psykisk helse og rusfeltet?

Prosjektets hovedfokus er rettet mot systemene for koordinering og samhandling av tjenester til enkeltbrukere, herunder virkemidlene individuell plan og koordinator. Undersøkelsen tar for seg kommunens tilbud til personer over 18 år. Kommunens arbeid med barn og unge ligger imidlertid innenfor undersøkelsen når fokus er rettet mot om kommunen sikrer et godt støtteapparat i overgangen fra barn til voksen innenfor psykisk helse og rusfeltet. Her er fokus særlig på involvering av de pårørende.

Revisjonens oppsummering

Kommunen har samlet flere av tilbudene til denne brukergruppen i Avdeling for psykisk helse og rus. I tillegg mottar mange brukere 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 tar utgangspunkt i kriteriene som er utledet i kapittel fire.

Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud for voksne

Revisjonskriterium

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

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

Samarbeid internt i Avdeling for psykisk helse og rus

Det er mye godt arbeid som gjøres i Avdeling for psykisk helse og rus når det gjelder samarbeidet innad i avdelingen. Avdelingen har etablert flere faste møteplasser. I tillegg samarbeides det gjennom å kurse hverandre innad i avdelingen. Revisjonen har også fått oppgitt at det i avdelingen forekommer en del uformelt samarbeid. Et grep kommunen har tatt, har vært å samlokalisere alle tjenestene i Avdeling for psykisk helse og rus, foruten boligene (Salerudveien og Stalsberggata). Dette har ifølge lederne ført til mer og bedre samarbeid og gjort det lettere å kunne drøfte faglige spørsmål på tvers av tjenestene i avdelingen. Det er videre en stor majoritet av de ansatte i avdelingen, som har svart på spørreundersøkelsen, som er helt eller delvis enige i at det er godt tilrettelagt for samarbeid i avdelingen. Det samme gjelder påstandene om at det er et godt samarbeid mellom tjenestene og at det er godt avklart når det gjelder fordeling av ansvar og oppgaver.

Samtidig er det etter revisjonens syn flere tiltak som kan gjennomføres for å få til et enda bedre samarbeid rundt kommunens brukere. I intervju har det kommet frem ønske om flere og mer strukturerte møtepunkt for de ansatte. Blant annet trekkes det frem at Ambulerende team, Rusteamet og Boveiledertjenesten bør møtes på fast basis og diskutere problemstillinger rundt sammenfallende klienter. Generelt kan man ifølge lederne i avdelingen bli flinkere til å jobbe mer på tvers av tjenestene, både gjennom å følge opp felles brukere og gjennom å kurse hverandre. Også dataene i spørreundersøkelsen viser at det er et potensiale for forbedring av samarbeidet i avdelingen.

Samarbeid på tvers av kommunens tjenester

Samarbeidet med NAV ser ut til å være preget av utfordringer på flere områder. For Avdeling for psykisk helse og rus oppleves samarbeidet som utfordrende for både klienter og ansatte i avdelingen. Det kan være vanskelig både å komme i kontakt med saksbehandler og å finne ut av hvem som faktisk er saksbehandler for den enkelte klient. Videre opplever man fra avdelingens side at samarbeidet med NAV ofte er personavhengig. Andre faktorer som har påvirket samarbeidet negativt er at det har vært mye utskiftninger av ansatte på NAV, samt at omorganisering av NAV har

gjort det vanskeligere å vite hvem man skal kontakte. Fra NAVs side opplever man at mange har for høye og uklare forventninger til hva NAV er og kan bidra med, noe som oppleves som utfordrende.

Revisjonen har fått oppgitt at NAV og Avdeling for psykisk helse og rus planlegger å ha et samarbeidsmøte hver tredje måned. Her skal man planlegge et bedre samarbeid rundt enkeltklienter, samt at NAV også kan informere avdelingen om nye regler, satser og retningslinjer. Det er også en fast kontakt fra NAV med på Ambulerende teams månedlige samarbeidsmøter, der også Tjenestekontoret deltar. Dette er positive tiltak som kan være med å bedre samarbeidet om brukerne. Revisjonen vil trekke frem viktigheten av å bruke disse møteplassene til å finne løsninger på utfordringene nevnt over. Spesielt er det viktig å få på plass et system som gjør det enklere for de ulike tjenestene å komme i kontakt med hverandre, da kommunikasjon er helt essensielt for et godt samarbeid. Revisjonen viser også til at kommunen i arbeids- og velferdsordningen skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer. Dette følger av sosialtjenesteloven § 13.

Revisjonens undersøkelse viser at det er noen utfordringer når det gjelder samarbeidet rundt brukerne Hjemmetjenesten og Ambulerende team har felles. Utfordringene gjelder først og fremst fordeling av oppgaver. Det er stor uenighet både om hvilke brukere som skal få levert medisiner hjem til seg, og også hvem som har ansvar for å utføre denne tjenesten. Det er i utgangspunktet Tjenestekontoret som skal avklare disse spørsmålene, men på grunn av uenigheter har spørsmålet blitt løftet videre opp på sektornivå. Det er også uenighet rundt hvem som skal kontakte fastlege dersom klienten oppfattes som utfordrende. Revisjonen mener det er viktig at kommunen avklarer disse spørsmålene, slik at det kan skapes et så godt samarbeidsklima som mulig rundt felles brukere/klienter.

Revisjonens vurdering er at det i utgangspunktet samarbeides godt mellom Tjenestekontoret og Avdeling for psykisk helse og rus. Det siste 1,5 året har kommunen hatt særlig fokus på et tett samarbeid mellom disse to avdelingene da den aktuelle brukergruppen kommunen skal tilby tjenester er kompleks. Men, kommunen opererer med forskjellige rutiner når det gjelder vurderinger av hvem som skal få tilbud om tjenester, noe som fra Tjenestekontorets side oppleves som utfordrende for samarbeidet rundt brukeren.

Fra Avdeling for psykisk helse og rus sin side ønsker man mer formelt samarbeid med Tjenestekontoret. En av årsakene er at avdelingen har mange felles brukere med Hjemmetjenesten og dermed er det hensiktsmessig å samkjøre vedtak om tjenester bedre.

Revisjonen oppfatter det slik at begge parter ser behov for et mer formelt samarbeid rundt vurderinger om tilbud av tjenester til brukere, og kommunen bør se på hvordan man best kan få til et godt samarbeid her. Uansett hva slags løsning kommunen kommer frem til, bør målet være å skape et helhetlig og rettferdig system som ivaretar brukerens behov på best mulig måte. Det er uheldig om fordelingen av vedtakskompetansen innenfor psykisk helse og rusfeltet er for fragmentert til at en bruker har mulighet til å orientere seg om kommunenes tilbud og hvor de skal henvende seg.

Til sist er det verdt å nevne at samarbeidet mellom kommuneoverlegen og de andre aktørene som jobber med den aktuelle brukergruppen synes å fungere svært godt. Dette vurderer revisjonen som positivt for samarbeidet rundt brukerne.

Samarbeid med fastlegene

Fastlegene og spesialisthelsetjenesten er viktige aktører i samarbeidet om et helhetlig tjenestetilbud. Undersøkelsen viser at det kan være utfordrende å samle alle aktørene i de tverrfaglige møtene. 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, som for eksempel å legge møtet til legekontoret. Revisjonen understreker at kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom kommunen og fastlegene er slått fast i § 8 i forskrift om fastlegeordning i kommunene.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Undersøkelsen viser at det er et utstrakt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, men at samarbeidet bærer preg av flere utfordringer. For det første er mange av spørreundersøkelsens respondenter uenige i at det er gode rutiner for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er faktisk ingen av de spurte som har sagt seg helt enige i denne påstanden.

For det andre er det en stor andel av de spurte som ikke er enige i at det er god kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten. Informasjonen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen er ofte altfor knapp. Det oppleves også som vanskelig for kommunen å få spesialisthelsetjenesten til å gå med på innleggelse, og eventuelt utredning, og spesialisthelsetjenesten oppleves ofte som lite lydhøre ovenfor kommunen som er tettere på brukeren i det daglige.

For det tredje er det utfordringer i forbindelse med avklaring av ansvar og oppgaver. Kommunen mener at det er behov for at akutt-teamet på DPS drar ut til pasienter/brukere ved behov, men opplever at akutt-teamet ikke ønsker å gjøre det. Videre opplever kommunen at det skrives ut alt for syke personer fra Ahus, og pasienter blir da fastlegenes og kommunens ansvar, og man opplever verken å ha kunnskap eller kapasitet til å dekke pasientenes behov. Ifølge revisjonens spørreundersøkelse er en majoritet av de spurte uenige i at ansvar og oppgaver mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er godt avklart.

Til sist er det en majoritet av respondentene som er uenige i at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten preges av at man drar i samme retning, det vil si har felles mål. En klar majoritet opplever heller ikke at samarbeidet preges av likeverdighet

Funnene som er beskrevet ovenfor er etter revisjonens vurdering problematisk i et samarbeidsperspektiv. Felles mål, rolleavklaring, jevnlig kontakt og kommunikasjon, samt likeverdig deltagelse er viktige suksesskriterier for et godt tverrfaglig samarbeid. Kommunen bør derfor jobbe

videre med å utvikle samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, slik at brukeren kan ivaretas på best mulig måte.

Revisjonskriterium

Kommunestyret skal vedta samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen.

Overordnet samarbeidsavtale og Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp er vedtatt av kommunestyret den 1.2.12. I vedtaket delegeres også myndighet til rådmannen når det gjelder å inngå resterende lovpålagte samarbeidsavtaler. Revisjonen anser derfor kriteriet for å være oppfylt.

Revisjonen vurderer det likevel som uheldig at man ikke klarer å finne disse samarbeidsavtalene i kommunens arkivsystem. Det samme gjelder dersom det stemmer at noen av delavtalene ikke er underskrevet.

Men det er viktig å presisere at kommunen arbeider med utgangspunkt i at alle samarbeidsavtalene er vedtatt og gjeldende, med forpliktelser og alt de innebærer for kommunen. Det er også positivt at kommunen og spesialisthelsetjenesten sammen har utarbeidet nye retningslinjer i forlengelsen av samarbeidsavtalene. Retningslinjene ble vedtatt i desember 2014, og det gjenstår å se i hvilken grad dette vil bidra til å forbedre samarbeidet mellom partene.

Revisjonskriterium

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

Individuell plan og koordinator

Revisjonen vurderer det som positivt at Skedsmo kommune har prosedyrer både for individuell plan, tildeling av koordinator og utøvelse av koordinatorrollen, og for tverrfaglige møter. Undersøkelsen viser imidlertid at evaluering og revidering av prosedyren for individuell plan og prosedyren for tverrfaglige møter ikke har blitt godkjent og innarbeidet som planlagt. Prosedyren for tildeling av koordinator og utøvelse av koordinatorrollen er ikke formelt godkjent selv om den følges i praksis.

Videre viser undersøkelsen at kommunen mangler oversikt over, og kontroll med, arbeidet som gjøres i forbindelse med hvilke personer i kommunen som er koordinatører og hvem som har IP. Dette til tross for at det finnes en skriftlig rutine som opplyser om hvordan dette skal gjøres. Gjennom intervju og spørreundersøkelse har det kommet frem at flere ikke har kjennskap til disse rutinene.

Kommunen har plikt til å informere om retten til 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 viser imidlertid at det ikke alltid informeres om retten til en IP, eller at dette ikke gjøres på en grundig og

god måte. Dette bekreftes både gjennom intervju og gjennom spørreundersøkelsen. Ifølge kommunen påvirkes brukere til å velge bort IP, dersom man fra kommunens side ikke anser IP for å være hensiktsmessig for den aktuelle bruker. Revisjonen vil understreke at det er brukernes behov som skal ligge til grunn for bruken av IP, ikke enkeltmedarbeideres holdninger eller tidsressurser.¹

Undersøkelsen viser også at mange medarbeidere i praksis fungerer som koordinatore selv om de ikke er formelt registrert som dette. Mangel på formalisering er etter revisjonens vurdering uheldig da det kan føre til mangel på opplæring i koordinatorrollen. Informanter oppgir det som svært viktig for den enkelte bruker, at koordinatoren mestrer denne rollen. Nærmere 40 prosent av de som i spørreundersøkelsen oppgir å ha koordineringsoppgaver uten at de har mottatt noen opplæring i denne rollen. 10 prosent oppgir at de har blitt tilbudt opplæring, men takket nei. Ettersom koordinator er et tilbud til brukeren som kommunen selv oppfatter som svært viktig og har mye fokus på å bistå brukeren med, bør kommunen forsøke å skaffe oversikt over alle koordinatore, samt kanskje vurdere om det vil være hensiktsmessig å gjøre opplæring obligatorisk.

Koordinerende enhet og systemkoordinator

Kommunen har en koordinerende enhet, med en systemkoordinator som leder og samordner enheten. Organiseringen av enheten er etter revisjonens vurdering mangelfull da enheten for voksne og enheten på systemnivå (KES) ikke fungerer etter hensikten. Dette er kommunen selv klar over, det ble blant annet gjennomført en evaluering av enheten i 2013 som viser dette. Måten enheten er organisert på fører til problemer med få saker og lite engasjement blant deltagerne.

Medlemmene i KES har ikke hatt møter siden august 2013, da evalueringen ble gjort, i påvente av at det skulle bli tatt noen grep. Etter det revisjonen kjenner til har kommunen over 1,5 år senere enda ikke fulgt opp evalueringen ved å gjennomføre nødvendige endringer for å få enheten til å fungere etter hensikten.

Involvering av pårørende i overgangen fra barn til voksen

For at overgangen fra barn til voksen innenfor psykisk helse og rusfeltet skal gå så smidig som mulig, er det viktig at helsepersonell innenfor kommunen kjenner til regler og retningslinjer for pårørendearbeid. Et støtteapparat for de med psykiske utfordringer er vel så viktig for de under 16 år som de over, selv om man må jobbe litt forskjellig med de ulike gruppene. I dette arbeidet er det både regler om taushetsplikt, samt unntak fra denne som innebærer regler om informasjonsplikt, som må følges.

¹ Revisjonen viser også til veiledningsplikten som følger av lov 10.2.1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker § 11.

Revisjonskriterium

Kommunen bør ha rutiner for å sikre kompetanse hos ansatte slik at reglene om taushetsplikt og informasjonsplikt kan følges.

Kommunen har ingen egen opplæring i forbindelse med taushetsplikt og informasjonsplikt ved nyansettelser, da opplæring i dette er noe man opplever at de fleste har med seg fra sin utdanning. Men ifølge kommunens rutiner skal man gjennomgå reglene om taushetsplikt den første uken en nyansatt er på jobb, i tillegg til at den nyansatte skriver under på en taushetserklæring. For å sikre kompetanse videre har kommunen er jurist de ansatte kan kontakte dersom de har spørsmål, i tillegg er det muligheter for å ta kurs ved behov. Spørsmål om taushetsplikt er også ofte et tema på personalmøter og daglige kollegamøter.

Revisjonens spørreundersøkelse viser at det er god kjennskap til taushetspliktreglene, og de fleste opplever å være trygge på hvordan reglene skal utøves. Når det gjelder reglene om informasjonsplikt er andelen som sier seg enige i de samme påstandene mindre, noe som tyder på at det er mindre fokus på reglene om informasjonsplikt. Som kommuneoverlegen opplyste revisjonen i intervju, er det fort gjort å holde kortene litt for tett til brystet. I et pårørendeperspektiv vil riktig utøvelse av informasjonsplikten antagelig oppleves å være minst like viktig som taushetsplikten. Revisjonen mener derfor at det er viktig å ha fokus på hva man som ansatt i kommunen faktisk har plikt å opplyse de pårørende om.

Revisjonskriterium

Kommunen bør sørge for et godt og systematisk pårørendearbeid i overgangen fra barn til voksen

Revisjonens undersøkelser viser at kommunen har flere rutiner for å sikre overgangen fra barn til voksen. Blant annet har man informasjonsmøter der de pårørende deltar og brosjyre som skal gi informasjon om kommunens tilbud videre etter fylte 18 år. Kommunen har også utarbeidet en samarbeidsavtale mellom Avdeling for barn og familier og Avdeling for psykisk helse og rus, som skal bidra til bedre samarbeid mellom avdelingene i overgangen.

Det er bra at kommunen har viktige rutiner på plass, men det er uheldig at såpass få av de spurte i spørreundersøkelsen kjenner til rutinene. Det har også kommet frem, både i intervju av ledere og i spørreundersøkelsen, at det er lite samarbeid mellom Avdeling for barn og familier og Avdeling for psykisk helse og rus når det gjelder å trygge de pårørende i overgangen fra barn til voksen. Revisjonens vurdering er derfor at samarbeidsavtalen man har utformet mellom avdelingene bør vedtas (dersom den enda ikke er vedtatt) og systematisk arbeid for å skape mer samarbeid mellom avdelingene bør igangsettes, slik at de pårørende på best mulig måte kan ivaretas i overgangen.

Revisjonskriterium

Kommunen og spesialisthelsetjenesten bør samarbeide om pårørendearbeid, og rutiner for ansvarsdeling bør komme frem i samarbeidsavtalen.

Revisjonens gjennomgang av samarbeidsavtalene mellom Ahus og kommunen viser at det er flere rutiner for ansvarsdeling når det gjelder pårørendearbeid i flere av avtalene. Undersøkelsen viser at det likevel er mangel på tydelig ansvarsdeling når det gjelder samarbeid om pårørendearbeid i praksis. Blant annet oppleves det som vanskelig å få spesialisthelsetjenesten til å stille opp på forebyggende møter. Det ser også ut til å være liten kunnskap blant de ansatte i de to avdelingene når det gjelder kjennskap til skriftlige rutiner for hvordan ansvaret om pårørendearbeid skal fordeles mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Det er også svært få som har noen formening om påstandene at kommunen og spesialisthelsetjenesten samarbeider godt om pårørendearbeid og at dette samarbeidet fungerer optimalt. Dette kan tyde på at det er lite organisert samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om pårørendearbeid, et bilde som også ble forsterket i intervju med lederne i de to avdelingene. Revisjonen vurderer det slik at det finnes et forbedringspotensial når det gjelder samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på dette området.

Revisjonens samlede vurdering og konklusjon

Når det gjelder spørsmålet om i hvilken grad kommunen sikrer et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, har revisjonen operasjonalisert undersøkelsen gjennom å sette opp tre forskjellige revisjonskriterier. For det første har vi undersøkt kommunens arbeid med å legge til rette for samarbeid både internt i kommunen og opp mot spesialisthelsetjenesten. Her konkluderer vi med at kommunen i ganske stor grad² legger til rette for et godt samarbeid. Det er som vist mange utfordringer som gjenstår, særlig i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, men også i forbindelse med samarbeidet internt i kommunen.

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

For det tredje har vi undersøkt om kommunen sikrer at de som har krav på det tilbys en IP og en koordinator, samt at kommunen har en koordinerende enhet. I dette arbeidet konkluderer revisjonen med at kommunen i noen grad arbeider på en slik måte at brukerne får et helhetlig og koordinert

² Vi har valgt å gradere kommunens arbeid, og bruker begrepene: i svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i ganske stor grad og i svært stor grad.

tjenestetilbud. Grunnen er at funn viser manglende bruk og tilbud av IP, som er et lovkrav, samt en dårlig fungerende koordinerende enhet.

Når det gjelder spørsmålet om involvering av pårørende i overgangen fra barn til voksen, har revisjonen jobbet med tre revisjonskriterier. For det første har vi sett på kommunens rutiner for å sikre kompetanse hos de ansatte i forbindelse med reglene om taushetsplikt og informasjonsplikt. Her konkluderer vi med at kommunen i ganske stor grad har rutiner for dette. Funn viser at det er større fokus på taushetsplikt enn på informasjonsplikt, men begge pliktene er viktige for de ansatte å ha god kjennskap til for å kunne ivareta de pårørende på best mulig måte.

For det andre har vi undersøkt om kommunen sørger for et godt og systematisk arbeid i overgangen fra barn til voksen. Her har kommunen mange gode rutiner på plass, men kjennskapen om disse er lite utbredt blant de ansatte. Det er også lite samarbeid blant de ansatte i Avdeling for barn og familier og Avdeling for psykisk helse og rus i en slik overgang. Revisjonens konklusjon er derfor at kommunen i ganske stor grad involverer de pårørende i denne overgangen.

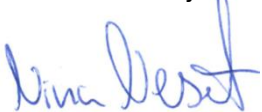
For det tredje viser undersøkelsen at det er mangel på både tydelig ansvarsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, samt mangel på kunnskap blant de ansatte i kommunen om rutiner og samarbeid om pårørende, til tross for at flere rutiner for dette fremgår i samarbeidsavtalene. Revisjonen konkluderer derfor med at det kun i noen grad er et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om pårørendearbeid, som bidrar til involvering av de pårørende i en overgang fra barn til voksen.

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 vurdere om fordelingen av vedtakskompetansen innenfor psykisk helse og rusfeltet er for fragmentert til at en bruker har mulighet til å orientere seg om kommunenes tilbud og hvor de skal henvende seg.
- Kommunen bør gjennomgå og avklare ansvarsdelingen mellom Ambulerende team og Hjemmetjenesten til beste for et godt samarbeid om brukerne.
- Kommunen bør sette inn tiltak som sikrer den enkeltes rett til individuell plan og koordinator i henhold til lovens intensjon og krav.
- Kommunen bør sette inn tiltak som sikrer at koordinerende enhet fungerer etter forutsetningene i loven, jf. kapittel 7 i helse og omsorgstjenesteloven og forskrift om habilitering og rehabilitering.
- Kommunen bør vurdere tiltak for å sikre god kompetanse om informasjonsplikt blant de ansatte.
- Kommunen bør vurdere tiltak for å skape økt samarbeid om pårønderarbeid mellom Avdeling for barn og familier og Avdeling for psykisk helse og rus, og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Jessheim, 5. juni 2015



Nina Neset
Revisjonssjef



Oddny Ruud Nordvik
avdelingsleder forvaltningsrevisjon

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og formål med prosjektet

Kontrollutvalget i Skedsmo kommune bestilte i KU-møte 20.10.14 en forvaltningsrevisjon innenfor tjenestområdet «Psykisk helse og rus». Bestillingen er forankret i Plan for forvaltningsrevisjon 2013-2016, vedtatt av kommunestyret 30.1.2013.

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 § 4-1, a, 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 voksne pasienter/brukere med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tilbud. I tillegg skal undersøkelsen gi informasjon til kontrollutvalget om kommunens tilbud til de med psykiske vansker/lidelser og /eller rusavhengighet og hvordan dette er organisert.

Videre er formålet å undersøke om kommunen har rutiner for å sikre et godt støtteapparat i overgangen fra kommunens tjenester for barn til tjenestene for voksne, da med særlig fokus på involvering av de pårørende.

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? (deskriptiv problemstilling)
2. I hvilken grad sikrer Skedsmo kommune at pasienter/brukere med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?
3. I hvilken grad sikrer Skedsmo kommune et godt støtteapparat, med særlig fokus på involvering av de pårørende, i overgangen fra barn til voksen innenfor psykisk helse og rusfeltet?

1.3 Revisjonskriterier

For å besvare problemstillingen formuleres det revisjonskriterier som er de krav og forventninger 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, pårørendeforeninger, 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.

Som den tredje problemstillingen lyder skal vi i rapporten ha et særlig fokus på involvering av de pårørende. Spørsmålene vi har stillet har derfor vært om kommunens pårørendearbeid, og vi har ikke fokusert på noe støtteapparat utover dette.

Psykiske plager og psykiske lidelser

I følge Folkehelseinstituttet er det vanlig å skille mellom psykiske *plager* (vansker) og psykiske *lidelser*. 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 (2015).

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

Rusavhengighet

Helsedirektoratet skriver i sin veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne at «[k]jernen i fenomenet rusmiddelavhengighet kan forstås som mer eller mindre fastlåste tanke- og adferdsmønstre» (2014:29). Avhengighet er ikke et absolutt begrep, og det kan være uklare grenser mellom skadelig bruk og avhengighet. Her er det en glidende overgang (ibid).

Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse blir i faglitteraturen ofte omtalt med begrepet dobbeltdiagnose eller ROP-lidelse; en kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse (Helsedirektoratet 2012:16).

Helhetlige og koordinerte tjenester

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

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

Samhandling og samarbeid

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

Slik begrepene her er definert omhandler revisjonens undersøkelse både samarbeid og samhandling, legger ikke opp til å skille strengt mellom begrepene.

1.5 Oppbygging av rapporten

I kapittel 2 beskrives datagrunnlaget, datainnsamlingen og anvendte metoder. I tillegg redegjøres for dataenes reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet). Deretter, i kapittel 3 følger en redegjørelse for revisjonskriteriene og grunnlaget for disse.

Kapitlene 4, 5 og 6 redegjør for fakta (funnene) i undersøkelsen. I kapittel 4 presenteres fakta om kommunens tilbud og organisering av tjenestetilbudet. I kapittel 5 presenteres fakta som gir grunnlag for å besvare den andre problemstillingen. I kapittel 6 beskrives fakta som gir grunnlag for å besvare den tredje problemstillingen. Revisjonens vurdering og konklusjoner følger i rapportens siste kapittel, kapittel 7. Revisjonens samlede vurdering og anbefalinger er i tillegg plassert i sammendraget foran i rapporten.

1.6 Rådmannens uttalelse til rapporten

Rapporten er forelagt rådmannen til uttalelse og hørings svar er mottatt 4.6.2015 og følger som vedlegg 1.

2 ANVENDTE METODER I PROSJEKTET

Forvaltningsrevisjonsprosjektet er gjennomført i tråd med RSK 001 - Standard for forvaltningsrevisjon, som er fastsatt av styret i Norges Kommunerevisorforbund. Standarden bygger på internasjonalt anerkjente standarder og prinsipper vedtatt av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og The Institute of Internal Auditors (IIA).

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

2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

Dokumentanalyse

Revisjonen har gjennomgått aktuelle dokumenter som har blitt innhentet fra kommunen. Formålet har vært å trekke ut fakta om de ulike tilbudene kommunen tilbyr på området, samt å finne ut hva slags rutiner kommunen har for å kunne tilby helhetlige og koordinerte tjenester og sikre en god overgang fra barnetjenestene til voksentjenestene. Dokumentene vi har gjennomgått er planer, interne rutiner og prosedyrer, og andre dokumenter kommunen har forelagt oss som har vært relevante for prosjektet.

Intervju

Det er gjennomført intervju med administrativ ledelse i kommunene i forbindelse med oppstartsmøte. Dette ble gjennomført som gruppeintervju. Videre er det gjennomført intervjuer med alle avdelingsledere i Avdeling for psykisk helse og rus og Avdeling for barn og familier, samt avdelingssjef for Avdeling for barn og familier. Vi har også intervjuet lederen i NAV Skedsmo, i tillegg til leder og medarbeider (sistnevnte jobber spesifikt med den aktuelle brukergruppen) i Tjenestekontoret. Det er totalt gjennomført 16 intervjuer. Lederne i Avdeling for barn og familier fikk kun spørsmål i forbindelse med den siste problemstillingen som gjelder pårørendearbeid i overgangen fra barn til voksne, mens resterende ledere og informanter har fått spørsmål som skulle bidra til å svare på begge problemstillingene med revisjonskriterier.

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

Spørreundersøkelse

For å innhente data fra alle de ansatte og ikke bare lederne i de aktuelle tjenestene, har vi sendt ut en spørreundersøkelse både ledere og medarbeidere i begge de nevnte avdelingene, samt noen personer i andre avdelinger (NAV, Tjenestekontoret og Helseavdelingen) i kommunen som jobber med den aktuelle brukergruppen.

Spørreundersøkelsen har blitt distribuert gjennom mail til totalt 246 personer. Revisjonen benytter seg av dataprogrammet QuestBack, for å utarbeide og distribuere undersøkelsen.

Den samlede svarprosenten på hele undersøkelsen ble til slutt 65 prosent. Tabellen under viser antall respondenter og variasjonen i svarprosent mellom de ulike gruppene av respondenter.

Avdeling	Antall personer	Antall svar	Svarprosent
Avdeling for psykisk helse og rus	52	30	58
Andre avdelinger *	12	8	67
Avd. for psykisk helse og rus + andre avd.	64	38	59
Avdeling for barn og familier	182	123	68
Alle	246	161	65

* Denne gruppen med respondenter bestod av personer utenfor Avdeling for psykisk helse og rus som kommunen har oppgitt at jobber med den aktuelle brukergruppen (voksne), enten som koordinator eller som har andre roller. I denne gruppen var for eksempel systemkoordinator, kommuneoverlegen, respondenter fra Tjenestekontoret og fra Helseavdelingen.

Avdeling for psykisk helse og rus og respondentene i gruppen som er kalt «andre avdelinger» fikk alle spørsmålene i undersøkelsen. Det vil si at de har bidratt med data til både problemstillingen som dreier seg om et helhetlig og koordinert tjenestetilbud og problemstillingen om pårørendearbeid i overgangen fra barn til voksen. Respondentene i Avdeling for barn og familier har kun fått spørsmålene som dreier seg om den sistnevnte problemstillingen.

For at så mange som mulig skulle svare på undersøkelsen sendte revisjonen ut et informasjonsskriv til alle lederne, slik at de ved hjelp av dette kunne oppfordre de ansatte til å svare. Undersøkelsen ble sendt ut den 3. februar 2015 med en to ukers frist. Den 13. februar sendte vi ut en påminnelse med link til undersøkelsen, om at det var fire dager til fristen gikk ut. Den 18. februar, dagen etter at fristen var gått ut, sendte vi ny påminnelse med link om at ny og endelig frist var satt til 26. februar.

2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet

I enhver undersøkelse er det utfordringer når det gjelder pålitelighet og gyldighet. Pålitelige data sikres ved å være nøyaktig under datainnsamling og databehandling. Gyldighet betegner dataenes relevans for problemstillingene som er valgt. Revisjonen mener at dataene som denne rapporten bygger på samlet sett er både pålitelige og gyldige, og gir et godt grunnlag for revisjonens vurderinger og anbefalinger.

Den gjennomførte dokumentanalysen

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

nøye igjennom dokumentene og kun valgt ut den informasjonen som er relevant for problemstillingene.

Et problem kan likevel være at vi ikke finner tilstrekkelig informasjon gjennom de dokumentene kommunen har forelagt oss. Dette problemet er redusert ved hjelp av metodetriangulering, det vil si å bruke flere ulike metoder for å besvare de samme spørsmålene. Dette er utført gjennom intervjuer og spørreundersøkelse. Ved å kombinere ulike metoder for å belyse samme fenomen kan forholdene beskrives fra flere 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 og at informantene ble stilt mange av de samme spørsmålene, samtidig som det var muligheter for åpne spørsmål og for å gjøre vurderinger underveis. Etter våre vurderinger passet denne intervjuformen best for våre undersøkelser, da den sikret en systematisk innsamling av data, i tillegg til at vi underveis hadde mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål for å få ytterligere data som kunne besvare problemstillingene. En systematisk innsamling sikrer høy pålitelighet, mens mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål ivaretar høy gyldighet slik at revisjonen på best mulig måte kan svare på problemstillingene.

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

Den gjennomførte spørreundersøkelsen

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

Påliteligheten til svarene og muligheten til å generalisere avhenger samtidig av hvor mange av de som får undersøkelsen som faktisk har svart. Dataene til den andre problemstillingen har en akseptabel, men ikke god, feilmargin³. Mens dataene til den tredje problemstillingen har en god

³ Feilmarginen dreier seg om hvor sikre vi kan være på at svarene vi får i en undersøkelse representerer svarene man ville fått dersom alle respondenter hadde svart på undersøkelsen. Desto flere respondenter som svarer, jo mindre feilmargin får man. Feilmarginen minker også når antallet respondenter som har mottatt undersøkelsen øker, det vil si at man får en mindre feilmargin om 50 av 500 har svart enn om 5 av 50 har svart, selv om prosentandelen er den samme.

Vi har ved utregningene av feilmargin i dette avsnittet tatt utgangspunkt i et konfidensnivå på 95 %, noe som er vanlig å gjøre innenfor samfunnsvitenskapelig metode. Dermed kan man si at vi kan være 95 % sikker på at svarene vi har fått faller inn under en feilmargin på for eksempel +/-5 % av de svarene vi ville fått dersom alle respondentene hadde svart på undersøkelsen. Det vil si, har man en skala fra en til ti og det målte

feilmargin. Undersøkelsenes pålitelighet, når det gjelder muligheten til å generalisere dataene fra de som svarte til alle som faktisk fikk undersøkelsen, vurderes derfor som fra akseptabel til god.

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

gjennomsnittet ligger på fem kan man anta at resterende svar ville ligget på mellom 4,5 og 5,5 på skalaen. En slik feilmargin kan regnes som et godt resultat, men jo større den blir, jo mindre pålitelige vil svarene være. Et konfidensnivå på for eksempel 99 % vil kreve flere svar i en gruppe for å oppnå samme lave feilmargin.

3 TJENESTETILBUD OG ORGANISERING

I dette kapitlet vil vi redegjøre for Skedsmo kommunes helhetlige tilbud til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet.

Problemstilling 1

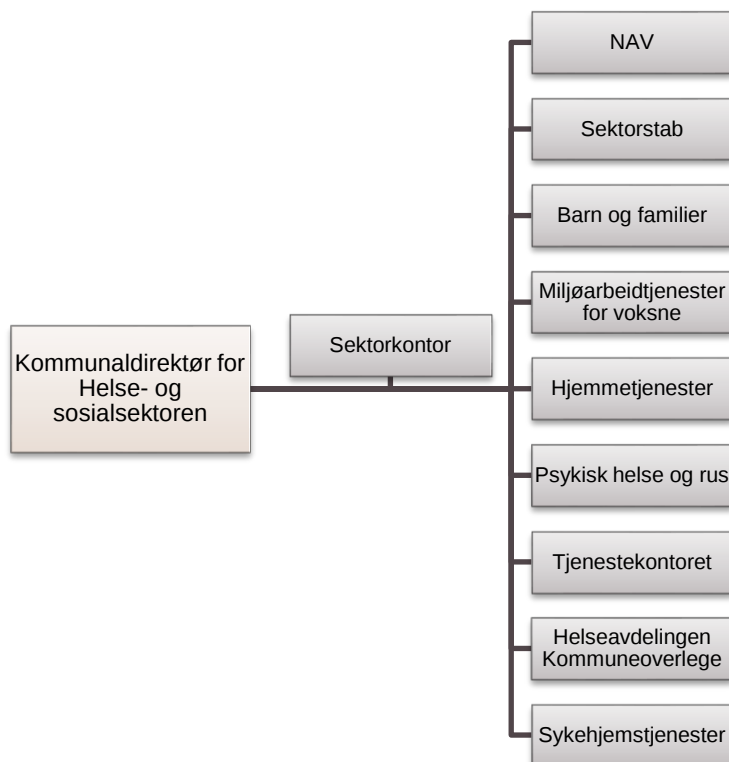
Hvilke tjenester og tilbud har kommunen til personer med psykiske vansker/lidelser og/eller rusavhengighet og hvordan er disse organisert?

Tjenestetilbudet for personer som sliter med rus- og/eller sin psykiske helse er organisert under helse- og sosialsektoren i Skedsmo kommune. Det er i Avdeling for psykisk helse og rus de viktigste tjenestene for de voksne ligger, men flere andre avdelinger i sektoren kan tilby tjenester etter behov. Under følger en oversikt over hvordan tilbudet er organisert, samt informasjon om hva de ulike tjenestene inneholder og hvordan man jobber i hver enkelt av dem for å bistå personer med problemer i forbindelse med rus og/eller psykisk helse.

3.1 Helse- og sosialsektoren

Skedsmo kommune har organisert virksomheten i sektorer, og Avdeling for psykisk helse og rus er organisert under Helse- og sosialsektoren. Andre avdelinger i denne sektoren som yter tjenester til personer med psykiske og/eller rusrelaterte problemer er NAV, Barn og familier, Hjemmetjenester, Tjenestekontoret og Helseavdelingen (Skedsmo kommune 2014a:8).

Figur 1. Organisasjonskart for Helse- og sosialsektoren



Kilde: Skedsmo kommune 2014a

3.1.1 NAV Skedsmo

NAV Skedsmo tilbyr viktige tjenester til mange personer som har psykiske og/eller rusrelaterte helseproblemer, og har ansvar for følgende:

- Tiltak og arbeidsmarkedskontakt for å skaffe arbeidsmuligheter for arbeidsledige
- Hjelp til bolig og oppfølging av vanskeligstilte innenfor boligområdet
- Mottak, bosetting og integrering av nyankomne flyktninger i Skedsmo kommune
- Dagpenger til arbeidsledige
- Husbankens bostøtte
- Økonomisk sosialhjelp
- Hjelp til mennesker som p.g.a.sykdom, skade eller lyte står i fare for å falle ut av arbeidslivet.
- Sykepenger
- Arbeidsavklaringspenger
- Uførepensjon
- Økonomisk rådgivning / gjeldsrådgivning

Skedsmo kommune 2015a

For de som skal ut i jobb og har muligheten til det, har NAV Skedsmo altså en viktig rolle gjennom tiltak og oppfølging som blant annet utdanning, kurs, arbeidspraksis, lønnstilskudd,

arbeidsavklaringspenger. NAV Skedsmo har også en sentral rolle når det gjelder å hjelpe folk ut i arbeid. I de tilfellene det å komme ut i arbeid ikke er realistisk bistår NAV med livsoppholdsytelser. For de som er sykemeldte for en lengre periode, for eksempel på grunn av psykiske problemer, har NAV, lege og arbeidsgiver oppfølgingsansvaret sammen gjennom dialogmøter. NAV har også plikt til å skaffe bolig til akutt midlertidig bostedsløse. Dersom det dreier seg om familier med mindreårige barn ordnes det ofte med hotell, ellers er det eksempelvis hospits i Oslo eller pensjonat som er aktuelt (NAV Skedsmo 2014).

NAV Skedsmo deltar også i statens kvalifiseringsprogram som dreier seg om å gi «tettere og mer forpliktende bistand og oppfølging» for å bidra til at flere personer kommer i arbeid og aktivitet. Kvalifiseringsprogrammet kan bestå av tiltak fra flere aktører, noe som krever samordning av tiltak og tjenester fra mange tjenesteytere. Nav Skedsmo har ansvar for å påse at både programmet og deltakerne følges opp (Skedsmo kommune 2014b:17)

3.1.2 Avdeling for barn og familier

Avdelingen tilbyr først og fremst tjenester til barn og familier, som navnet tilsier, men kommunen har glidende overganger mellom Avdeling for barn og familier og voksentjenestene. Helsestasjon for ungdom har for eksempel en målgruppe ungdommer på mellom 13 og 24 år. Et annet eksempel er at barnevernet har pålegg om ettervern for unge voksne mellom 18 og 23 år, men dette er et tilbud det er frivillig for de unge å ta imot (Avdeling for barn og familier 2014, Skedsmo kommune 2014o).

3.1.3 Hjemmetjenesten

Personer som på grunn av helseproblemer eller funksjonssvikt har behov for bistand i eget hjem, kan søke hos Tjenestekontoret om dette. Det kan blant annet dreie seg om utdeling av medisiner, behov for sykepleie eller behov for praktisk hjelp til å greie dagliglivets gjøremål (Skedsmo kommune 2014f). Revisjonen har i intervju fått opplyst at flere personer med psykiske og/eller rusrelaterte helseproblemer mottar tjenester fra Hjemmetjenesten.

3.1.4 Tjenestekontoret

Kommunen er organisert etter bestiller/utførermodellen, med Tjenestekontoret som en egen avdeling for vurdering og tildeling av tjenester til personer over 18 år. Kontoret mottar enhver søknad om tjenester fra både bruker, pårørende og offentlig etat, og avklarer hvorvidt søker har rett på tjeneste og hvilken tjeneste som er riktig. Tanken er at når alle søknader behandles av ett kontor så skal det sikre likebehandling og rettsikkerhet for brukerne (Skedsmo kommune 2014b:12).

Blant de 14 som er ansatt på Tjenestekontoret er det en person som jobber spesielt med saker på området psykisk helse og rus. Revisjonen har fått opplyst gjennom intervju at ytterligere en person skal ansettes på området, og fordype seg særlig i kjøp og salg av tjenester og tiltak eksternt. Tidligere jobbet Tjenestekontoret etter en generalistmodell, men saksmengde og kompleksitet i forbindelse med de ulike sakene medførte et behov for spesialisering blant de ansatte (Tjenestekontoret 2014).

Man kan henvende seg til Tjenestekontoret via for eksempel personlig oppmøte, PLO-meldinger⁴, og brev. Henvendelser registreres i fagsystemet og i postjournalen. I tillegg registreres det i et Excel-ark, der det også blant annet vil stå hva saken gjelder (ibid).

3.1.5 Helseavdelingen og kommuneoverlegen

Kommuneoverlegen er avdelingssjef for Helseavdelingen. Avdelingen og kommuneoverlegen jobber blant annet med oppfølging av flyktninger og asylsøkere gjennom samarbeid med alle delene av kommunen som har med psykisk helse og rus å gjøre. Legevakten i Skedsmo kommune, som også er en viktig del av tilbudet til personer med psykiske og/eller rusrelaterte helseproblemer, er også en del av avdelingen (Kommuneoverlegen 2014).

Kommuneoverlegen tar også imot bekymringsmeldinger i saker vedrørende personer med blant annet psykiske og/eller rusrelaterte helseproblemer. Det er også kommuneoverlegen som fatter vedtak om tvungen legeundersøkelse (i tillegg til politiet), og tvungen innleggelse der dette er nødvendig.

Kommunen regner med at omtrent 30-40 prosent av konsultasjonene hos fastlegene dreier seg om psykisk helse. Fastlegene er derfor en viktig del av kommunens tilbud (gjennom fastlegeavtalen), og har en sentral rolle blant annet ved behandling, medisiner, øyeblikkelig hjelp, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten (Skedsmo kommune 2014b:16). Kommuneoverlegen fungerer også som et bindelegg mellom fastlegene og kommunen på den ene siden, og fastlegene og spesialisthelsetjenestene på den andre siden (Kommuneoverlegen 2014).

3.2 Avdeling for psykisk helse og rus

Avdeling for psykisk helse og rus er som nevnt en av avdelingene som ligger under Helse- og sosialsektoren. Den ledes av en avdelingssjef og har mange underavdelinger eller tjenester. Det er her man finner hovedtilbudet til personer med psykiske lidelser/vansker og/eller rusavhengighet.

Figur 2 Organisasjonskart for Avdeling for psykisk helse og rus⁵



Kilde: Skedsmo kommune 2014g

⁴ PLO-meldinger er «standardiserte elektroniske meldinger til bruk i samhandling mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastlege og helseforetak» (Norsk Helsenet 2012:9).

⁵ Revisjonen er orientert om at organisatoriske endringer trer i kraft 1.6.2015.

3.2.1 Stillverksveien ressurscenter

Stillverksveien ressurscenter er et dagsentertilbud for mennesker med psykiske problemer. Tilbudet er lavterskel, det vil si at det ikke trengs noen henvisning fra lege for å være bruker på senteret. Brukerne på senteret bidrar i daglige gjøremål som matlagning, renhold, vedlikehold, planlegging av kurs og aktiviteter med mer. Eksempler på aktiviteter brukerne kan være med og planlegge å delta i er museumsbesøk, kino, turer, kort- og brettspill, dart, bordtennis, biljard styrketrening og hobbygruppe. Senteret tilbyr også felles lunsj alle hverdager kl. 12.00, i tillegg til kveldsåpent tirsdager, med tilbud om middag (Skedsmo kommune 2015b:2).

3.2.2 Psykisk helseteam

Psykisk helseteam tilbyr hjelp til voksne over 18 år som er bosatt i kommunen, og som har behov for hjelp når livet er vanskelig å håndtere. Tilbudet som gis er i hovedsak korttidsrettet, og de med milde til moderate psykiske vansker (blant annet depresjon og angst) prioriteres. Det kan også dreie seg om et hjelpebehov etter en krisehendelse eller fordi man er i en vanskelig livssituasjon (Skedsmo kommune 2014b:14, Skedsmo kommune 2014c:1).

Det individuelle tilbudet omfatter forebygging, tidlig hjelp og behandling som kan gis som samtaler og konsultasjoner, i tillegg til gruppetilbud. Samtaler skjer på kontoret hos behandler. Som gruppetilbud tilbyr Psykisk helseteam kurs i depresjonsmestring (KID), og siden våren 2014 også stressmestringskurs. Kursene holdes i samarbeid med Psykisk helseteam og Rusteamet. Stressmestringskurs holdes over seks ganger, i tillegg til en gangs oppfølging. KID-kurs går over åtte ganger og med to oppfølginger (ibid).

Tjenestene er gratis og pasienten kan selv ta kontakt per telefon, ved oppmøte, gjennom brev, eller e-post. Det er også vanlig at fastleger henviser, men dette er altså ikke nødvendig. Det er fast inntaksmøte en gang per uke med avdelingsleder. Det er en økende andel brukere som tar kontakt med teamet, men redusert kapasitet igjennom reduksjon av en fagstilling i 2010 har ført til at ventelistene har blitt lengre (Skedsmo kommune 2014b:15, Skedsmo kommune 2014c:1).

3.2.3 Rusteamet

Rusteamet har ansvar for å følge opp rusmiddelavhengige i kommunen og deres pårørende ved behov. Personer som ønsker tjenester fra rusteamet kan ta kontakt per telefon, ved oppmøte, gjennom brev eller e-post. Det er ikke nødvendig med henvisning. Spesialisthelsetjeneste, NAV og institusjoner kan også henvende seg til teamet for å be om tjenester til personer som har behov for dette. Rusteamets målgruppe er personer over 18 år (med hovedfokus på de som er mellom 18-30 år og de som er i legemiddelassistert rehabilitering) som har et rusmisbruk eller avhengighet av illegale rusmidler, avhengighetsskapende medisiner og/eller alkohol. Mange har også en blandingsavhengighet der de kombinerer ulike typer rusmidler (Skedsmo kommune 2014b:15, Skedsmo kommune 2014c:1).

Tilbudet som gis er samtaler med rusavhengige og/eller deres pårørende, samt kartlegging av brukerens situasjon. I tillegg hjelper man til med oppfølging av dagliglivets gjøremål i egen bolig, bistand til å nyttiggjøre seg hjelpeapparatet, samt også gruppetilbud med flere sosiale tiltak og felles

aktiviteter. Målet er at brukeren skal motiveres til endring av sin livssituasjon ut i fra egne premisser. Rusteamet er også hjelpelig med å søke plass til polikliniske samtaler i spesialisthelsetjenesten, søke inn til avrusning og døgnbehandling.⁶ Rusteamet følger også opp brukeren før, under og etter plass i døgnbehandling. I tillegg til dette følges brukere som er i legemiddelassistert behandling (LAR) opp av teamet. Hver uke har teamet møter som er ledet av avdelingsleder hvor saker drøftes, og nye henvendelser tas opp og fordeles (ibid).

Rusteamet jobber også med å følge opp gravide rusmisbrukere, i tillegg til kvinner som ikke er rusmisbrukere, men som drikker alkohol mens de er gravide eller ammer. Hver sjette uke har man derfor et møte i et såkalt risikogravideteam. Dette er et konsultativt team der representanter fra en rekke tjenester møtes (jordmor, helsesøster, helsestasjonslege, barnevern, familieterapeut, psykolog fra psykisk helseteam, ruskonsulent og representant fra NAV, samt representant fra Ahus-teamet som er jordmor eller rådgiver) (ibid).

3.2.4 Boveiledertjenesten

I 2009 opprettet kommunen en egen boveiledertjeneste for vanskeligstilte personer med eller uten rusavhengighet. Tjenesten er organisert under Rusteamet og det er fire personer som jobber som boveiledere. Boveilederne er hjelpelige i forbindelse med brukeres behov av praktisk hjelp til blant annet å komme seg til møter med Nav, lege- og tannlegetimer, utfylling av søknadsskjema til ulike instanser, oppfølging i hjemmet (Skedsmo kommune 2014b:15, Skedsmo kommune 2014c:2).

Tjenesten har en leilighet til disposisjon i et område på Skedsmokorset med mange kommunale boliger. Her er det kveldsåpent en dag i uka med matservering for brukere i området. Det er også åpent på dagtid en ettermiddag i uka. Det trengs ikke henvisning for å få hjelp og støtte av boveiledertjenesten. Både rusteamet og boveiledertjenesten fatter vedtak for egne brukere (ibid).

3.2.5 Salerudveien

Salerudveien er en døgnbemannet bolig med 20 leiligheter. Av disse er 15 forbeholdt personer med psykiske helseproblemer, og de fem siste er forbeholdt personer som i tillegg til psykiske helseproblemer sliter med rus. Målet med tilbudet er gjennom aktiv rehabilitering og relasjonsbygging å bidra til en mer selvstendig tilværelse, styrket boevne og støtte til å komme videre i aktiviteter eller tilrettelagte arbeidstiltak. Leilighetene blir tildelt via Tjenestekontoret i kommunen (Skedsmo kommune 2014d).

I Salerudveien tilbys per dags dato fire beboere deltagelse i behandlingsprogrammet Individuell mestring og tilfriskning (IMR) (ibid). IMR beskrives som et program «som skal hjelpe personer med alvorlig psykisk lidelse å utvikle personlige strategier for å mestre egen psykiske lidelse» (Akershus universitetssykehus 2014).

⁶ Administrasjonen ønsker i tilbakemelding til revisjonen å presisere at rusteamet ikke bare skal være hjelpelig med dette, men også har et uttrykkelig ansvar for å vurdere slike tilbud.

3.2.6 Stalsberggata

Stalsberggata er døgnbemannede omsorgsboliger som er samlet i et stort bygg på Strømmen med syv leiligheter fordelt på beboere med psykiske helseproblemer, samt en leilighet der personalet har sin base (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

3.2.7 Ambulerende team

Ambulerende team er en tjeneste som gir bistand til hjemmeboende over 18 år med en psykisk lidelse. Teamet bidrar med støtte og veiledning blant annet gjennom samtaler, koordinering av individuell plan og hjelp til å søke sosial kontakt med andre mennesker. Målet er å gi brukeren hjelp og støtte til å mestre dagliglivet. Arbeidet kan også være med på å forebygge et mer omfattende pleiebehov (Skedsmo kommune 2014e:1).

Tjenesten søker man om hos Tjenestekontoret som også behandler og tildeler tjenesten. Det er en fleksibel tjeneste som kan tilpasses den enkeltes behov. Tjenesten tilbys brukere på dagtid mandag til fredag (Skedsmo kommune 2014b:14).

3.3 Andre tjenestetilbud i kommunen

3.3.1 Kultursektor

Kultursektoren jobber blant annet for å hindre ensomhet og mistrivsel gjennom holdningsskapende arbeid og aktiviteter som fremmer medvirkning. Mange av de kulturelle tilbudene kommunen gir har utgangspunkt i uttalte ønsker fra brukerne innenfor psykisk helse. Viktige tilbud som kan nevnes er litteraturgruppe for mennesker med psykiske plager, fritidsgrupper for unge og voksne med nedsatt funksjonsevne, Frivillighetssentralen og Den kulturelle spaserstokk (Skedsmo kommune 2014b:18-19).

3.3.2 Eiendomsavdelingen

Eiendomsavdelingen har et eget utvalg som vurderer og fatter vedtak om tildeling av bolig. De skriver tildelingsbrev og sitter med husleiekontraktene. De følger opp boligmassen gjennom å passe på når husleiekontraktene skal fornyes, at husleie betales, samt annen administrativ forvaltning av boligene (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

3.3.3 Psykososialt kriseteam

Kommunen har et psykososialt kriseteam som er en del av den lovpålagte beredskapsplanen, og som bistår ved større katastrofer, samt alvorlige livshendelser der det er behov for psykososial førstehjelp, individuelt eller i grupper. Teamet er satt sammen av fagpersoner fra flere ulike avdelinger og ledes av kommuneoverlegen⁷. Det er leder av teamet eller kommuneoverlegen som kan aktivere teamet, og henvendelser om bistand kan rettes til Nedre Romerike legevakt som så formidler kontakt med kriseteamets ledelse (Skedsmo kommune 2014b:5).

⁷ I kilden revisjonen refererer til oppgis det at det er avdelingssjef for psykisk helse og rus som leder teamet. Men dette har i 2015 blitt endret til kommuneoverlegen.

Teamet er i det daglige ment for enkeltpersoner, familier, nabolag og nærmiljø ved hendelser som rammer hardt i lokalmiljøet. Eksempler på denne typen hendelser kan være mord, selvmord, grovt ran, lokalt avgrensede ulykker, brå og uventet død eller liknende vonde situasjoner.

Skedsmo kommune 2014b:5

3.3.4 Flyktninger og innvandrere

Skedsmo kommune er en kommune med en stor andel innvandrere. Kommunen har også et asylmottak.⁸ Noen av tiltakene som rettes spesifikt mot innvandrere er blant annet barselkurs og barselgrupper for kvinner med minoritetsbakgrunn, da få av disse kvinnene deltar i de ordinære barselgruppene. Kommunen arrangerer også Kvinnekafeen gjennom Home-Start, som er et populært tiltak for innvandrerkvinner. Ellers har flyktningeavdelingen (NAV Skedsmo) ansvaret for at flyktningene får nødvendig helsekartlegging ved ankomst, der man tar opp temaet psykisk helse i samtaler og henviser videre til andre tjenester i kommunen ved behov (Skedsmo kommune 2014b:6).

Asylsøkere har samme rett på helsehjelp som andre innbyggere i kommunen, med mindre søknaden om asyl er avslått. Da har de kun rett til øyeblikkelig helsehjelp. I følge Skedsmo kommune er «[i] dag er ikke Avdelingen for psykisk helse og rus godt nok rustet til å kunne gi tilbud om psykisk helsehjelp til alle asylsøkere som bor i kommunen, og som trenger psykisk helsehjelp» (2014b:6-7).

3.4 Koordinerende enhet

Koordinerende enhet i Skedsmo kommune er ikke en organisatorisk enhet man finner igjen i kommunens organisasjonskart, men er mer et type forum der deltagere fra ulike tjenester i kommunen skal møtes for samtale og diskusjon. Enheten ledes av en systemkoordinator som leder og samordner. Videre er den delt opp i en enhet for barn og en for voksne, samt koordinerende enhet på systemnivå. (Skedsmo kommune 2014m:2).

Koordinerende enhet for voksne tar imot meldinger fra Tjenestekontoret om innvilgelse eller eventuelt avslag om individuell plan (IP)⁹ og koordinator. Ellers er oppgavene å tilrettelegge for samarbeid mellom tjenestene. Man har også en arbeidsgruppe for kvalitetssikring. Enheten møtes en gang i måneden (ibid).

⁸ Skedsmo asylmottak er en humanitær stiftelse lokalisert i Skedsmo kommune.

⁹ Individuell plan (IP) er et verktøy som kan benyttes i forbindelse med brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. IP skal bidra til at bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Brukers deltagelse og medvirkning i planarbeidet er avgjørende (Helsedirektoratet 2015).

Koordinerende enhet for barn og unge behandler søknader om IP og koordinator for barn og unge opp til 18 år, det er systemkoordinatoren som er adressat for slike henvendelser. Ellers har enheten samme oppgaver som enheten for voksne, man skal tilrettelegge for samarbeid mellom tjenestene og har en arbeidsgruppe for kvalitetssikring. Også denne enheten møtes en gang i måneden (ibid).

Koordinerende enhet på systemnivå består av administrative representanter på ledernivå som møtes to ganger i året og skal ta ansvar for å utvikle system og struktur, blant annet i forbindelse med tjenestetilbud og samhandling ovenfor kommunens brukere (ibid).

4 REVISJONSKRITERIER

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

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. Det utledes også kriterier til problemstillingen om i hvilken grad Skedsmo kommune sikrer et godt støtteapparat, med særlig fokus på involvering av de pårørende, i overgangen fra barn til voksen innenfor psykisk helse og rusfeltet.

4.1 Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud

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

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

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

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

Internkontroll

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

Kvalitet

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

viktige informanter ved at de skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet og ved at den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

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

4.1.2 Kommunens lovbestemte ansvar

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

Krav til helhetlig og koordinert tjenestetilbud

Helse- og omsorgstjenesteloven tydeliggjør kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenesten. Innledningsvis i stortingsproposisjonen heter det at «[k]ommunens plikter skal videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt [...] I forslaget oppheves det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester» (Prop.91L (2010-2011):25). 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 psykisk helse og rus 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):13

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):322). 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 (KS 2012).

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:

- Felles mål
- Forankring
- Avklare ulike kunnskapsgrunnlag
- Rolleavklaring
- Likeverdig deltakelse
- Jevnlig kontakt og kommunikasjon
- Dedikerte utøvere

Helsedirektoratet 2014:99

Helse- og omsorgstjenesteloven krever videre at det er samarbeid mellom kommunen og regionale helseforetak, det vil si Skedsmo kommune og Akershus universitetssykehus (Ahus) i dette tilfelle. Kommunestyret skal, for å sikre dette, inngå en **samarbeidsavtale** med det regionale

helseforetaket i regionen, eventuelt med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer, og samarbeidet skal «bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester», jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Den viktigste målsettingen med denne lovpålagte plikten er at kommuner og foretak skal arbeide sammen om pasientforløp. Dette skal skje gjennom koordinerte tjenester slik at pasienter og brukere får en helhetlig og sammenhengende tjeneste (Prop.91L (2010-2011):498-499).

Virkemidler

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

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

IP skal utarbeides av helsetjenesten uavhengig 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 fratras 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-lidelser¹⁰ ofte vil ha rett til IP. Det påpekes videre at det i situasjoner der pasienten ikke ønsker individuell plan, likevel bør utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester (Helsedirektoratet 2012:78).

For lettere å koordinere planarbeidet skal kommunen også tilby en **koordinator** til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Denne personen skal sørge for oppfølging og sikre samordning av tjenestetilbudet, samt fremdrift i arbeidet med individuell plan, for

¹⁰ Et begrep som brukes som en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.

den pasient eller bruker det gjelder, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Det er viktig for både tjenestemottakeren og de pårørende å ha en person i tjenesteapparatet de kan forholde seg til. Ifølge brukerorganisasjonene ønsker brukerne seg en koordinator de kan ha tillit til, som kjenner brukerens situasjon og som kjenner systemet og dermed på en god måte kan koordinere tjenestene for brukeren (Prop.91L (2010-2011):361-363).

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

4.1.3 Sammenfatning av revisjonskriteriene

Ut fra dette setter revisjonen opp følgende kriterier:

Problemstilling	Revisjonskriterier
I hvilken grad sikrer Skedsmo 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.

4.2 Involvering av de pårørende i overgangen fra barn til voksen

4.2.1 Taushetsplikt og informasjonsplikt

For at overgangen fra barn til voksen innenfor psykiatrien skal gå så smidig som mulig er det viktig at helsepersonell innenfor kommunen kjenner til regler og retningslinjer for pårørendearbeid. Et støtteapparat for de med psykiske utfordringer er vel så viktig for de under 16 år som de over, selv om man må jobbe litt forskjellig med de ulike gruppene. I dette arbeidet er det både regler om taushetsplikt, samt unntak fra denne som innebærer regler om informasjonsplikt, som må følges.

Helsepersonell må forholde seg til hovedregelen om taushetsplikt når en ungdom fyller 16 år, etter Helsepersonelloven § 21, som sier at «[h]elsepersonell skal hindre at andre får adgang eller

kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.» Dersom pårørende skal få slik informasjon må den som har krav på taushet samtykke til dette (helsepersonelloven § 22, første ledd). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3, første ledd så skal en pasients nærmeste pårørende informeres om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes dersom pasienten samtykker til dette, eller at forholdene tilsier det.

Unntak fra dette skal gjøres dersom pasienten er «over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon [...]» jf. § 3-3, andre ledd. Det samme gjelder for samtykke til helsehjelp jf. § 4-5.

Som hovedregel er det slik at for pasienter under 16 år har både pasienten selv, og foreldre eller andre med foreldreansvar, rett til informasjon, samt å samtykke til helsehjelp, se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4, første ledd og § 4-4, første ledd.

Ellers kan unntak gjøres for pasienter mellom 12 og 16 år dersom barnet av grunner som bør respekteres ikke ønsker at opplysninger skal gis til foreldre eller andre med foreldreansvar, jf. § 3-4, andre ledd. Når det gjelder helsehjelp skal man høre hva barnet mellom 12 og 16 år har å si, samt legge økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet, jf. § 4-4, fjerde ledd.

Samtidig er det slik at «[i]nformasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år», jf. § 3-4 og § 4-5. Det er viktig at helsepersonell kjenner disse unntakene fra taushetsplikt da de i en del situasjoner innebærer en plikt til å videreformidle opplysninger til pårørende, se helsepersonelloven § 10 og Helsedirektoratets veileder (2008:20).

Reglene man finner om taushetsplikt åpner altså opp for at helsepersonell må bruke skjønn når det gjelder hva man kan eller bør opplyse foreldre eller pårørende om. Uansett er det slik at god kommunikasjon og samarbeid med pårørende, uansett pasientens alder, er svært viktig. Dersom det er behov for å innhente samtykke til å involvere de pårørende fra pasienten, noe det som vist over som regel er dersom pasienten er over 16 år, bør dette drøftes jevnlig med pasienten. Å utelate de pårørende er som hovedregel ingen god praksis (Helsedirektoratet 2008:10).

Det er også slik at «[m]anglende innhenting av den informasjon som pårørende sitter inne med, vil i visse tilfeller kunne ha betydning for spørsmålet om institusjonen og /eller helsepersonellet har handlet faglig forsvarlig» (Helsedirektoratet 2008:20).

Det kan være situasjoner hvor det ikke er mulig å innhente samtykke fra en pasient som vanligvis er samtykkekompetent, for eksempel ved nedsatt bevissthet, bevisstløshet, psykiske forstyrrelser, rus eller lignende. Som utgangspunkt kan det antas at pasienten ville ha samtykket dersom hun eller han var i stand til det. Dersom ikke helsepersonellet har klare indikasjoner på at pasienten ikke vil at nærmeste pårørende skal informeres, må det legges til grunn et antatt samtykke. I slike tilfeller kan slik videreformidling av informasjon også begrunnes i hensynet til pårørende.

Helsepersonell bør altså ta utgangspunkt i at pasienten ville ha samtykket til at de kontaktet pårørende, med mindre de har grunn til å tro noe annet. Ellers er det en del informasjon pårørende bør få uansett om pasienten har samtykket eller ikke. Det dreier seg om informasjon som faller utenfor taushetsplikten som for eksempel generell informasjon om diagnoser, kontaktpersoner, tjenestested, rettigheter og støttetilbud (Helsedirektoratet 2008:53).

I og med at helsepersonell i en del tilfeller må bruke skjønn når det gjelder hva man kan og bør opplyse pårørende om og ikke, er det viktig at de er godt innsatt i regelverket, og at de føler seg trygge på beslutningene de må ta som ikke alltid er enkle eller åpenbare. Det er derfor viktig at kommunen har rutiner for å sikre deres kompetanse slik at de er rustet til å følge disse reglene på best mulig måte.

4.2.2 Godt og systematisk pårørendearbeid i overgangen

Kommunen bør videre, på et mer overordnet plan, sørge for at man har et godt og systematisk pårørendearbeid med rutiner som gjenspeiler at man vurderer pårørende som en ressurs i behandlingen og rehabiliteringen av pasienten. I rutinene bør det komme klart frem hvem som har ansvaret for å involvere de pårørende og hvilket tilbud pårørende skal gis. Man bør også ha et minstekrav for hva som skal gjennomføres av pårørendearbeid. «Pårørende bør kontaktes tidlig i sykdomsforløpet for å avklare og avtale pårørendes grad og innhold av involvering. Helsepersonell bør ta initiativ og tilstrebe at behandlingen skjer i samarbeid med de pårørende» (Helsedirektoratet 2008:78).

Dersom pasienten ikke ønsker at pårørende skal involveres bør helsepersonellet undersøke årsaken til dette og finne andre måter å ivareta pårørendes behov på. «Det må framgå av virksomhetens prosedyrer hvordan pårørende kan involveres med og uten samtykke» (ibid).

4.2.3 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om pårørendearbeid

Når det gjelder ansvarsfordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten så har begge veilednings- og samarbeidsplikt ovenfor de pårørende. Spesialisthelsetjenesten har hovedansvaret for utredning og behandling, mens kommunehelsetjenesten har ansvar for å videreføre den medisinske behandlingen i kommunen. Ved iverksetting av individuell plan skal begge forvaltningsnivåene involvere de pårørende. Ofte vil pasient og pårørende ha kontakt med begge tjenestene samtidig, og koordinering av samarbeid kan være krevende. Samarbeidet bør derfor være fleksibelt i forhold til hvem som tar ansvar for pårørendeinvolvering i ulike faser. «Det viktigste er at en instans tar ansvar, og at informasjon formidles videre» (Helsedirektoratet 2008:79-80).

For å sikre et godt samarbeid bør samarbeidsavtalen mellom Skedsmo kommune og Ahus blant annet minimum «[b]eskrive rutiner for ansvarsdeling mellom kommune og helseforetak på aktuelle områder» (Helse- og omsorgsdepartementet 2007:5). I tillegg til å beskrive rutiner for

gjensidig utveksling av informasjon, herunder rutiner for varsling i forkant av planlagt inn- og utskrivning slik at pasientenes forflytning mellom tjenestenivåene blir forutsigbare for pasienter,

pårørende og tjenesteytere, og sikrer deltagelse fra begge parter etter at pasienten er hhv. inn- og utskrevet.

ibid

Det er altså viktig å sørge for forutsigbarhet for både pasienter, pårørende og tjenesteytere gjennom uttalte rutiner for ansvarsdeling og gjensidig utveksling av informasjon.

4.2.4 *Sammenfatning av revisjonskriteriene*

Ut fra dette setter revisjonen opp følgende kriterier:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
I hvilken grad sikrer Skedsmo kommune et godt støtteapparat, med særlig fokus på involvering av de pårørende, i overgangen fra barn til voksen innenfor psykisk helse og rusfeltet?	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Kommunen bør ha rutiner for å sikre kompetanse hos ansatte slik at reglene om taushetsplikt og informasjonsplikt følges. ⇒ Kommunen bør sørge for et godt og systematisk pårørendearbeid i overgangen fra barn til voksen. ⇒ Kommunen og spesialisthelsetjenesten bør samarbeide om pårørendearbeid, og rutiner for ansvarsdelingen bør komme frem i samarbeidsavtalen.

5 ET HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD FOR VOKSNE

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

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

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

Problemstilling og kriterier for dette kapittelet er som følger:

Problemstilling	Revisjonskriterier
I hvilken grad sikrer Skedsmo 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.

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

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

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

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

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

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

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

Konsulenten i Rusteamet sier at hun kan være «Peters» koordinator dersom han ønsker det. «Peter» takker ja til dette, og konsulenten sier hun skal kontakte Tjenestekontoret i kommunen slik at de kan fatte vedtak om koordinator for ham. I tillegg foreslår hun at hun kan sende en skriftlig henvisning til ARA Nedre Romerike poliklinikk (ARA), slik at «Peter» kan få behandling for spillemisbruk og sine alkoholproblemer der. Hun kontakter også NAV for å få dem til å ordne et midlertidig sted «Peter» kan bo.

Kort tid etter fatter Tjenestekontoret vedtak om at «Peter» har rett til koordinator og skal få dette. Tjenestekontoret kontakter konsulenten i Rusteamet og gir beskjed om vedtaket. Hun er dermed formelt blitt koordinator og hun kaller inn til et tverrfaglig møte. I tillegg kontakter hun systemkoordinatoren i kommunen for å opplyse om at hun er blitt «Peters» koordinator. Til det tverrfaglige møtet inviteres både fastlegen til «Peter», NAV, og legen som mottok henvisningen på ARA, og selvsagt «Peter» selv.

De har ett godt møte og blir enige om hvem som skal gjøre hva frem til neste møte seks uker senere. De blir også enige om at det er hensiktsmessig for «Peter» med en IP, der man kan jobbe sammen om noen mål. Først og fremst er det et hovedmål at «Peter» skal klare å slutte med alkohol og spill, men ny jobb og leilighet er også viktige mål som settes opp. For at «Peter» skal få

en IP må det fattes et vedtak om dette på Tjenestekontoret. Koordinatoren hjelper «Peter» å kontakte Tjenestekontoret for å søke om dette, noe han kort tid etter får innvilget. Til sist sender koordinator et skjema til systemkoordinator, slik at «Peters» IP kan opprettes i Skill IP¹¹ og gi alle deltagerne i det tverrfaglige møtet tilgang til denne, slik at mål og annen informasjon kan oppdateres etter hvert ved behov.

I dette tenkte scenarioet er det ulike tjenester og personer som må samarbeide for at «Peter» på best mulig måte kan hjelpes. Det er mange brukere som henvender seg til kommunen for å få hjelp med psykisk helse og rus, og koordinering av de ulike tjenestene krever derfor en viss grad av rutiner for samarbeid. I de følgende delkapitlene vil revisjonen redegjøre for hvilke rutiner for samarbeid kommunen oppgir at de har, både formelle og uformelle (det vil si rutiner som ikke er skrevet ned), i tillegg til å redegjøre for hvordan samarbeidet oppgis å fungere i praksis. Deretter ser vi på kommunens rutiner og praksis når det gjelder bruk av IP og koordinator, deretter rutiner og praksis når det gjelder samarbeid i og med koordinerende enhet og systemkoordinator.

5.2 Samarbeid internt i Avdeling for psykisk helse og rus

Rutiner for samarbeid

Avdelingen har faste ukentlige ledermøter, der alle ledere fra de ulike tjenestene deltar (Avdeling for psykisk helse og rus 2014). Ellers har man også faste møter hver fjerde uke mellom Ambulerende team og Stillverksveien ressurscenter, der man diskuterer relevante problemstillinger i tilknytning til felles brukere (Skedsmo kommune 2014e:1).

Bortsett fra disse faste møtene har man en del uformelt samarbeid. Dette går ut på at det er en forventning i de ulike tjenestene at man samarbeider i de tilfellene man har brukere som mottar flere ulike tjenester i avdelingen. Det samarbeides også gjennom å kurse hverandre. Et eksempel på dette, som trekkes frem i intervju med revisjonen, er at Psykisk helseteam har holdt kurs i depresjonsmestring for de ansatte i Salerudveien. Slik øker bidrar man innad i avdelingen til å øke hverandres kompetanse, noe som skal komme brukerne til gode (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Samarbeid i praksis

Samarbeidet i avdelingen beskrives som godt av lederne. Det nevnes at man har et dyktig lederteam som kommuniserer bra sammen. Samtidig påpekes det et ønske og behov for tydeligere og mer strukturerte møtepunkter for de ansatte. Det er også behov for å utvide møtevirksomheten slik at Ambulerende team, Rusteamet og Boveiledertjenesten kan møtes og diskutere problemstillinger, ettersom disse tjenestene har mange sammenfallende klienter. Revisjonen har fått opplyst at planen er å få til et slikt møte hver tredje uke fra og med 2015 (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

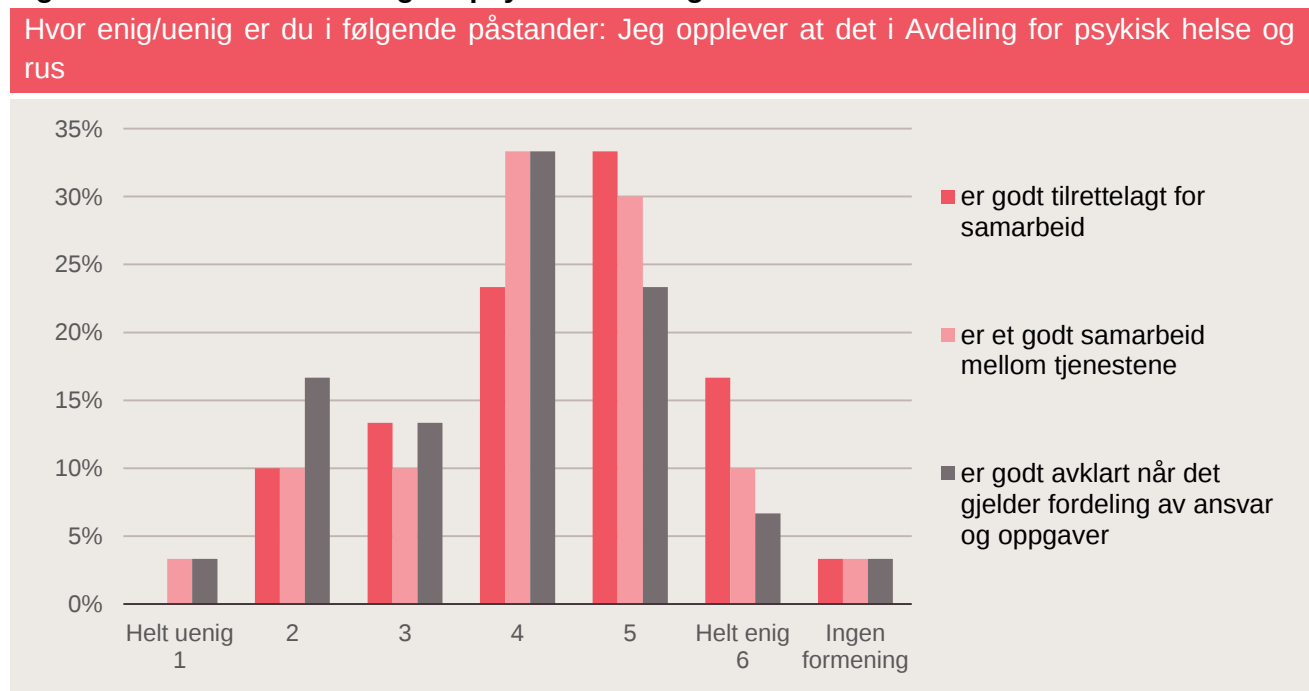
¹¹ Det elektroniske verktøyet kommunen benytter seg av for å opprette og jobbe med IP'er.

Noe som har forenklet samarbeidet i avdelingen er at alle tjenester, utenom boligene, nå er samlet under ett tak i Stillverksveien i Lillestrøm. «Det har styrket samarbeidet, gjort det lettere å ta kontakt. Ønske om tettere samarbeid var en av grunnene til samlokalisering. Det kommer brukerne til gode og er positivt i forhold til ressursbruk» (Avdeling for psykisk helse og rus 2014). Samlokaliseringen har bidratt til mer uformelt samarbeid og muligheter for lettere å kunne drøfte faglige spørsmål med hverandre. Dette har likevel ikke betydd så mye for boligene ettersom disse alltid har vært lokalisert utenfor sentrum av Lillestrøm (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Generelt opplever lederne at de som jobber i avdelingen er fornøyde og at de har en positiv holdning til samarbeid. Det å holde kurs for hverandre innad i avdelingen, samt å følge opp brukere sammen på tvers av team, trekkes likevel frem som områder med forbedringspotensial (ibid).

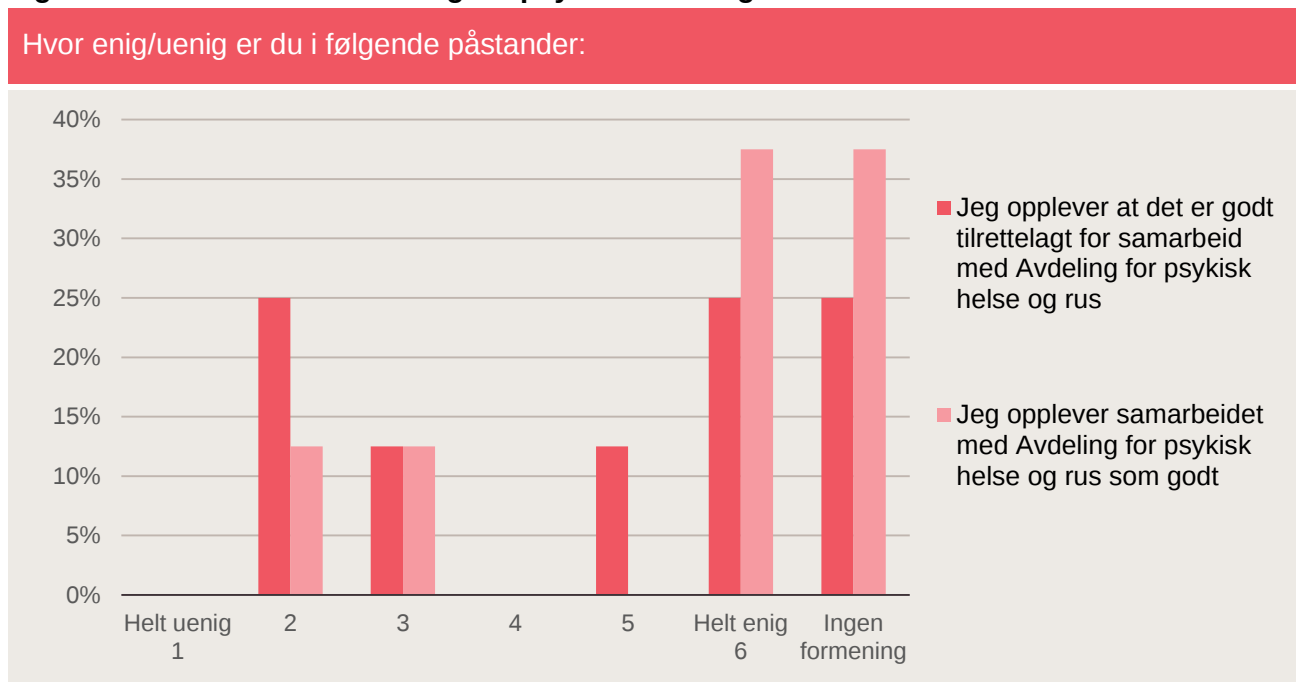
Revisjonens spørreundersøkelse blant alle ansatte i avdelingen tegner på sin side kanskje et litt mer nyansert bilde. En majoritet er delvis enige i påstandene om at det er godt tilrettelagt for samarbeid, at det er godt samarbeid mellom tjenestene, og at det er godt avklart når det gjelder fordeling av ansvar og oppgaver. Men det er også mellom 20-30 prosent som er helt eller delvis uenige i disse påstandene.

Figur 3 Samarbeid i Avdeling for psykisk helse og rus



Kilde: RRI 2015:2-4. N=30

I spørreundersøkelsen ble det også stilt spørsmål til ansatte i kommunen som jobber med den aktuelle brukergruppen, men som ikke er ansatt i Avdeling for psykisk helse og rus, om hvordan de opplever samarbeidet med avdelingen. Som vi ser i grafen under, er mange enige i påstandene, men det er også en del respondenter som ikke har noen formening. Dette kan tolkes dithen at de ikke har noe særlig samarbeid med avdelingen selv om de jobber med samme brukergruppe.

Figur 4 Samarbeid med Avdeling for psykisk helse og rus

Kilde: RRI 2015:6-7. N=8

5.3 Samarbeid på tvers av kommunens tjenester

5.3.1 NAV Skedsmo

Rutiner for samarbeid

Avdelingen hadde i høst et møte med NAV slik at man kunne planlegge et bedre samarbeid i tilknytning til enkeltklienter. Deltagerne ble da enige om å treffes igjen i januar, og at Avdeling for psykisk helse og rus skulle ta initiativet til å avtale nærmere. Revisjonen har fått opplyst at planen er å ha et slikt møte hver tredje måned. Formålet med et slikt møte er også at NAV kan oppdatere avdelingen på nye regler, satser og retningslinjer som klientene må forholde seg til. Det kan for eksempel dreie seg om at NAV har redusert taket for husleie, eller at det ikke lenger er mulig å innvilge hospits mer enn tre måneder (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Ellers deltar en fast kontakt fra NAV på Ambulerende teams månedlige samarbeidsmøter sammen med alle i teamet og Tjenestekontoret. Dette er en person som tidligere har jobbet i avdelingen og kjenner den godt (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

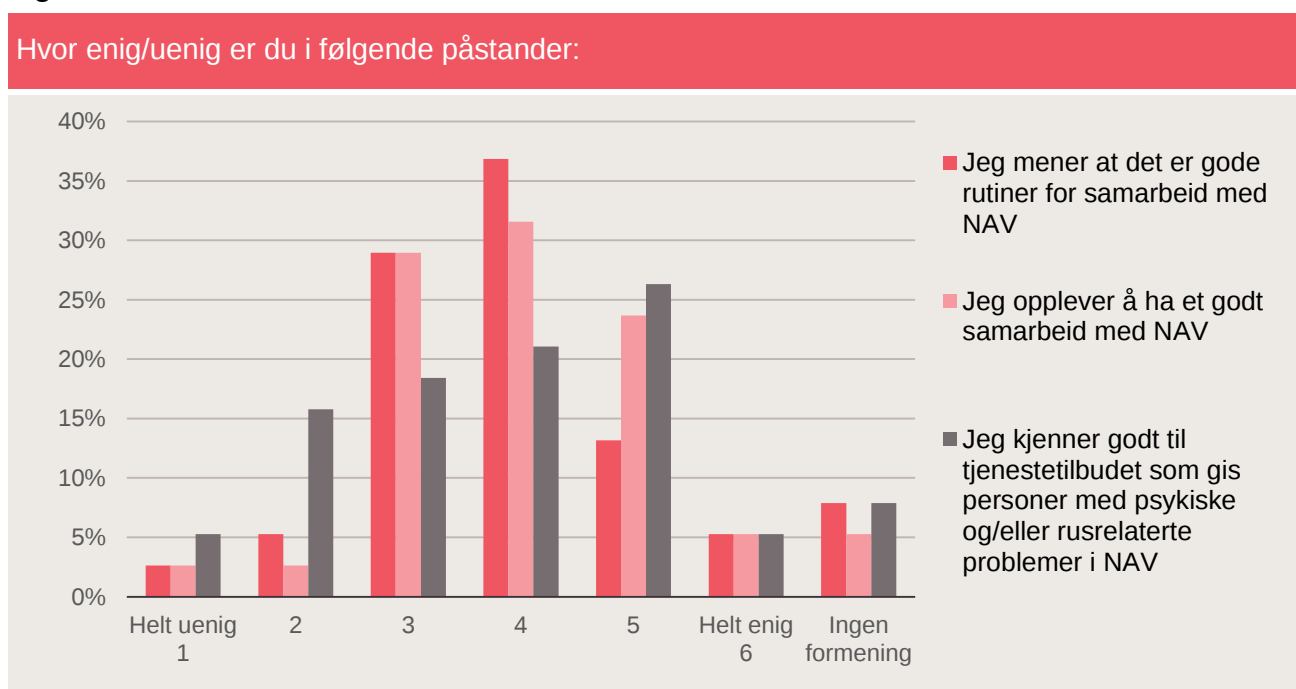
NAV deltar for øvrig på det årlige informasjonsmøtet som arrangeres for ungdommer som snart fyller 18 og deres foresatte. Videre deltar de i tverrfaglige samarbeidsmøter der dette er hensiktsmessig (ibid). På ledernivå har man også ukentlige møter der NAV-leder, kommunaldirektør for helse- og omsorgssektoren og avdelingssjefer innenfor samme sektor deltar. Disse møtene kan være nyttige da det er en fin måte å få innblikk i hverandres tjenester på (NAV Skedsmo 2014).

Samarbeid i praksis

Revisjonen har fått opplyst at samarbeid med NAV kan være utfordrende sett fra de ansatte i Avdeling for psykisk helse og rus sin side. Et problem er at en del klienter opplever det som vanskelig å komme i kontakt med sine saksbehandlere hos NAV. Flere opplever også at de ikke blir ringt tilbake når de bruker funksjonen om oppringning på NAVs hjemmeside. Da ber de ofte de ansatte i avdelingen om hjelp til å kommunisere, men de støter gjerne på samme problem. Det kan være vanskelig å få tak i saksbehandler, finne ut av hvem som faktisk er saksbehandler for den enkelte klient, samt å få saksbehandlere til å stille opp på tverrfaglige samarbeidsgruppemøter. Videre er det fra avdelingens side en opplevelse av at samarbeidet med NAV ofte er personavhengig, altså hvem som er saksbehandler i hvert enkelt tilfelle, påvirker om samarbeidet fungerer bra eller dårlig (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Som grafen fra revisjonens spørreundersøkelse viser er det over 30 prosent av respondentene som er helt eller delvis uenige i påstandene om at det er gode rutiner for samarbeid med NAV, at de opplever å ha et godt samarbeid med NAV og at de kjenner til tjenestetilbudet til den aktuelle brukergruppen hos NAV.

Figur 5 Samarbeid med NAV



Kilde: RRI 2015:20,30,40. N=38

Andre utfordringer i forbindelse med samarbeidet har vært mye utskiftninger av ansatte på NAV, i tillegg til omorganisering som har ført til at det har blitt vanskeligere å komme i kontakt med riktig person hos NAV (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

I intervju med leder for NAV i Skedsmo har revisjonen fått opplyst at mange nok har for høye forventninger til hva NAV kan bidra med. NAV skal blant annet hjelpe folk til å komme tilbake i jobb,

og i de tilfellene dette ikke er sannsynlig, må man vurdere hvorvidt det er hensiktsmessig at saksbehandlere hos NAV er med på tverrfaglige ansvarsgruppemøter. NAV betaler også ut penger til en del klienter i den aktuelle brukergruppen, men skal ikke nødvendigvis følge opp alle av den grunn. Leder opplever generelt samarbeidet med andre aktører som godt, men uklare forventninger til hva NAV er og kan bidra med, oppleves som utfordrende fra NAV sin side (NAV Skedsmo 2014).

5.3.2 Kommuneoverlegen

Rutiner for samarbeid

De ansatte i rusteamet som jobber med LAR-brukere har jevnlig møter med kommuneoverlegen. I møtene deltar også LAR-teamet fra spesialisthelsetjenesten, og man treffes 6-8 ganger i året (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Ellers oppgir flere av informantene at de har et uformelt samarbeid med kommuneoverlegen der de gjerne tar kontakt når de mottar bekymringsmeldinger eller jobber med krevende enkeltsaker (ibid).

Samarbeid i praksis

«Samarbeidet med kommuneoverlegen fungerer veldig bra. Hun har stor forståelse for de krevende sakene man står i og det er lav terskel for å ta kontakt» (Avdeling for psykisk helse og rus 2014). Sitatet er beskrivende for det hovedinntrykket revisjonen sitter igjen med etter å ha gjennomført intervjuer der spørsmål om samarbeid har kommet opp. Informantene opplever kommuneoverlegen som engasjert og en man kan drøfte vanskelige saker med. Hun kan også hjelpe til med å avklare hvilken/hvilke tjenester som bør kontaktes i tilfeller der det er usikkerhet om hvem som skal inn i saken og bistå (Avdeling for psykisk helse og rus 2014; Tjenestekontoret 2014; Systemkoordinator 2014).

5.3.3 Hjemmetjenesten

Rutiner for samarbeid

Den ordinære hjemmetjenesten har en del brukere med psykisk helse og /eller rusproblematikk og noe samarbeid og fordeling av oppgaver er derfor nødvendig (Skedsmo kommune 2014h). Revisjonen har ikke fått oppgitt at det er noe formelt samarbeid mellom Avdeling for psykisk helse og rus og Hjemmetjenesten. Det samarbeides rundt enkeltpersoner i det daglige, blant annet gjennom felles deltagelse i tverrfaglige samarbeidsmøter (Avdeling for psykisk helse og rus 2015).

Samarbeid i praksis

Samarbeidet fungerer stort sett greit, men hvor godt det fungerer kan i noen tilfeller være personavhengig. Terskelen er lav for å kontakte hverandre. Det kommuniseres både via fagsystemet Gericca og telefon ved behov. Men når det gjelder fordelingen av oppgaver mellom avdelingen og Hjemmetjenesten er det noen utfordringer (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

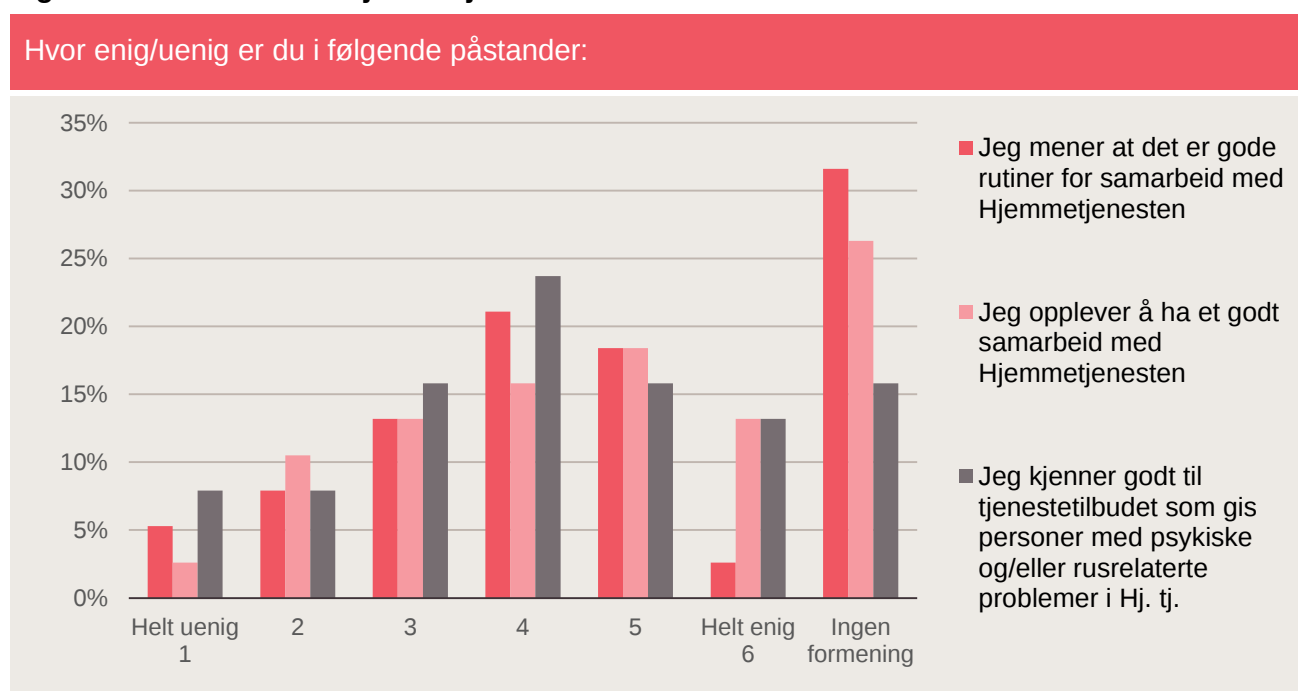
En del brukere har behov for å få levert medisiner hjem til seg. Tradisjonelt har dette ifølge Tjenestekontoret blitt gjort av Hjemmetjenesten. Men det er stor uenighet både om hvem som skal få tjenesten og hvem som skal utføre den. Tjenestekontoret skal i utgangspunktet avgjøre disse spørsmålene, men flere av de ansatte som skal utføre disse tjenestene er uenige i avgjørelsene

som tas. For eksempel mener Hjemmetjenesten at Ambulerende team bør levere ut medisiner til sine brukere, ettersom de kjenner brukerne godt og er der uansett. Ambulerende team mener på sin side at dette ikke lenger er deres oppgave, det er heller ikke definert i vedtaket til den enkelte bruker. På grunn av uenigheten rundt dette spørsmålet, er det løftet opp på sektornivå for å få en avklaring (Tjenestekontoret 2014; Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Et annet eksempel er at Hjemmetjenesten gjerne mener at det er Ambulerende team som bør kontakte brukerens fastlege dersom de oppfatter klienten som utfordrende. Teamet mener på sin side at dette er Hjemmetjenestens oppgave (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Disse utfordringene bekreftes også i revisjonens spørreundersøkelse der vi ser at en del av respondentene er delvis eller helt uenige i påstandene vist ved siden av grafen. En stor andel respondenter har ingen formening. Dette kan, ifølge revisjonen, tolkes som at de enten ikke samarbeider med hjemmetjenesten da dette ikke faller seg naturlig, eller at de ikke samarbeider med hjemmetjenesten selv om de kanskje burde gjort det.

Figur 6 Samarbeid med Hjemmetjenesten



Kilde: RRI 2015:17, 27, 37. N=38

Årsakene til disse utfordringene oppgis å være at hva som er psykiske og hva som er somatiske problemer ofte kan gli over i hverandre. Det er altså gråsoner, noe som gjør det vanskelig å nedfelle hvem som skal gjøre hva i en rutine eller en beskrivelse. Dette oppleves antagelig også som et spørsmål som handler om faglig integritet og hvordan man bruker ressursene i kommunen. For å løse utfordringene trekkes det frem at det er viktig å snakke sammen, og å bruke hodet og fagligheten. Underveis må man også sørge for at brukerne det gjelder får den hjelpen de skal ha (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

5.3.4 Tjenestekontoret

Rutiner for samarbeid

Tjenestekontoret deltar annenhver uke på inntaksmøter i Psykisk helseteam. I møtene diskuteres nye saker, samt at man diskuterer og eventuelt avklarer henvisninger. Det er Psykisk helseteam selv som mottar henvisninger og vurderer inntak. Tjenestekontoret deltar ikke i tilsvarende møter i Rusteamet og Boveiledertjenesten (Skedsmo kommune 2014c; Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Ambulerende team har et fast samarbeidsmøte en gang i måneden der alle i teamet, samt den ansvarlige for å jobbe med psykisk helse og rus på Tjenestekontoret, og en fast kontakt fra NAV, deltar. Disse møtene har man hatt siden 2008 og her kan de ansatte i teamet diskutere med den som har gjort vurderinger og vedtak i tilknytning til enkeltbrukere (Avdeling for psykisk helse og rus 2014; Tjenestekontoret 2014).

Samarbeid i praksis

Tjenestekontoret samarbeider med hele helse- og omsorgssektoren. Samarbeidet mellom Tjenestekontoret og Avdeling for psykisk helse og rus beskrives som godt og tett (Avdeling psykisk helse og rus 2014). Tjenestekontorets trekker frem at man det siste 1,5 året har hatt særlig fokus på å få til et tett samarbeid. Dette mener man er nødvendig da avdelingen skal tilby tjenester til en kompleks brukergruppe, og det ikke alltid er lett å avgjøre hvilken tjeneste brukeren skal ha og hvem som har ansvar for brukere. «Utgangspunktet til Tjenestekontoret er at dette er avdelingens bruker, så får man drøfte sammen hvem som best kan gi brukeren en best mulig tjeneste» (Tjenestekontoret 2014). Dette er viktig for å unngå å skyve brukeren rundt mellom de ulike tjenestene (ibid).

Det oppleves fra Tjenestekontorets side som utfordrende for samarbeidet rundt brukerne at tjenestene i Psykisk helseteam, i Avdeling for psykisk helse og rus, defineres som lavterskeltilbud. Det vil si at det ikke fattes formelle vedtak om tjenester ovenfor brukerne. Oppfatningen er at det er fare for muntlig saksbehandling, noe som fort kan oppstå når det er snakk om lavterskeltilbud. Et lavterskeltilbud mister også sin effekt når det til enhver tid er venteliste, med opptil 6 uker, noe det for tiden er hos Psykisk helseteam (Tjenestekontoret 2014).

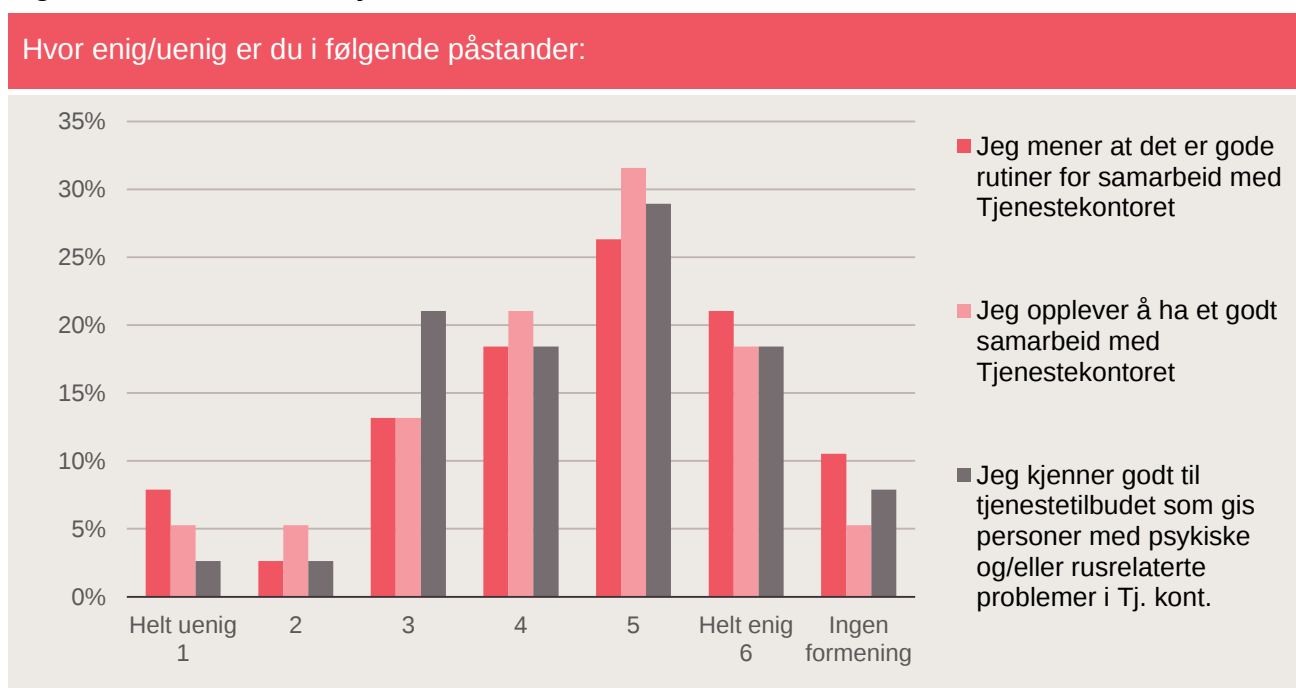
En annen utfordring er at Rusteamet og Boveiledertjenesten fatter egne vedtak for sine brukere. Fra Tjenestekontorets side mener man det er viktig at all saksbehandling foregår på ett sted for å sikre at folk blir behandlet rettferdig i kommunen. «Ved et mottakskontor (Tjenestekontoret) sikrer man å få en objektiv vurdering av hjelpebehovet, samt riktig tildelt tjeneste» (Tjenestekontoret 2014). Det kan også oppleves som litt rotete for brukerne at det er flere ulike steder å henvende seg til for å søke om ulike typer tjenester (ibid).

Avdeling psykisk helse og rus ser behovet for et mer formelt samarbeid mellom Tjenestekontoret og de tjenestene i avdelingen som fatter egne eller ingen vedtak. En årsak som oppgis er at Tjenestekontoret fatter vedtak om hjemmesykepleie, og ettersom avdelingen har en del av de samme klientene som Hjemmetjenesten vil det være hensiktsmessig med et bedre samarbeid når

det gjelder vurderinger og vedtak om tjenester som gjøres i forbindelse med disse brukerne samkjøres bedre (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

En stor majoritet av respondentene i spørreundersøkelsen er delvis eller helt enige i påstandene om at det er gode rutiner for samarbeid med Tjenestekontoret, at man opplever å ha et godt samarbeid med Tjenestekontoret og at man har god kjennskap til tjenestetilbudet deres.

Figur 7 Samarbeid med Tjenestekontoret



Kilde: RRI 2015:18, 28, 38. N=38

Til sist er det verdt å trekke frem at både kommuneoverlegen og systemkoordinator oppfatter at de har et godt og tett samarbeid med Tjenestekontoret. (Kommuneoverlegen 2014; Systemkoordinator 2014).

5.3.5 Eiendomsavdelingen

Rutiner for samarbeid

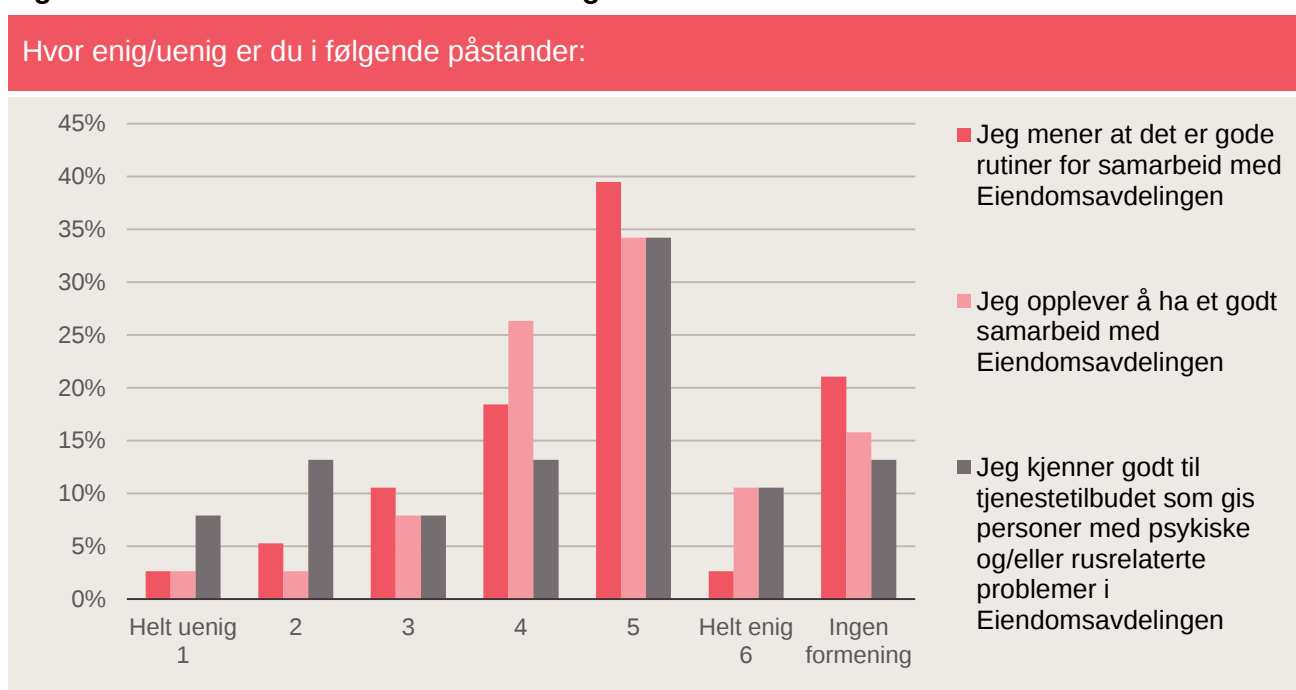
De ansatte i Eiendomsavdelingen behandler søknader om kommunale boliger, forvalter husleiekontrakter og lignende, og møter ved boveilederens base på Skedsmokorset ved behov. Det er en person i Eiendomsavdelingen (vaktmestere/driftsavdeling er en underavdeling som er lagt under Eiendomsavdelingen) som har hovedansvaret for de kommunale boligene på Skedsmokorset. Med denne personen har boveilederne et tett samarbeid rundt praktiske utfordringer og vedlikehold i forbindelse med boligene. For eksempel knuste ruter, innbrudd, skift av låser og lignende. (Avdeling for psykisk helse og rus 2015).

Samarbeid i praksis

Leder for boveiledertjenesten ser behovet for litt mer regelmessige besøk, selv om det presiseres at de kommer ved behov (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Blant respondentene i spørreundersøkelsen er det en stor majoritet som er delvis eller helt enige i at man har gode rutiner for samarbeid med Eiendomsavdelingen, at man opplever å ha et godt samarbeid med dem, og at man kjenner godt til tjenestetilbudet som gis til den aktuelle brukergruppen.

Figur 8 Samarbeid med Eiendomsavdelingen



Kilde: RRI 2015:19, 29, 39. N=38

5.4 Samarbeid med fastlegene

Rutiner for samarbeid

Det er fastlegeavtalen som knytter kommunen og fastlegene sammen. Men i denne avtalen fremgår det lite informasjon når det gjelder krav om samarbeid mellom kommunen og fastlegene. Kommunen og fastlegene har et mer uformalisert samarbeid gjennom at kommunen inviterer fastlegen til den enkelte bruker til tverrfaglige møter med bruker, deltakere fra kommune og eventuelt også fra spesialisthelsetjenesten (Kommuneoverlegen 2014).

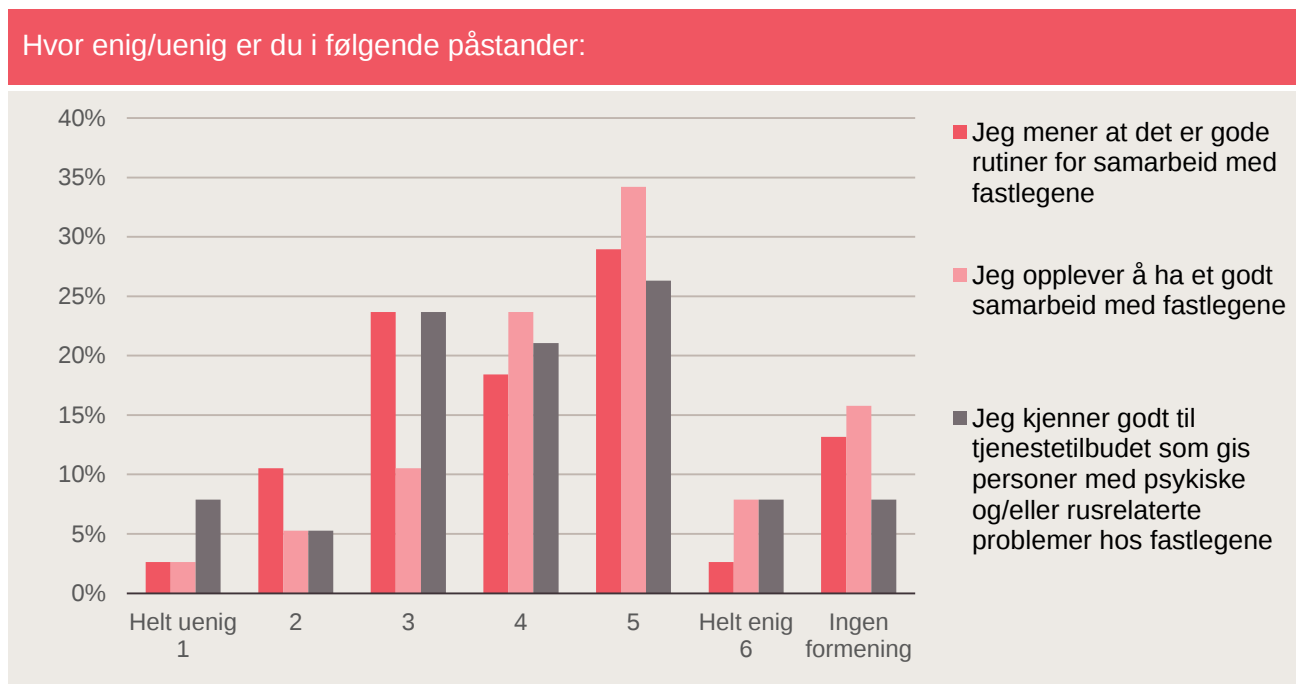
Kommuneoverlegen fungerer også som fastlegenes veileder og kontaktperson i kommunen. Kommuneoverlegen har blant annet startet med medarbeidersamtaler, noe fastlegene setter stor pris på. Terskelen er lav for fastlegene å ringe til kommuneoverlegen, mange bekymringsmeldinger starter med en slik telefonsamtale (Kommuneoverlegen 2014).

Det er også fastlegen som henviser til spesialisthelsetjenesten. Dersom personer får avslag kan kommunen bistå fastlegen med å klage ved å gi flere utfyllende opplysninger (Tjenestekontoret 2014).

Samarbeid i praksis

Det varierer litt fra tjeneste til tjeneste hvordan man oppfatter at fastlegene stiller opp på tverrfaglige møter for den enkelte bruker. Men et gjennomgående tema er at fastlegene noen ganger ikke kommer på møter kommunen har innkalt til. Flere av informantene går ut ifra at årsaken kan være fordi fastlegene jobber under et stort arbeidspress. Derfor prøver man gjerne å legge samarbeidsmøtene til legekantoret for å gjøre det enklere for fastlegen å delta. Når det gjelder LAR-brukerne, der fastlegene er fast deltagere i samarbeidsmøter, er inntrykket at fastlegene stort sett stiller opp (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Som det fremgår av grafen under, er en majoritet helt eller delvis enige (hovedvekten av disse respondentene er delvis enige) i at man har gode rutiner for samarbeid, samt at man opplever å ha et godt samarbeid med fastlegene. Den samme tendensen ser vi når det gjelder kjennskap til tilbudet.

Figur 9 Samarbeid med fastlegene

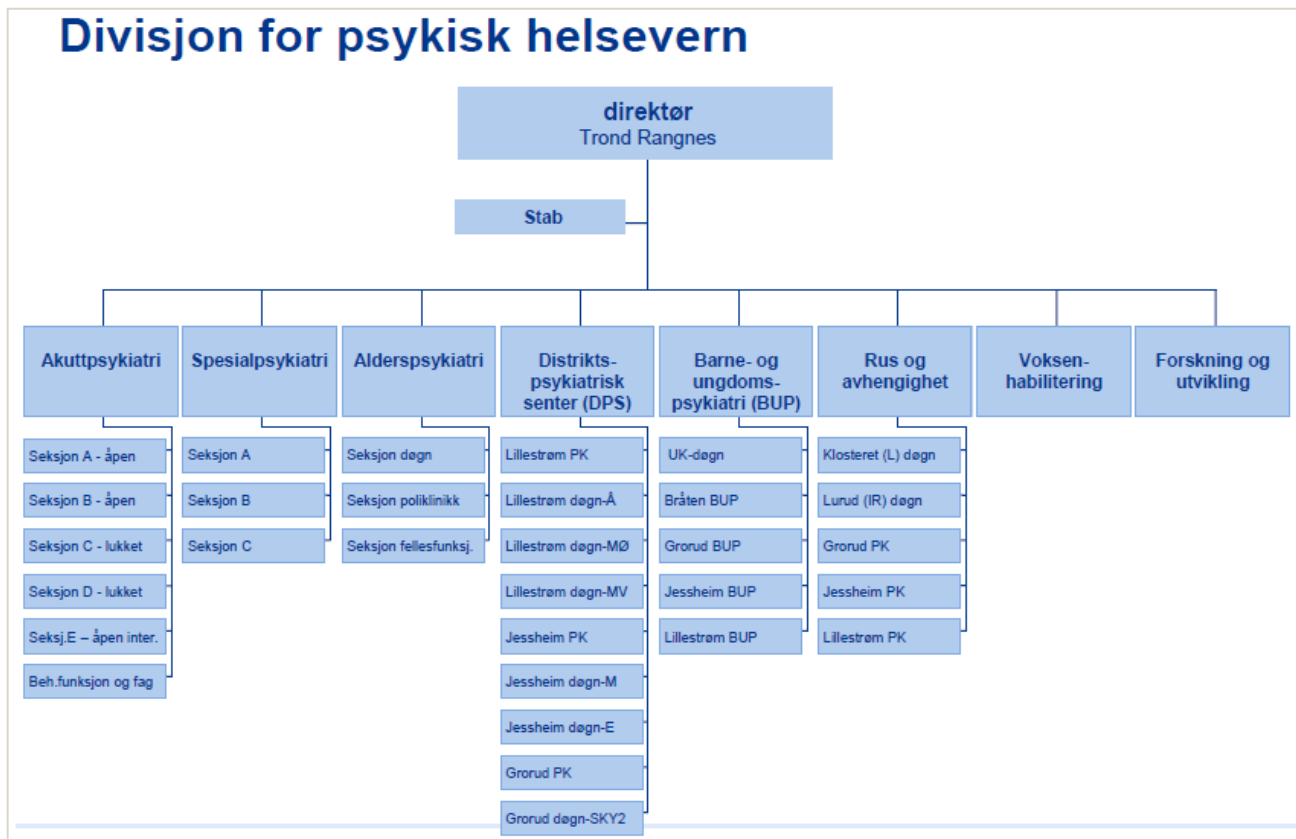
Kilde: RRI 2015:24, 34, 44. N=38

5.5 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

5.5.1 Kommunens samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten

Kommunen samarbeider med flere ulike avdelinger på Ahus. Disse er samlet i Divisjon for psykisk helsevern. Under organisasjonskartet følger informasjon om de avdelingene som i intervju har kommet frem som de viktigste samarbeidspartnere. Vi kommer nærmere tilbake til hvem som har rutine for å samarbeide med hvem under 1.7.2 (Andre rutiner for samarbeid).

Figur 10 Divisjon for psykisk helsevern



Kilde: Akershus universitetssykehus 2015a

Distriktspsykiatrisk senter (DPS) Nedre Romerike

DPS Nedre Romerike utreder og behandler personer med ulike typer psykiske lidelser som for eksempel angst, depresjon, fobier, spiseforstyrrelser, personlighets- og adferdsproblemer og psykoser. Senteret tilbyr både polikliniske tjenester, det vil si vurdering/behandling uten innleggelse, og døgn tjenester der man kan bli innlagt for behandling (Akershus universitetssykehus 2012a).

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 mennesket 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 lengre 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 brukerstyrt¹² (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 lidelser som krever håndtering i spesialisthelsetjenesten. Klinikken tilbyr også hjelp til pasienter med patologisk spilleavhengighet. Behandlingen foregår blant annet gjennom ulike typer samtaler (Akershus universitetssykehus 2012b).

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

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

Akuttpsykiatri

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

¹² Bruker/pasient kan under gitte kriterier selv av denne plassen eller sengen når den er ledig.

personer over 18 år med behov for øyeblikkelig psykiatrisk hjelp der det dreier seg om psykotiske tilstander som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse, eller tilstand preget av stor angst eller depresjon, der det er fare for at pasienten kan skade seg selv eller andre. Det dreier seg om akutte forvirringstilstander hvor avrusning ikke er en hovedsak (Akershus universitetssykehus 2015b).

5.5.2 Samarbeidsavtaler, nye retningslinjer og andre rutiner for samarbeid

Samarbeidsavtaler med Ahus

Samhandlingen mellom kommunen og Ahus er regulert i samhandlingsavtaler, både en overordnet samarbeidsavtale, en samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp og ni delavtaler. Avtalene gjelder både på områdene somatikk og psykisk helse (Akershus universitetssykehus 2014b). Under har gjennomgått vi kort essensen til de avtalene revisjonen har mottatt i underskrevet stand, i tillegg til Delavtale 2- Samarbeidsavtale om koordinerte tjenester.

Revisjonen har bedt Skedsmo kommune om å få tilsendt kopier av samtlige avtaler og delavtaler, i underskrevet stand, men har kun fått tilsendt Overordnet samarbeidsavtale, Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp og Delavtale 4. I tillegg har vi fått tilsendt et signert dokument med rutiner som er laget med utgangspunkt i Delavtale 9. Revisjonen har på mail blitt opplyst om at disse dokumentene, signerte av både Skedsmo kommune og Ahus, har kommunen fått tilsendt fra Ahus, da man ikke greide å finne dem i kommunens eget arkivsystem. Det ble også indikert fra Ahus sin side at det muligens manglet noen underskrifter fra kommunen på noen av avtalene (Kommunaldirektøren 2015). Om avtalene ikke finnes i kommunens arkivsystem eller om noen av avtalene ikke er skrevet under har revisjonen ikke fått bekreftet fra kommunen.

Overordnet samarbeidsavtale mellom Skedsmo og Ahus ble inngått i mars 2012.

Av avtalen fremgår at den skal

[...] sikre systematisk samarbeid mellom Ahus og kommunene om helhetlige, koordinerte og kvalitativt gode helsetjenester. Avtalen skal sikre en tydelig oppgave og funksjonsdeling mellom partene. [...] Samarbeidet skal bygge på likeverdighet mellom partene. Samarbeidsavtalen angir 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.

Akershus universitetssykehus 2014c:1

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

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

Akershus universitetssykehus 2014d:2

Avtalen regulerer blant annet:

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

Akershus universitetssykehus 2014d:4-11

Delavtale 4 ble inngått i februar 2014. Det er en avtale mellom Skedsmo og Ahus som skal «tydeliggjøre parenes ansvar og oppgaver i forbindelse med etablering og drift av kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp [...] (Akershus universitetssykehus 2013:1)».

Kommunen skal også ha inngått Delavtale 2 – Samarbeidsavtale om koordinerte tjenester, selv om revisjonen ikke har blitt forelagt denne i underskrevet stand. 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.

Formålet med avtalen er å se til «at det til en hver tid eksisterer forpliktende samarbeidsrutiner og samarbeidsarenaer for å ivareta pasienter/brukere med behov for koordinerte tjenester, rehabilitering og læring og mestring (Akershus universitetssykehus 2014e:1)». Av avtalen fremgår videre at:

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

Akershus universitetssykehus 2014e:2-3

Protokoll fra kommunestyremøte som ble holdt den 1.2.12 viser at kommunestyret enstemmig har vedtatt å gi sin tilslutning til Overordnet samarbeidsavtale og Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp. I tillegg sier vedtaket at «[r]ådmannen delegeres myndighet til å inngå de lovpålagte samarbeidsavtaler som gjenstår hvor faglig samhandling mellom kommune og Ahus reguleres» (Skedsmo kommune 2012c).

Nye 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. Retningslinjene ble vedtatt i Helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (SU) i desember 2014 (Akershus universitetssykehus 2014g).

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

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

Akershus universitetssykehus 2014g:2

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

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

Ledersamarbeidsforum (LSF)

Mandatet er blant annet å fremme, utvikle og forplikte samhandlingen i tråd med formålet med avtalen, å drøfte løsninger rundt pasientflyt på et generelt grunnlag, samt orientere om og drøfte saker vedrørende utviklingen av tjenestene innenfor psykisk helse og rusavhengighet og eventuelt fremme forslag om felles tjenestetilbud. Man skal også bestrebe å drøfte eventuelle endringer i tjenestene som er av betydning for samarbeidet før vedtak. Deltagere i forumet er ledere med beslutningsmyndighet for de aktuelle tjenestene i kommunene, DPS, ARA og sykehusavdelingene. Kommuneoverlegene deltar etter behov og brukerorganisasjoner inviteres til å delta. Møtene skal arrangeres 6 ganger i året. Alle kan fremme saker til dagsorden, DPS/ARA innkaller, leder og skriver referat fra møtene (Akershus universitetssykehus 2014g:2-3).

Klinisk samarbeidsforum (KSF)

Dette er et forum som har sin funksjon når det ordinære samarbeidet med utgangspunkt i IP, ansvarsgruppemøter og instansmøter (møter uten pasient og pårørende tilstede) 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 (Akershus universitetssykehus 2014g:3-4).

Utvidet instansmøte

Mandatet er å være en ressursgruppe og bistå tjenestene med å kvalitetssikre klinisk arbeid og samhandling om pasienter og pårørende. Videre skal man her ivareta kontinuitet og utvikle felles forståelse og samhandlingskultur, samt gi gjensidig veiledning i pasient/bruker-saker. Møtet arrangeres ca. 8 ganger i året. Deltagere skal være utvalgte behandlere/teamledere fra ARA/DPS og kommunenes behandlere innenfor tjenestefeltet rus og psykisk helse. Det bør være faste representanter i møtet. Kommunene innkaller og leder møtene. Møtene avholdes i felleskap mellom Rælingen/Enebakk, Sørum/Fet og Aurskog-Høland/Rømskog. Skedsmo og Lørenskog avholder egne møter (Akershus universitetssykehus 2014g:4).

LAR-møte

ARA og kommunene er forpliktet til å ha faste LAR-møter. Mandatet er oppfølging av pasientene i LAR/forløpet/behandlingen. Deltagere er ruskonsulenter og representanter fra ARA poliklinikk. Andre deltagere inviteres inn etter behov (Akershus universitetssykehus 2014g:4-5).

ARA dialogmøte

Dette er et møte hvor ARA informerer om sin virksomhet og hvor det legges om til kunnskaps- og erfaringsutveksling mellom partene og andre inviterte (Akershus universitetssykehus 2014g:5).

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 (ibid).

Andre rutiner for samarbeid

De forskjellige tjenestene i kommunen samarbeider med ulike avdelinger innenfor spesialisthelsetjenesten. Kommuneoverlegen oppgir at hun først og fremst har rutine for å samarbeide med legene på akuttavdelingen på Ahus, i tillegg til legene på DPS, samt noen av dem som jobber i ARA. Ambulerende team har i hovedsak rutine for samarbeid med Allmennpoliklinikken, TIRE og de to døgnpostene som er tilknyttet DPS (Åråsen 2 og Åråsen 3). Teamet blir ofte kontaktet av Klosteret eller IR i forbindelse med at pasienter behøver oppfølging og hjelp etter utskriving. Rusteamet samarbeider mye med ARA, mens Salerudveien samarbeider mest med TIRE, men også med andre deler av DPS. I Stalsbeggata er man mest i kontakt med TIRE, DPS Åråsen, Moenga og akuttavdelingen på Ahus (Kommuneoverlegen 2014; Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

For det første samarbeider man i overgangen mellom behandling fra spesialisthelsetjeneste og tilbud fra kommune. Måter man samarbeider på er blant annet gjennom telefon, mail og gjennom PLO-meldinger (Avdeling for psykisk helse og rus 2014; Tjenestekontoret 2014).

For det andre samarbeider man underveis i et behandlingsopplegg dersom tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen er inne samtidig. Dette skjer ved at det kalles inn til tverrfaglige møter der deltagere fra alle aktuelle tjenester deltar. For rusklientene har man også

faste LAR-møter der det alltid deltar noen fra ARA) (Avdeling for psykisk helse og rus 2014; Kommuneoverlegen 2014).

Ellers arrangeres Rehabiliteringsnettverket fra Ahus sin side. Hit inviteres personer med lignende stillinger som systemkoordinators to ganger i året. Her tas det opp ulike aktuelle temaer og forskjellige fagpersoner kommer og informerer. For eksempel har koordinatorrollen vært et tema. Systemkoordinator inviterer med seg aktuelle fagpersoner i kommunen ut ifra hvilket tema som skal tas opp i nettverket (Systemkoordinator 2014).

5.5.3 Samarbeid i praksis

Rutiner for samarbeid

I revisjonens spørreundersøkelse ble respondentene bedt om å si seg enig/uenig i en påstand om at det er gode rutiner for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Som vist i grafen under er det mange som er helt eller delvis uenige i denne påstanden. Ingen av respondentene er helt enige. Kommentarer fra respondentene tyder også på en opplevelse av manglende rutiner i praksis:

Gode rutiner på papiret for samarbeid, men det fungerer ikke.

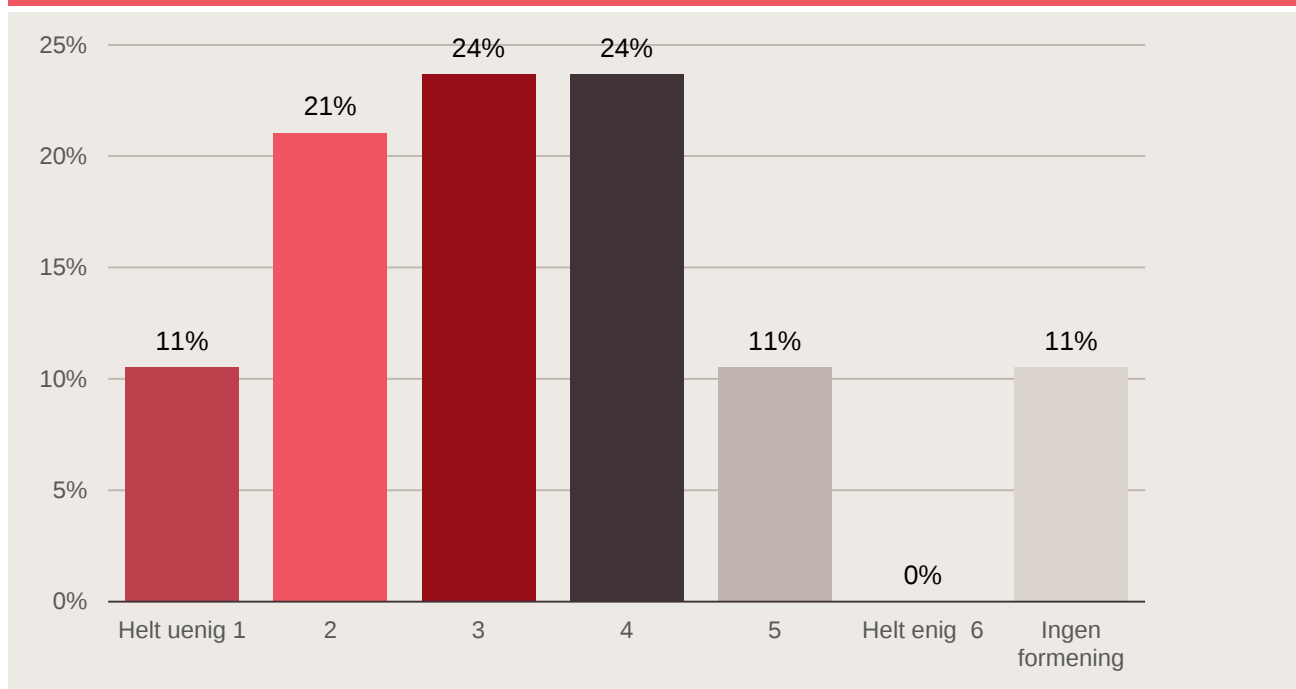
Vi hadde samarbeid tidligere. Nå finnes ingen rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det har de siste årene blitt mindre kontakt og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for pasienter med psykiske problemer og rusproblematikk. Altså i motsatt vei av hva samhandlingsreformen sier.

RRI 2015:46

Figur 11 Rutiner for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

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



Kilde: RRI 2015:15. N=38

I spørreundersøkelsen spurte vi også om respondentene opplevde at det var gode rutiner for samarbeid med DPS, ARA og Ahus (hver for seg), og fant samme tendenser som vist i grafen over.

Videre undersøkte vi om respondentene opplever å ha et godt samarbeid med DPS, ARA og Ahus (Akuttavdelingen), og også her var det for alle tre en majoritet som valgte verdiene tre og fire, noe vi tolker dithen at meningene er delte når det gjelder samarbeid med DPS, ARA og Ahus (RRI 2015:21-23, 31-33).

Kommunikasjon

Den samme tendensen fant vi da vi fremsatte en påstand om at det er god kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten når det trengs. 44 prosent var her uenige, mens 50 prosent var enige (resten valgte svaralternativet «Ingen formening»). Dette forteller oss at meningene er delte når det gjelder hvor god kommunikasjonen kommunen har med spesialisthelsetjenesten (RRI 2015:11).

Det kom også frem under intervjuene revisjonen gjennomførte at det kan være noen utfordringer i kommunikasjonen med Akuttavdelingen ved Ahus, da PLO-meldingene som sendes herfra noen ganger er lite utfyllende. Selv ved selvmordsforsøk er det noen ganger lite informasjon utover at det har vært et forsøk og at personen trenger kommunal oppfølging (Tjenestekontoret 2014).

Velfungerende samarbeid?

Ellers er det flere av de intervjuede som opplever at det er vanskelig å samarbeide om pasienter/brukere da man fra kommunens side ofte gjør andre vurderinger enn i spesialisthelsetjenesten når det gjelder innleggelse. Det kreves mye for å klare å få spesialisthelsetjenesten til å gå med på innleggelse og eventuelt utredning. Det oppleves som at Ahus ikke ser hele sykdomsbildet, og at pasienter/brukere klarer å gi uttrykk for at de er friskere enn det de faktisk er. Det riktige bildet er det lettere for kommunen å se som har tettere kontakt med brukerne. Man opplever da ikke alltid å bli hørt, noe som kan være frustrerende (Avdeling for psykisk helse og rus 2014). Denne opplevelsen bekreftes av kommuneoverlegen:

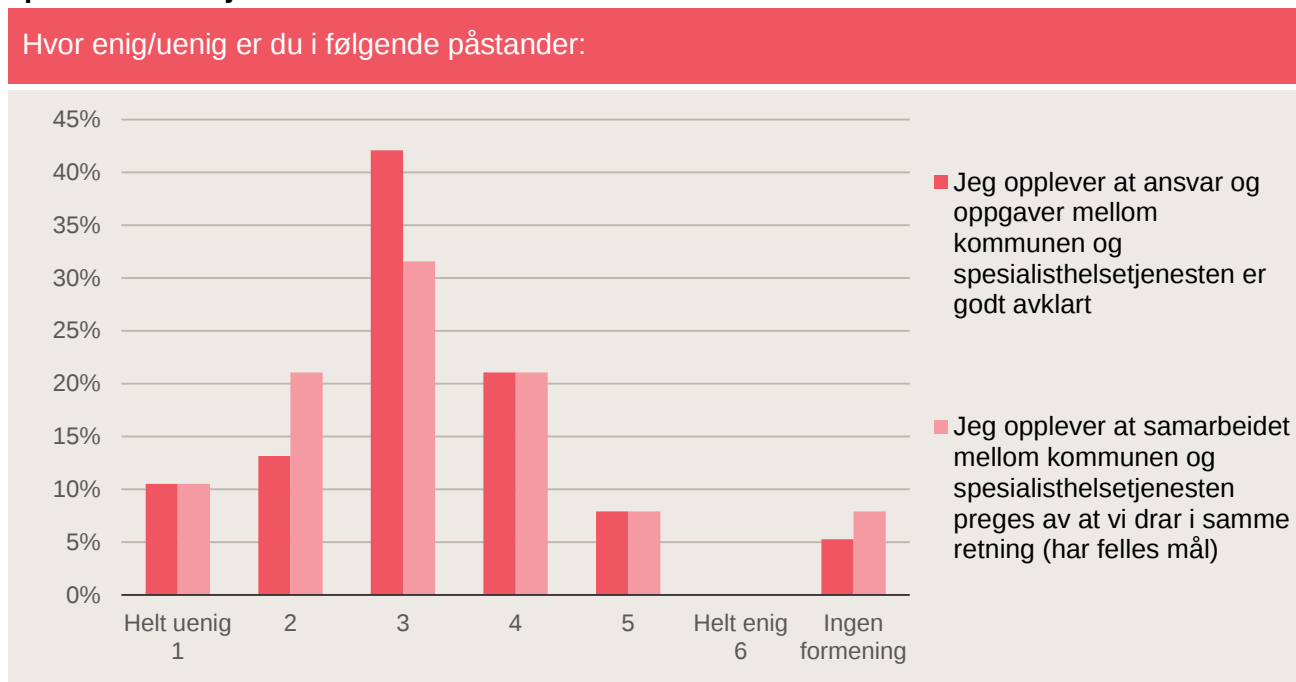
[O]fte må man fatte vedtak flere ganger før spesialisthelsetjenesten tar det alvorlig. Dersom de blir lagt inn på Ahus får de mat og litt hvile, så går psykosen over og det er ut igjen. Etter flere vedtak blir de kanskje holdt igjen på sykehuset over lenger tid og blir kanskje utredet. [...] [O]pplever det som at man må være en bulldoser for å få til noe. Disse utfordringene er enda verre når det gjelder personer med rusproblematikk.

Kommuneoverlegen 2014

Flere av informantene oppgir også at det er utfordringer i samarbeidet med akutt-teamet på DPS. Hovedproblemet er at de ikke vil dra ut til pasientene/brukerne når kommunen vurderer at det er behov for dette. Teamet skal kontaktes ved akutte kriser, men de har kun åpent på hverdager og på dagtid. Utenom åpningstiden må man kontakte fastlege, legevakt eller Akuttavdelingen på Ahus. Men for å gjøre dette må tilstanden for pasienten/brukeren være såpass alvorlig at det der fare for liv og helse, og uforsvarlig å være hjemme (Avdeling psykisk helse og rus 2014).

Videre skrives det gjerne ut personer fra Ahus som er veldig syke. Da er disse personene kommunens og fastlegenes ansvar, og man opplever at kommunen får oppgaver som de verken har kapasitet eller kunnskap til å klare (ibid). Som det fremgår av grafen under er en majoritet i kommunen delvis eller helt uenige i at ansvar og oppgaver mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er godt avklart.

Figur 12 Ansvar, oppgaver og mål - samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten



Kilde: RRI 2015:10, 14. N=38

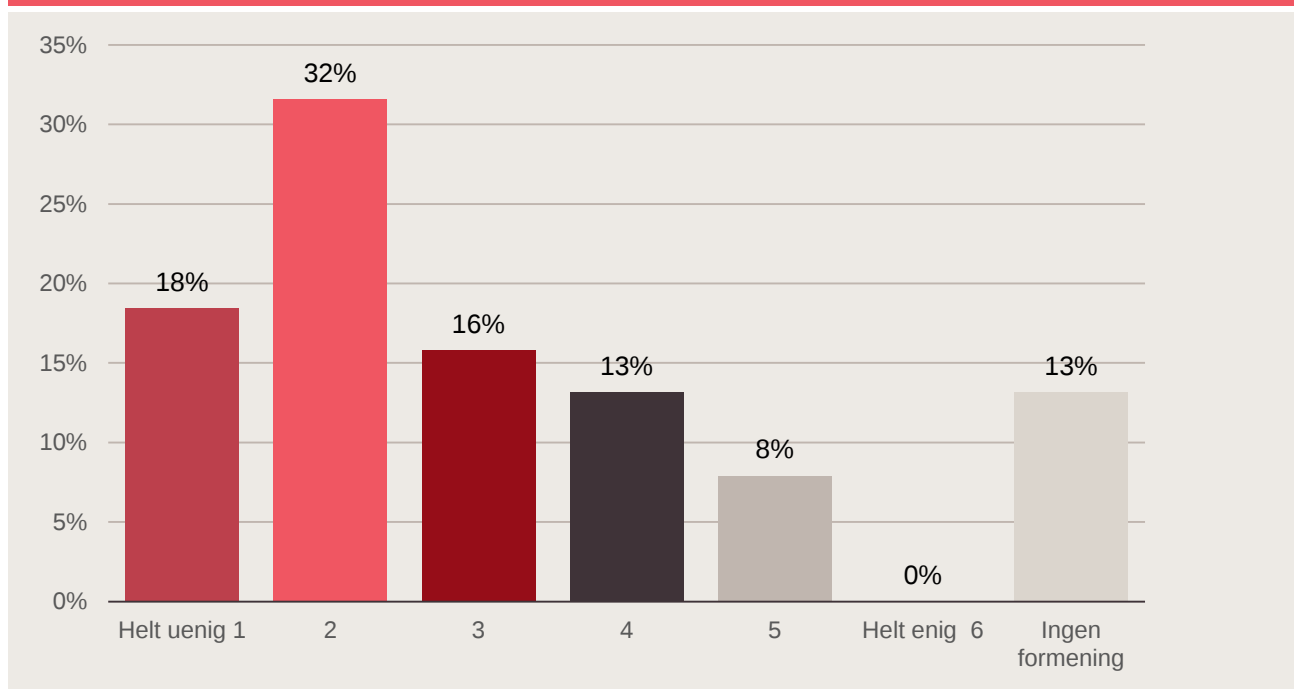
En majoritet av respondentene i spørreundersøkelsen er også delvis eller helt uenige i at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten preges av at man drar i samme retning (har felles mål).

Til sist oppgis det under intervjuene en opplevelse av at mange i spesialisthelsetjenesten har en litt nonchalant holdning ovenfor kommunene. «For at kommunen skal få gjennomslag for det de mener må ofte enten kommuneoverlegen eller kommunaldirektøren gå inn. Situasjonen oppleves frustrerende og demoraliserende for mange av dem som arbeider i kommunen» (Kommuneoverlegen 2014).

Denne oppfatningen kom tydelig frem i revisjonens spørreundersøkelse, der det ble fremsatt en påstand om at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten preges av likeverdighet, og en klar majoritet sa seg delvis eller helt uenig i dette.

Figur 13 Likeverdighet - samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

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



Kilde: RRI 2015:13. N=38

5.6 Individuell plan og koordinator

Rutiner for bruk av IP og koordinator

I Skedsmo kommune er det Tjenestekontoret som vurderer og fatter vedtak om IP og koordinator for brukere over 18 år. Når vedtak om IP og koordinator er fattet hos Tjenestekontoret, kommuniseres dette tilbake til den enkelte tjeneste. Deretter informerer man fra den enkelte tjeneste videre til systemkoordinator om at hun skal opprette IP i Skill IP og gi tilgang til den aktuelle koordinatoren. Dette gjøres gjennom å fylle ut skjemaet *Melding om opprettelse av IP i SKILL IP eller ved ny IP koordinator*. Skjemaet kan i teorien sendes til fire systemansvarlige/SKILL administratorer i kommunen som er listet opp på baksiden av skjemaet. Men i følge systemkoordinator er det i praksis kun hun som gjør dette. Alle fagpersoner i den tverrfaglige samarbeidsgruppa, samt brukeren, får tilgang til IP'en slik at de kan gå inn å oppdatere i den ved behov (Systemkoordinator 2014, 2015; Tjenestekontoret 2014; Skedsmo kommune 2015c).

IP skal sikre at det samarbeides mellom de tjenestene som bruker allerede har, og sikre at de får den bistanden bruker har behov for. Men det er en forutsetning at bruker er med og bidrar i IP'en selv (Avdeling for psykisk helse og rus 2014). Rutiner for hvordan de ansatte skal gå frem for å sikre brukerne IP finnes i kommunens kvalitetshåndbok, i *Prosedyre for individuell plan*. Her fremgår blant annet hva IP er, fremgangsmåte for å ta en beslutning om IP og fremgangsmåte for utarbeidelse av IP, samt noe informasjon om koordinatorrollen (Skedsmo kommune 2012a). Prosedyren er ikke blitt

revidert som planlagt i starten av 2014 ettersom kommunen ønsket å få evaluert koordinerende enhet og gjøre endringer her i sammenheng med revidering av prosedyrene. Revisjonen får opplyst at mangel på rom i budsjettet har ført til at slike endringer og revideringer av prosedyrer ikke har blitt gjort. Det vil si, evalueringer ble gjort, men stoppet opp i kvalitetsforum¹³, og ble derfor ikke godkjent og innarbeidet i de prosedyrene som er i bruk i kommunen i dag. Det samme gjelder for *Prosedyre for tverrfaglige møter* som nevnes under (Systemkoordinator 2015).

Kommunen har en egen prosedyre som gir informasjon om koordinatorrollen som heter *Prosedyre for tildeling av koordinator og utøvelsen av koordinatorrollen*. Her finner man informasjon blant annet om oppgaver, ansvar og drift av tverrfaglige samarbeidsmøter (Skedsmo kommune 2013b). Denne prosedyren ble laget på samme tid som de andre to prosedyrene ble evaluert, men også denne stoppet opp i kvalitetsforum og er derfor ikke formelt godkjent, selv om det er en prosedyre som i praksis følges (Systemkoordinator 2015).

Endelig finnes det, som nevnt over, en egen *Prosedyre for tverrfaglige møter*. Her fremgår det en definisjon av tverrfaglige møter, rutiner for innkalling, hva slags vurderinger som bør gjøres rundt hvem som bør delta med mer (Skedsmo kommune 2012b).

Bruk av IP og koordinator i praksis

Som nevnt over er det Tjenestekontoret som mottar og behandler søknader om IP og koordinator for brukere over 18 år. Deretter skal dette meldes systemkoordinator. Det skal også meldes fra til systemkoordinator dersom det forekommer bytte av koordinator for en bruker. Revisjonen har fått oppgitt at dette ikke alltid blir gjort, noe som bidrar til manglende oversikt og kontroll med dette arbeidet i kommunen (Systemkoordinator 2014). En årsak til dette kan være at det i Tjenestekontoret og Avdeling for psykisk helse og rus ser ut til å være ulike oppfatninger om rutiner for å melde fra til systemkoordinator om hvem som er koordinator til den enkelte bruker. Tjenestekontoret er av den oppfatning at man i avdelingen selv skal holde kontakt om dette med systemkoordinator. Avdelingen oppgir imidlertid at det er Tjenestekontoret som skal stå for kontakten med systemkoordinator, og skal informere om hvem som er utpekt som koordinator (Tjenestekontoret 2014; Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Det oppgis også at det er fare for at det kan bli litt tilfeldig hvilke brukere som får tilbud om IP ut ifra hvor viktig saksbehandleren i kommunen selv anser IP å være. Om bruk av IP prioriteres og om kommunens ansatte ser viktigheten av den «er nok veldig forskjellig fra tjeneste til tjeneste og person til person. IP er jo lovpålagt men prioriteres ikke alltid og følges ikke alltid opp» (Systemkoordinator 2014). Systemkoordinator følger opp IP'er omtrent en gang i året. Da kontakter hun koordinator til IP'er som det ikke har vært aktivitet i på en stund for å undersøke hvorfor, og om

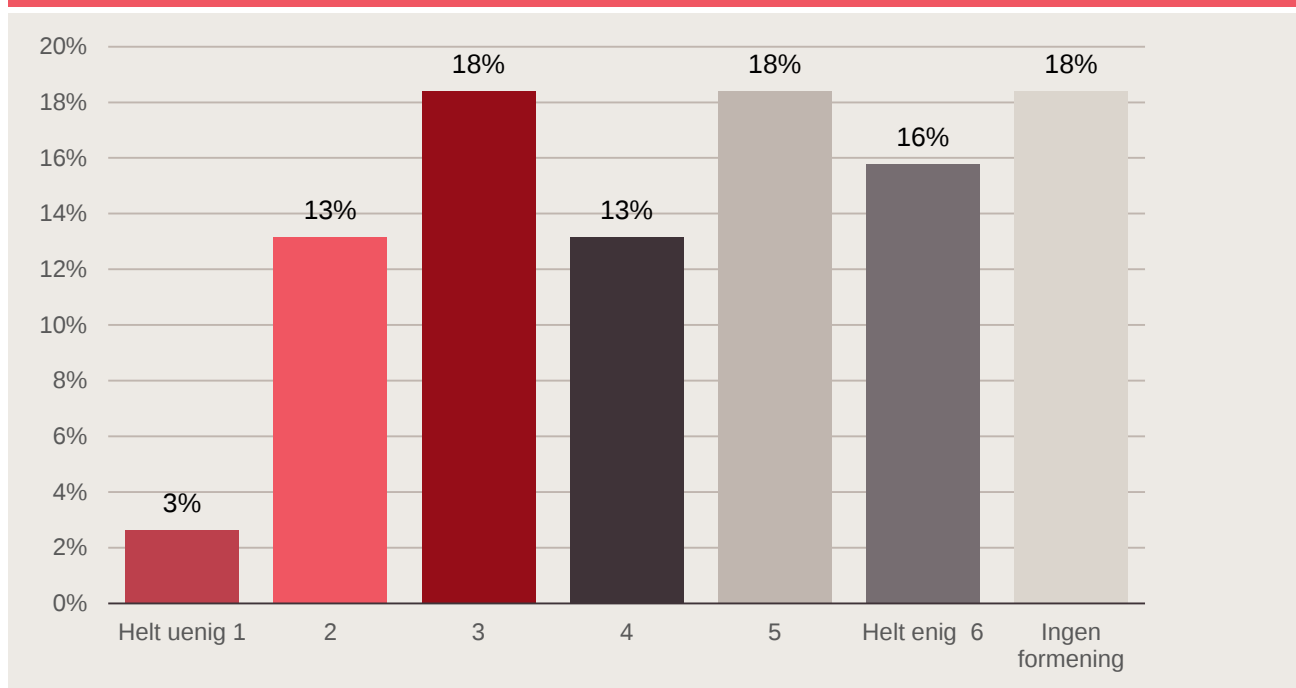
¹³ Kvalitetsforum er «et tverretattlig og tverrfaglig rådgivnings- og drøftingsteam i saker som berører hele eller flere deler av sektoren. Teamet er ledet av sektorkontorets kvalitetsrådgiver med representasjon fra alle avdelinger i sektoren» (Skedsmo kommune 2015d:1).

IP'en skal avsluttes. Dette skal det også meldes fra om til systemkoordinator gjennom innsending av et skjema. «Mange er flinke til å sende inn skjema, andre må purres opp» (ibid).

Spørreundersøkelsen revisjonen har gjennomført tyder på at det er delte meninger blant de ansatte i kommunen som jobber med personer med rus- og/eller psykisk helseproblematikk, i forbindelse med kunnskap om rutiner når det gjelder hvordan IP'en skal følges opp.

Figur 14 Kjennskap til rutiner for oppfølging av IP

Hvor enig/uenig er du i følgende påstand: Jeg har god kjennskap til kommunens rutiner når det gjelder hvordan IP'en skal følges opp.



Kilde: Romerike revisjon IKS (RRI) 2015:50. N=38

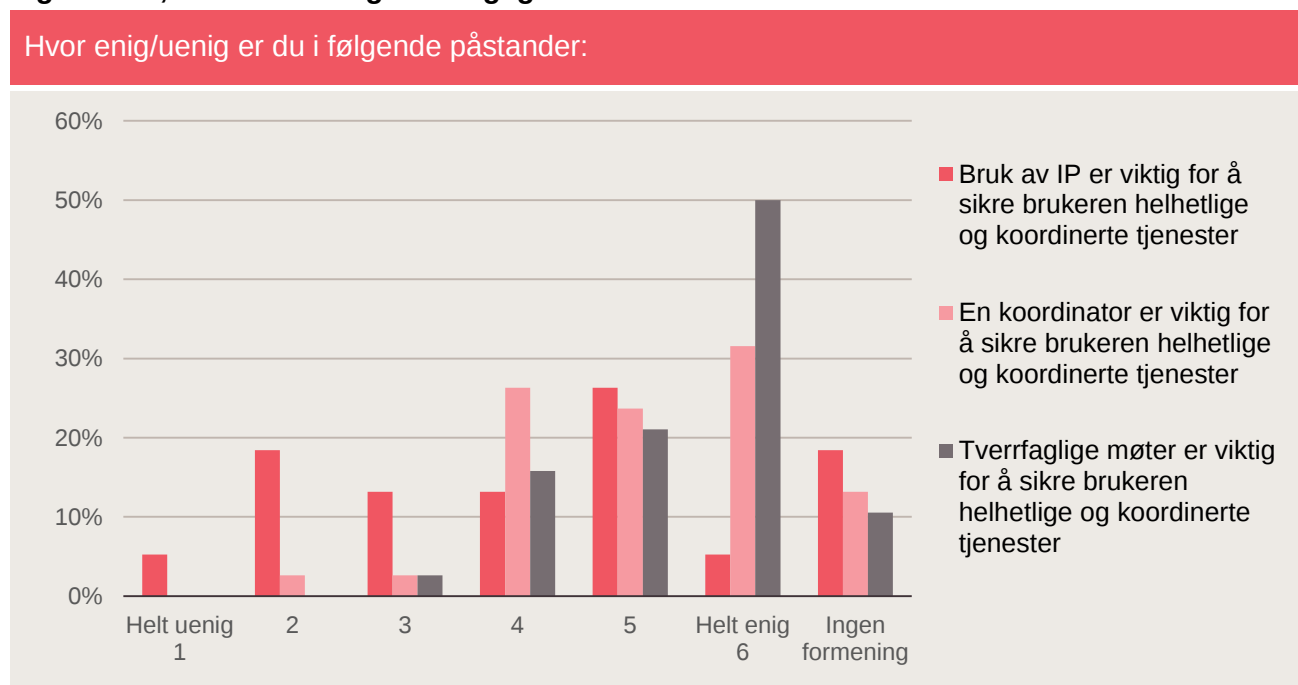
Som grafen viser er det både en del som er uenige og en del som er enige. Men svært få er helt uenige i påstanden. Dette viser at det er varierende mellom de ansatte hvor god kjennskap de opplever å ha til rutiner om hvordan IP'en skal følges opp. Noen opplever å ha god kjennskap til dette mens andre opplever å ha mindre god kjennskap til dette.

Flere av lederne i avdelingen oppgir at kommunen i mindre grad enn før bruker IP som verktøy i arbeidet med brukerne. Man satser heller på i første omgang å bistå med en koordinator som koordinerer tjenestene gjennom blant annet å kalle inn til tverrfaglige møter, der man møtes og snakker sammen, fordeler oppgaver og ansvar, og evaluerer fra møte til møte. Flere opplever som nevnt dette som like nyttig som IP, og samtidig mindre ressurskrevende (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Grafen under viser samme tendens blant respondentene i spørreundersøkelsen som hos lederne som er intervjuet, når det gjelder bruk av koordinator sammenlignet med IP. Vi ser at det er delte

meninger når det gjelder bruk av IP for å sikre brukeren helhetlige og koordinerte tjenester, mens over 80 prosent er delvis eller helt enige i at koordinator er viktig, og nærmere 90 prosent er helt eller delvis enige i at tverrfaglige møter er viktige for dette formålet.

Figur 15 IP, koordinator og tverrfaglige møter



Kilde: RRI 2015:55-57. N=38

Ellers ser det ut til å være en opplevelse av at IP ikke helt fungerer i praksis slik det opprinnelig var tenkt. Da man for noen år siden innførte det elektroniske verktøyet Skill IP, var det en forutsetning at alle aktører i arbeidet med en bruker skulle ha muligheten til å gå inn og legge inn informasjon i IP'en. Men tekniske problemer førte til at flere ikke kom inn i systemet og da endte det med at koordinator satt og skrev i IP'en på egenhånd. Noe som oppleves som svært tidkrevende, og mye arbeid. Opplevelsen er at Skill IP ikke helt har fungert slik som det var tenkt, det vil si at arbeid med og samarbeid om IP skulle bli enklere. Det oppleves også som dårlig egnet for tjenestemottakere innenfor rusfeltet, ettersom de i praksis ikke er aktive selv og skriver i sin egen IP. Årsakene er flere, blant annet mangel på PC, mangel på kunnskap om bruk av PC og/eller mangel på interesse (Avdeling for psykisk helse og rus 2014; 2015).

Det presiseres at alle brukere får det de har krav på av tjenester, men at kommunen påvirker brukerne til å velge bort IP når man fra kommunens side ikke anser IP for å være hensiktsmessig for den aktuelle bruker (Tjenestekontoret 2014). Det er på en annen side ikke så mange brukere som selv tar initiativ til å få en IP, oftest er det hjelpeapparatet i kommunen som har en mening om at den enkelte bruker bør eller ikke bør ha en IP. Man er likevel obs på å undersøke om klienten selv ønsker IP og forklare hensikten med verktøyet (Avdeling for psykisk helse og rus 2014; 2015).

Revisjonen har fått opplyst i intervju at mange av brukerne i denne brukergruppen er også såpass dårlige at de vanskelig kan medvirke aktivt i en IP, og for disse kan det være minst like nyttig med en tverrfaglig ansvarsgruppe med koordinator, hvor det kun skrives referat fra møtene. Dersom det gjennomføres slike møter regelmessig, alle møter opp og samarbeidet fungerer godt oppleves IP som overflødig (Tjenestekontoret 2014; Avdeling for psykisk helse og rus 2014). Hele 76 prosent av respondentene i revisjonens spørreundersøkelse sier seg delvis eller helt enige i at referater fra slike møter i mange tilfeller kan erstatte bruk av IP (RRI 2015:58).

Flere av de intervjuede oppgir at de opplever IP som et verktøy med, i mange tilfeller, begrenset nytteverdi. Dette bildet forsterkes gjennom spørreundersøkelsen, der halvparten av de spurte (som hadde en formening) sa at de var helt eller delvis uenige i påstanden om at de opplever IP som et nyttig verktøy (RRI 2015:54). Det viser seg at mange som har krav på IP antagelig ikke tilbys dette. Hele 45 prosent svarte enten «Ofte, men ikke alltid» eller «Sjelden» på spørsmålet om IP alltid tilbys til de som har krav på det. Årsaker som oppgis er blant annet at det er mye arbeid, for krevende for bruker og at det er manglende kultur for det (RRI 2015:54, 59-61). At det er en manglende kultur for å jobbe innenfor rammene av systemet for IP og koordinator i tjenestene for voksne, er noe som også har kommet frem i intervju (Systemkoordinator 2014).

Det gis uttrykk for en oppfatning om at det er «overkill» med Skill og at en IP kan lages i fagsystemet Geric. Det pekes også på at det er en forestilling om IP som er helt urealistisk. Mener det er urealistisk at alle som er involvert, brukeren og andre, kan og vil bruke dokumentet aktivt, skrive inn oppdateringer ect.

Tjenestekontoret 2014

Samtidig presiseres det i intervju at det i noen tilfeller kan være et godt verktøy, da det blant annet forplikter aktører til å delta i arbeidet med brukeren. Det har nemlig vært et problem at innkalte deltagere ikke har kommet på møter. Likevel er det et verktøy som bør brukes riktig og med varsomhet da det i noen tilfeller kan virke mot sin hensikt og være ødeleggende for motivasjonen til den enkelte bruker, dersom personen for eksempel opplever ikke å klare å nå målene som er satt (Tjenestekontoret 2014).

Når det gjelder bruk av IP i boligene, altså Salerudveien og Stalsberggata, oppgis det at mange av brukerne som kvalifiserer for et slikt vedtak, ikke selv ønsker dette. Mange er også såpass dårlige at de ikke vil kunne delta aktivt i en IP. Man jobber heller ut ifra interne planer der det settes opp mål for brukeren. Målene dreier seg om å øve opp funksjonsevne slik at man på sikt i størst mulig grad kan klare seg selv. Likevel er det flere brukere som har IP i spesialisthelsetjenesten, da mange av brukerne også får oppfølging derifra. Men «[d]ette er imidlertid ikke et aktivt verktøy som boligen er med og samarbeider om» (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Når det gjelder boligene i Avdeling for psykisk helse og rus, så har alle brukere primærkontakter blant de ansatte i boligene. Mange av disse fungerer i praksis som koordinatører, uten at de formelt

er registrert som dette. De deltar for eksempel derfor ikke på koordinatortreff som arrangeres av systemkoordinator (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

I spørreundersøkelsen oppgir 13 prosent at de fungerer som koordinator uten å være formelt registrert som dette, og 24 prosent oppgir å være primærkontakt som koordinerer ved behov. 18 prosent av de spurte oppgir at de er formelle koordinatorene (RRI 2015:62).

Årsakene til at det er en såpass liten andel som er formelle koordinatorene, kan ifølge Tjenestekontoret dreie seg om ulike oppfatninger av de forskjellige begrepene primæroppfølger og koordinator.

De som bor i bemannede boliger har primærkontakter og i liten grad formelle koordinatorene. Mener det er viktig at man ser på om de fyller vilkårene for koordinator. Riktig å ha det mer formelt. Kan være at det er en del misforståelser rundt begrepene primæroppfølger og koordinator.

Tjenestekontoret 2014

Ved oppstartsmøtet for prosjektet, der blant annet kommunaldirektør deltok, ble det påpekt at «koordinator er en viktig rolle som krever kompetanse. Man skal kunne koordinere mange tjenester med brukeren i sentrum» (Skedsmo kommune 2014h). Likevel oppgir 38 prosent av respondentene som har koordineringsoppgaver i kommunen at de ikke har mottatt noen opplæring i koordinatorrollen. 10 prosent har blitt tilbudt men takket nei. En stor majoritet opplever likevel at de er trygge på hva koordinatorrollen innebærer av ansvar og oppgaver (RRI 2015:63-64).

5.7 Koordinerende enhet og systemkoordinator

I dette delkapitlet ser vi nærmere på rutiner for samarbeid og samarbeid i praksis, i forbindelse med Koordinerende enhet og systemkoordinator. For nærmere forklaring av hva Koordinerende enhet og systemkoordinator er, se kapittel 3.4.

Rutiner for samarbeid

En gang i måneden skal Koordinerende enhet for barn og unge, henholdsvis Koordinerende enhet for voksne, møtes for på ulike måter å legge til rette for samarbeid. Disse møtene ledes av systemkoordinator. Som tidligere nevnt behandler ikke Koordinerende enhet for voksne søknader om IP slik tilsvarende enhet for barn og unge gjør. Dette er Tjenestekontorets oppgave. Systemkoordinator arrangerer koordinatortreff to ganger i året for de som er koordinatorene. Meningen er at de igjennom et slikt treff skal få faglig påfyll, kunne diskutere møteledelse og lignende. Systemkoordinator gir også veiledning og opplæring til koordinatorene og arrangerer koordinatorkurs ved behov (Skedsmo kommune 2014h:2; Systemkoordinator 2014; Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Samarbeid i praksis

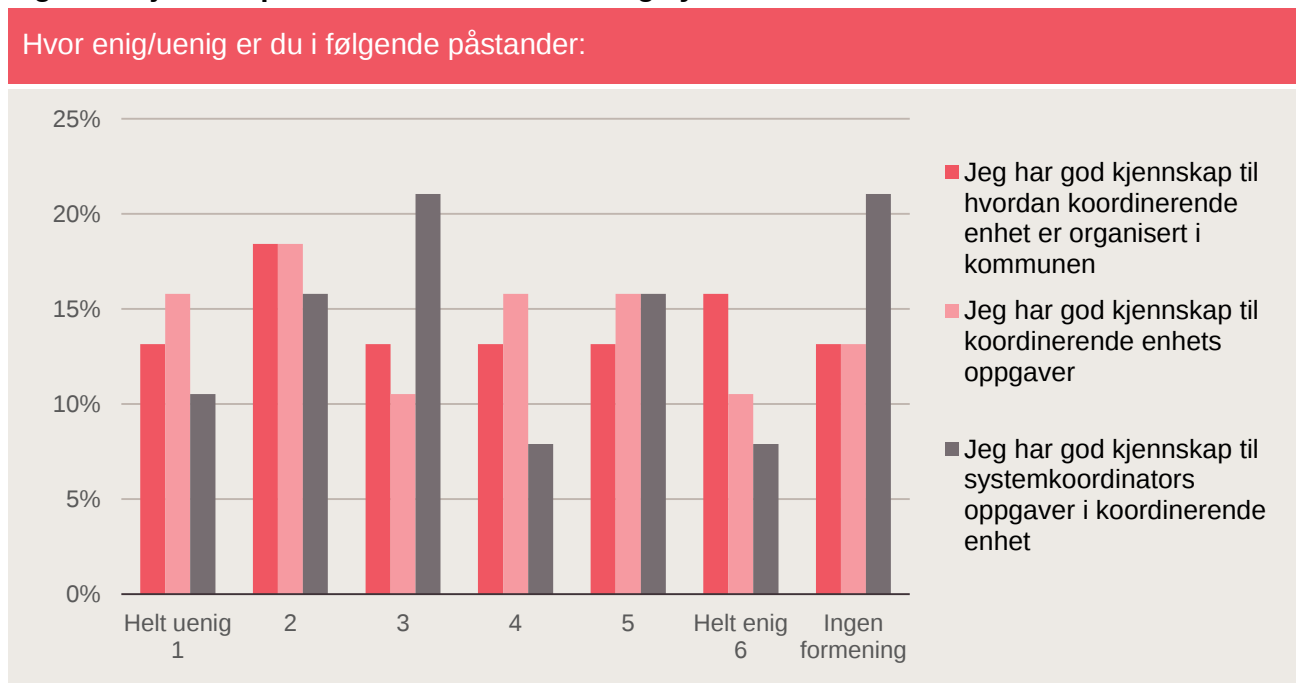
I Avdeling for psykisk helse og rus samarbeider man stort sett kun med systemkoordinator i forbindelse med IP, møter i koordinerende enhet og koordinatortreff. Det varierer hvor flinke

koordinatorer for voksne er til å prioritere koordinatortreff (Avdeling for psykisk helse og rus 2014; Systemkoordinator 2014).

Når det gjelder møtene i Koordinerende enhet for voksne har man den siste tiden hatt få møter, og ikke månedlige slik man hadde i starten. Ettersom det ikke er her man behandler søknader for IP er det i følge systemkoordinator mindre å samhandle om mellom systemkoordinator og de forskjellige tjenestene i dette møtet. Vanskelige saker og avslag burde i større grad tas opp i dette forumet, men dette skjer ikke så ofte. I stedet har man tatt opp dette med koordinatortreff, påfyll og opplæring. Det har vært et problem at det har vært få saker og lite engasjement i denne enheten. For øvrig er NAV en av deltagerne i Koordinerende enhet for voksne, men de har gitt uttrykk for at de ikke helt forstår sitt mandat i enheten, og har bedt om kun å bli innkalt når man skal ta opp saker som vedrører dem (Systemkoordinator 2014; Skedsmo kommune 2013a:3).

Som vist i grafen under er det delte meninger blant respondentene i spørreundersøkelsen rundt organisering og oppgaver til koordinerende enhet, og systemkoordinators oppgaver i koordinerende enhet. Det er også en del som ikke har noen formening om dette. Særlig systemkoordinators oppgaver er det mange som ikke har noen formening om. En majoritet av de som har en formening, er ikke enige i at de har god kjennskap til systemkoordinators oppgaver.

Figur 16 Kjennskap til koordinerende enhet og systemkoordinator



Kilde: RRI 2015:67-69. N=38

Det er systemkoordinator som skal opprette nye individuelle planer i programmet Skill. Men hun kontaktes ikke før det har blitt gjort et vedtak om at en person skal få IP. Ettersom systemkoordinatoren ikke er mottager av henvendelser om IP og/eller koordinator for voksne, er det vanskelig å vite om dette tilbys til de som har krav på det i praksis. Det er en fare for at dette kan bli

tilbudt litt tilfeldig avhengig av om vedkommende konsulent i kommunen anser IP for å være viktig eller ikke. Det har også vært flere tilfeller der fagsystemet som blant andre Tjenestekontoret bruker, Gerica, viser registrerte søknader om IP uten at det fremgår hva som er gjort videre (Systemkoordinator 2014; Skedsmo kommune 2013a:3).

Et annet problem er at nye vedtak om IP og/eller koordinator det ikke alltid meldes til systemkoordinator. Dette bidrar til at hun mister oversikt og kontroll på hvem som har IP og hvem som er koordinator blant de voksne. Det er derfor antagelig en del personer som ikke formelt er registrert som koordinatore, men som fungerer som det likevel (Systemkoordinator 2014).

I følge evalueringen kommunen har gjort av Koordinerende enhet fungerer Koordinerende enhet for barn og unge på en god måte mens Koordinerende enhet for voksne fungerte mindre godt. Evalueringen viser at deltagerne i sistnevnte enhet har problemer med å se sin rolle og deltagerne uttrykte at organet ikke hadde noen funksjon (Skedsmo kommune 2013a:3).

[Koordinerende enhet for barn og unge] har deltagere med myndighet. Deltagerne kjenner hverandre og jobber i stor grad med de samme barna. [Koordinerende enhet for voksne] har deltagere med ingen eller liten myndighet. De kommer fra ulike tjenester som i det daglige har lite med hverandre å gjøre.

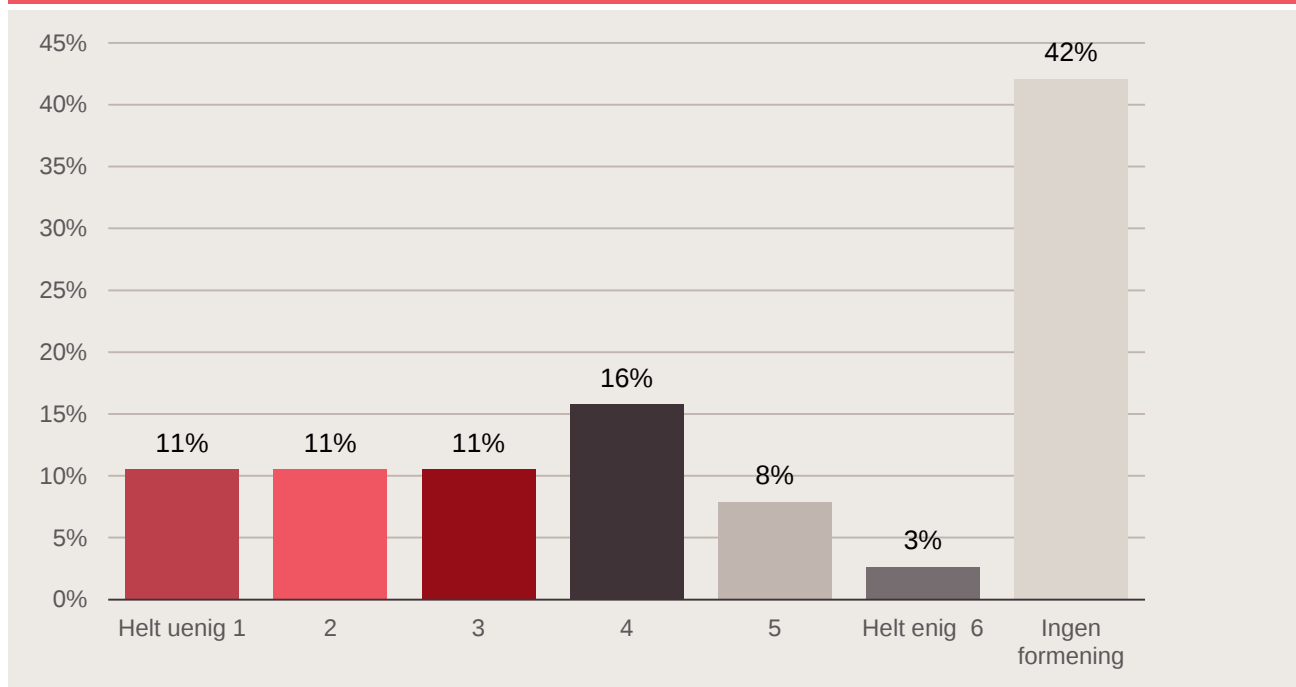
Skedsmo kommune 2013a:3

Videre har Revisjonen fått opplyst at Koordinerende enhet på systemnivå (KES) ikke fungerer som tenkt. Dette blir blant annet påpekt i en evaluering kommunen selv har gjort av Koordinerende enhet. Meningen med en KES var at den skulle legge føringer for system og struktur i Koordinerende enhet. Men også når det gjelder KES opplyses det om at det er få saker og lite engasjement. Det har vært systemkoordinator som har lagt føringer og gitt informasjon til KES, noe det egentlig var tenkt at KES skulle gjøre. I dag finnes denne enheten i praksis kun på papiret ifølge systemkoordinator. Medlemmene i KES har ikke hatt møte siden august 2013, da evalueringen ble gjort. De mente selv at KES ikke var noe fungerende forum og at det derfor burde legges ned. Siden har man altså ikke kalt inn til møte, da man har ventet på at det i forbindelse med evalueringen skulle bli tatt noen grep (Systemkoordinator 2014, 2015; Skedsmo kommune 2013a:3).

Da revisjonen i spørreundersøkelsen ba respondentene ta stilling til påstanden om at koordinerende enhet fungerer etter hensikten, svarte over 40 prosent at de ikke hadde noen formening om dette. Dette er et funn i seg selv. Som vi ser under er det ellers delte meninger blant respondentene når det gjelder dette spørsmålet, og kun tre prosent sa seg helt enige i påstanden.

Figur 17 Om koordinerende enhet fungerer etter hensikten

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



Kilde: RRI 2015:70. N=38

En av kommentarene lød som følger: «Har knapt hørt om koordinerende enhet og aner ikke hva de holder på med» (RRI 2015:72).

Kommunen tar selv til orde for en omorganisering av Koordinerende enhet. Et forslag er at man bør ha ytterligere en systemkoordinator for tjenestene for de voksne, som har de samme arbeidsoppgavene som systemkoordinator har for tjenestene for barn, det vil si som mottaker av henvendelser om IP og koordinator. Et annet forslag er at hele Koordinator for voksne, med en systemkoordinator, hadde blitt innlemmet i Tjenestekontoret i stedet. Dette er en måte man har organisert det i flere andre kommuner (Systemkoordinator 2014; Tjenestekontoret 2014).

6 INVOLVERING AV PÅRØRENDE I OVERGANGEN FRA BARN TIL VOKSEN

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
I hvilken grad sikrer Skedsmo kommune et godt støtteapparat, med særlig fokus på involvering av de pårørende, i overgangen fra barn til voksen innenfor psykisk helse og rusfeltet?	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Kommunen bør ha rutiner for å sikre kompetanse hos helsepersonell slik at reglene om taushetsplikt og informasjonsplikt kan følges. ⇒ Kommunen bør sørge for et godt og systematisk pårørendearbeid i overgangen fra barn til voksen. ⇒ Kommunen og spesialisthelsetjenesten bør samarbeide om pårørendearbeid, og rutiner for ansvarsdelingen bør komme frem i samarbeidsavtalen.

For å besvare problemstillingen over har revisjonen utledet tre revisjonskriterier. Under følger revisjonens funn når det gjelder kommunens rutiner for å sikre kompetanse slik at reglene om taushetsplikt og informasjonsplikt kan følges, deretter gjengir vi funn som sier noe om kommunen sørger for et godt og systematisk pårørendearbeid, og til sist funn som viser om kommunen og spesialisthelsetjenesten samarbeider om pårørende arbeid, og om rutiner for ansvarsdeling kommer frem i samarbeidsavtalen.

6.1 Regler om taushetsplikt og informasjonsplikt – sikres kompetanse?

6.1.1 Rutiner for å sikre kompetanse

Mal for introduksjon av nytilsatte i Skedsmo kommune – en veiledning for ledere er et dokument som blant annet bidrar til å sikre kompetanse hos de ansatte i kommunen når det gjelder taushetsplikt. Her fremgår det at lederen, den første uken en nyansatt er på jobb, skal gjennomgå bestemmelsene om taushetsplikt (Skedsmo kommune 2014i:5). Videre må de ansatte skrive under på en taushetserklæring. Revisjonen har mottatt tre ulike taushetserklæringsskjema som skal være i bruk i kommunen.

Det oppgis ved intervju at kommunen ikke har noen egen opplæring av de ansatte når det gjelder dette med taushetsplikt og informasjonsplikt. Opplæring i taushetsplikt er noe mange har med seg fra utdannelsen sin. Men kommunen har likevel fokus på å sikre kompetanse i forbindelse med dette temaet. Avdeling for barn og familier har en jurist man benytter seg mye av i spørsmålene om lover og regler om taushetsplikt. Juristen blir også med ut i avdelingene for å opplyse om ulik problematikk i forbindelse med dette (Avdelingssjef i Avdeling for barn og familier 2014, Avdeling for barn og familier 2014).

Det finnes noen kurs gjennom SAMBUS (tverrfaglig samarbeid rundt barn og unge). Men viktigst er at dette er temaer man tar opp i avdelingsmøter.

Avdelingssjef i Avdeling for barn og familier 2014

Lederne i Avdeling for barn og familier har i intervju oppgitt at de opplever det som om deres ansatte har god kjennskap til reglene, og at de er trygge på hvordan reglene skal utøves, samt at det er høy bevissthet rundt dette temaet (Avdeling for barn og familier 2014).

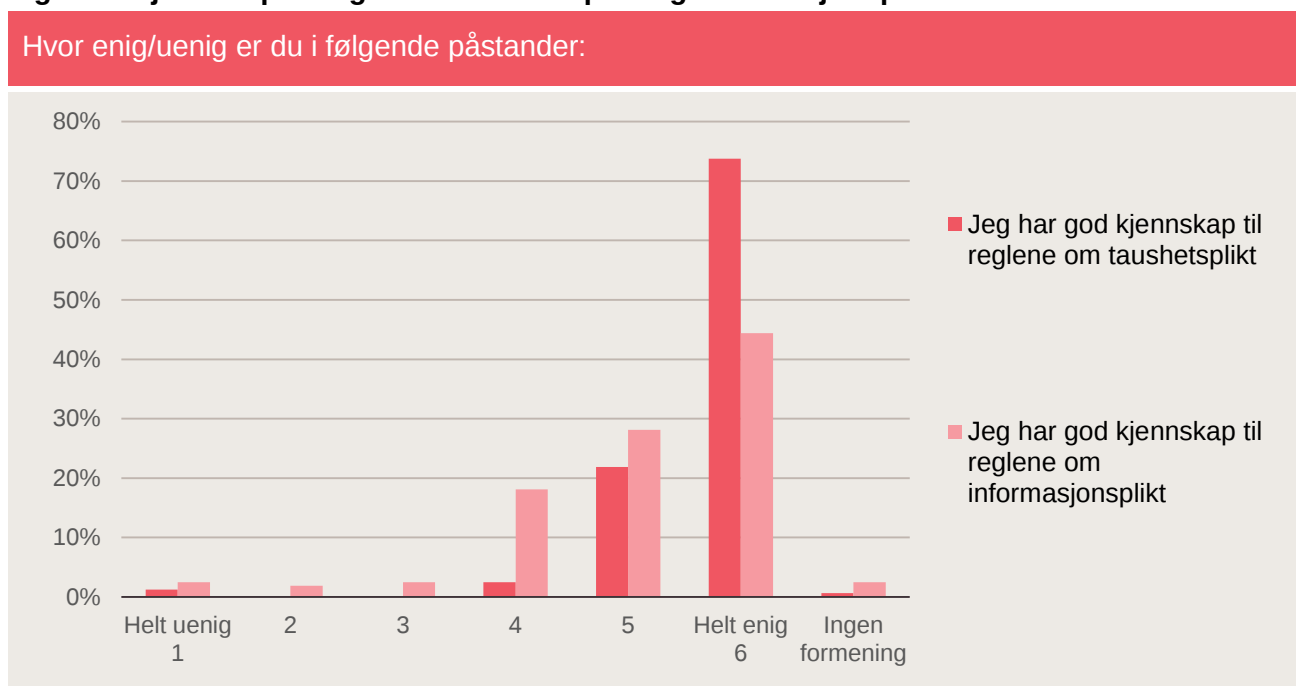
Lederne i Avdeling for psykisk helse og rus oppgir i likhet med Avdeling for barn og familier at de rutineene man har er å orientere nyansatte og at de må signere en taushetserklæring. I tillegg er dette ofte oppe på dagsordenen. Diskusjon og problematikk rundt reglene tas ofte opp på personalmøter og daglige kollegamøter (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Kommuneoverlegen oppgir at hun i sin avdeling har en runde på disse reglene der de ansatte sammen snakker seg igjennom caser for å bevisstgjøre seg selv (Kommuneoverlegen 2014).

6.1.2 De ansattes opplevelse

De ansatte i Avdeling for psykisk helse og rus og i Avdeling for barn og familier har gjennom revisjonens spørreundersøkelse gitt tilbakemelding på hvor god kjennskap de opplever at de har til reglene om taushetsplikt og reglene om informasjonsplikt.

Figur 18 Kjennskap til regler om taushetsplikt og informasjonsplikt

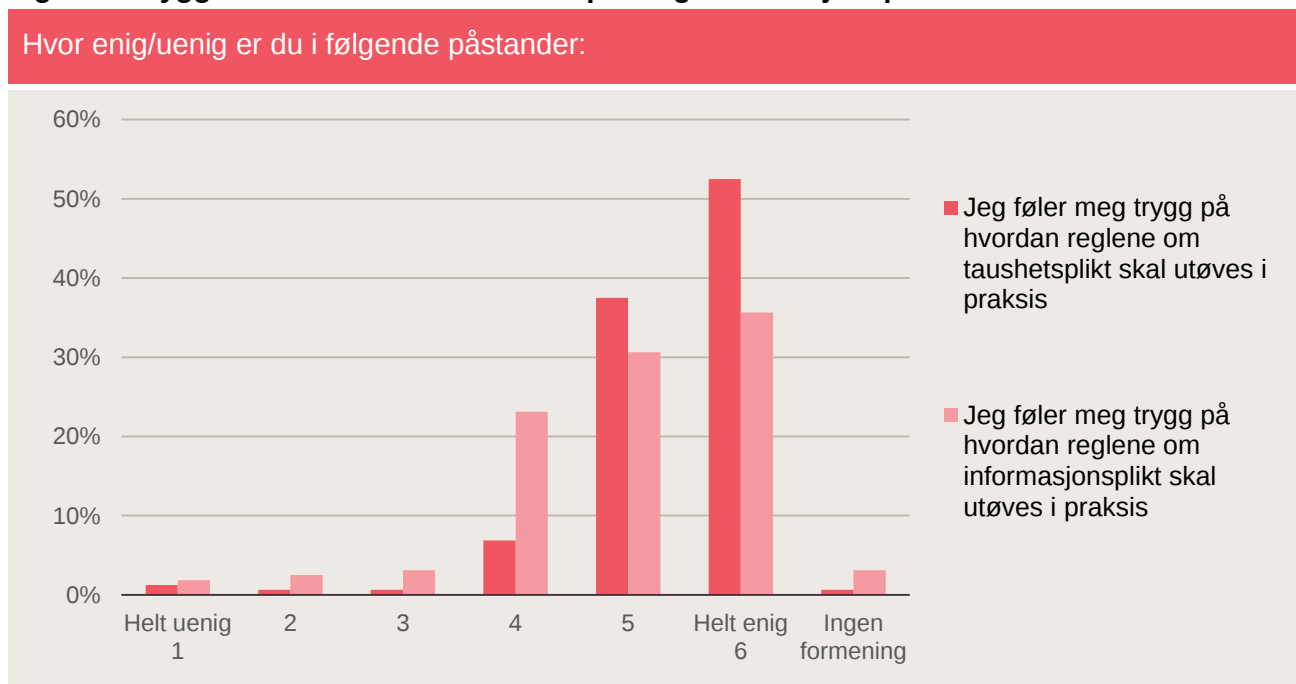


Kilde: RRI 2015:74, 75. N=161

Grafen over viser at mellom 70 og 80 prosent er helt enige i at de har god kjennskap til reglene om taushetsplikt, mens kun mellom 40 og 50 prosent er helt enige i at de har god kjennskap til reglene om informasjonsplikt. Reglene om informasjonsplikt er altså ikke så godt kjent som reglene om taushetsplikt blant de ansatte.

En ting er å kjenne til reglene, men om de ansatte kjenner til hvordan reglene skal utøves i praksis er kanskje enda viktigere. Grafen under viser hvor enige eller uenige de ansatte i de to avdelingene er i påstandene om de er trygge på hvordan reglene om taushetsplikt og informasjonsplikt skal utøves i praksis.

Figur 19 Trygghet i utøvelsen av taushetsplikt og informasjonsplikt



Kilde: RRI 2015:76, 77. N=161

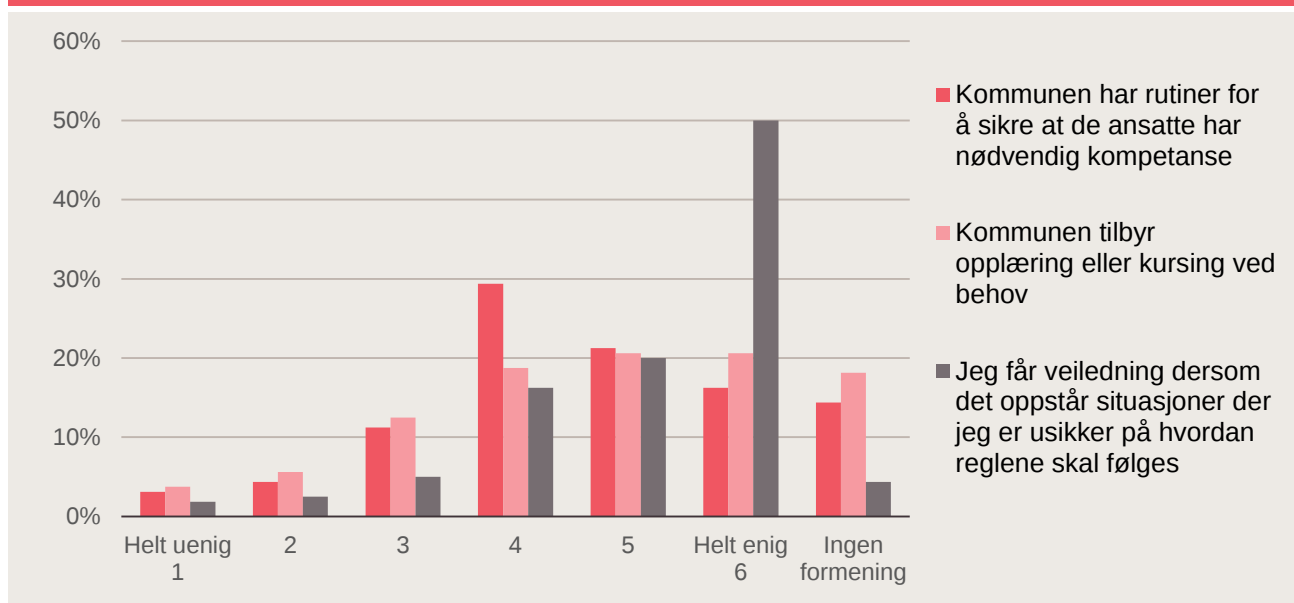
Også her er det langt fler som er enige i at de er tryggere på utøvelsen av taushetspliktreglene i praksis enn informasjonspliktreglene. Dette kan tyde på at man har mer fokus på å passe på at man ikke sier mer enn det man skal, enn å passe på at man informerer de pårørende om det de har rett til å vite. Kommuneoverlegen bekrefter i intervju at det er fort gjort å «gå i fella at man holder kortene litt for tett til brystet» (Kommuneoverlegen 2014).

Kjernen i revisjonens kriterium er at det skal være rutiner for å sikre de ansatte kompetanse om disse reglene slik at de kan følges. Da respondentene ble bedt om å si seg enig eller uenig i en påstand om at det er slike rutiner i kommunen, har flest valgt svaralternativ fire, det vil si at de er enige, men ikke helt enige. Nesten 30 prosent valgte dette svaralternativet, mens 21 prosent valgte svaralternativ fem og 16 prosent svaralternativ seks. Dette innebærer at en majoritet er enige, men mange er kun delvis og ikke helt enige, i denne påstanden.

Videre ba vi respondentene si seg enig eller uenig i påstanden om at kommunen tilbyr opplæring eller kursing ved behov. Som vi ser i grafen under er tendensen ganske lik påstanden om at kommunen har rutiner for å sikre at de ansatte har nødvendig kompetanse. Derimot er hele 50 prosent helt enige i at de får veiledning dersom det oppstår situasjoner der de er usikre på hvordan reglene skal følges. Til sammen er nesten 90 prosent delvis eller helt enige i dette.

Figur 20 Kompetanse om regler om taushetsplikt og informasjonsplikt

Når det gjelder reglene om taushets- og informasjonsplikt, hvor enig/uenig er du i følgende påstander:



Kilde: RRI 2015:78. N=161

6.2 Godt og systematisk pårørendearbeid ved overgang fra barn til voksen?

6.2.1 Rutiner for involvering av de pårørende ved overgang fra barn til voksen

Skedsmo kommune har flere rutiner for å sikre involvering av pårørende ved overgangen fra barn til voksen, når det gjelder ungdommer som sliter med rus eller sin psykiske helse. For det første inviteres de pårørende til disse ungdommene av systemkoordinator, til et informasjonsmøte der de skal få informasjon om kommunens tilbud og tjenester for deres barn etter fylte 18 år. Tilstede for å informere er blant annet representanter fra Tjenestekontoret, NAV, Kultursektoren, Fylkesmannen, Avdeling for psykisk helse og rus og Helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Dette er et møte som arrangeres årlig (Skedsmo kommune 2014j).

For det andre har kommunen en prosedyre for overføring av tjenestemottakere som fyller 18 år fra avdeling for barn og familie til tjenestekontoret. Målet med prosedyren er å sikre og ivareta tjenester for tjenestemottakere i denne overgangen. Prosedyren innebærer at kommunen innhenter informasjon og skaffe seg oversikt over tjenestemottakere og familiens situasjon, slik at tjenester etter fylte 18 år kan gis på forsvarlig nivå (Skedsmo kommune 2014k).

Dette gjøres ved å invitere barnet og familien til samtale ved 16 års alder for å drøfte overgangen fra barn til voksen, samt at man inviterer til fellesmøtet (nevnt over) når barnet er 15 år. Videre innkaller Avdeling for barn og familier en saksbehandler fra Tjenestekontoret til første samarbeidsmøte når barnet er 16 år. Tjenestekontoret ser på sin side til at barnet registreres i sitt fagsystem (Geric), og vurderer videre hvem som bør yte barnet tjenester etter fylte 18 år. Saksbehandler på

Tjenestekontoret avtaler deretter med representanten fra Avdeling for barn og familier videre samarbeid, møtevirksomhet og når representant fra ny avdeling (for voksne) skal involveres. For de barna det ikke etableres samarbeidsmøter for, skriver Tilrettelagte tjenester for barn (som er en underavdeling i Avdeling for barn og familier) en revurderingsjournal når barnet er 17,5 år, med sin anbefaling om videreføring av tjenester. Barnets journal skal også overføres fysisk til Tjenestekontoret, noe som skal dokumenteres i fagsystemet. Dersom man får inn søknader om tjenester for barn som innen 12 måneder fyller 18 år, inviterer Tjenestekontoret inn til en vurdering av aktuelle tjenester (ibid).

For det tredje har systemkoordinator og Koordinerende enhet utarbeidet en brosjyre som distribueres til familie og pårørende der man informerer om hva som skjer når barnet fyller 18 år. Brosjyren gir informasjon om tjenester, oppfølging, hvem som har ansvar for hva, psykisk helsearbeid for voksne, bolig og økonomi, samt annen informasjon de pårørende kan ha behov for å få i forbindelse med at deres barn med bistandsbehov, blir myndig (Skedsmo kommune 2014l).

Til sist har kommunen utarbeidet et forslag til samarbeidsavtale mellom Avdeling for barn og familier og Avdeling for psykisk helse og rus. Målet er å få til et «godt og effektivt samarbeid slik at det sikres gode overganger mellom tjenestene som fremmer en effektiv tiltakskjede» (Skedsmo kommune 2014n). I forslaget fremgår det hvordan ansvaret for ulike oppgaver i forbindelse med denne overgangen skal fordeles mellom de to avdelingene (ibid). På tidspunktet for intervjuet der revisjonen ble forelagt denne avtalen, var den enda ikke signert.

6.2.2 Involvering av de pårørende ved overgang i praksis

Rutinene over, for involvering av pårørende ved overgang fra barn til voksen, skal i følge lederne sikre en god involvering av de pårørende i praksis (Avdeling for barn og familier 2014, 2015). Selv om kommunen har flere formelle rutiner på plass, viser revisjonens spørreundersøkelse at kjennskapen om disse blant de ansatte i Avdeling for barn og familier og Avdeling for psykisk helse og rus er svært dårlig.

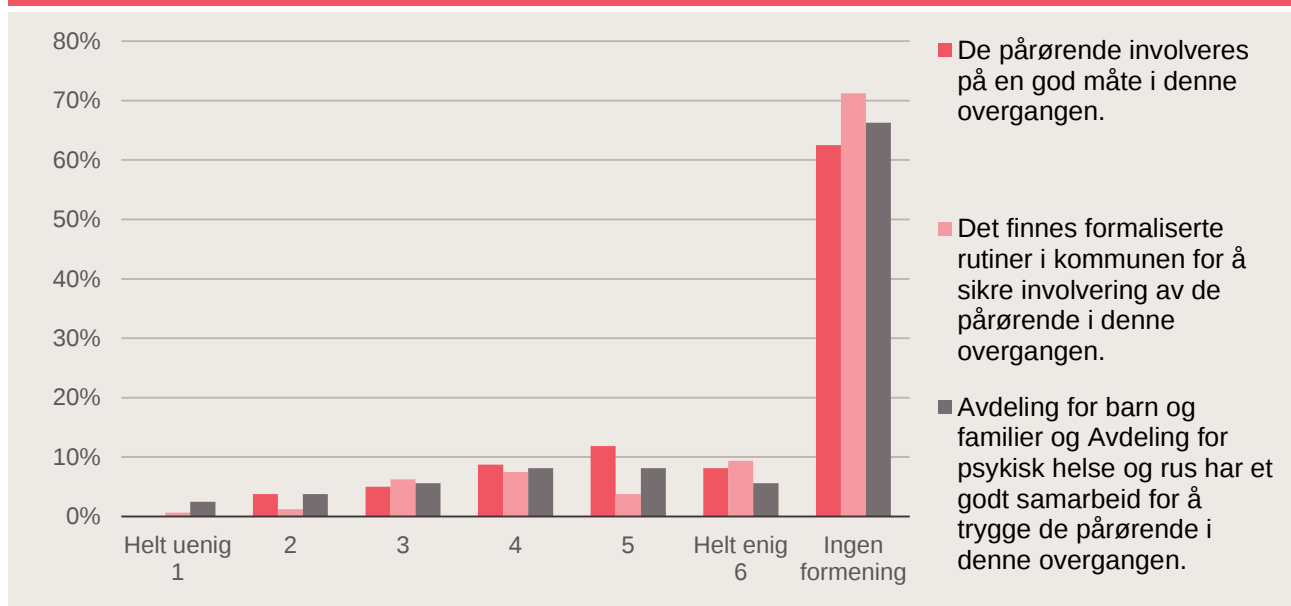
Det finnes nå flere, gode rutiner på hvert enkelt tjenestested, men ikke noe konkret i overgangen mellom barn, ungdom og til voksne som jeg kjenner til.

RRI 2015:93

Spørreundersøkelsen viser at en stor majoritet av de ansatte ikke har noen formening, verken om påstanden at det finnes formaliserte rutiner som skal sikre involvering av pårørende i en slik overgang, eller om påstanden at de pårørende involveres på en god måte i denne overgangen. Det kan tenkes at mange av de ansatte ikke har vært involvert i saker der det har vært snakk om en overgang fra barn til voksen, og at dette kan være noe av årsaken til en såpass høy andel som ikke har noen formening om dette. Henholdsvis 63 og 71 prosent er likevel svært høye tall, og det er nærliggende å tro at også en del av disse har vært involvert i slike typer saker.

Figur 21 Involvering av de pårørende i overgangen fra barn til voksen

Når det gjelder overgangen fra tjenestene for barn til tjenestene for voksne i kommunen, hvor enig/uenig er du i følgende påstander:



Kilde: RRI 2015:89. N=161

Avdelingssjef i Avdeling for barn og familier har opplyst i intervju med revisjonen at avdelingen samarbeider med Avdeling for psykisk helse og rus, og at man er opptatt av å trekke den sistnevnte avdelingen inn i arbeidet til den førstnevnte. Ettersom Avdeling for barn og familier gir tjenester til ungdom opp til de er 24 år er det viktig å ha et samarbeid med avdelingen på voksensiden. Dette er grunnen til at man jobber med å få på plass ovennevnte samarbeidsavtale (Avdelingssjef for Avdeling for barn og familier 2014).

Men ved intervju av avdelingsledere oppga flere at det er lite samarbeid mellom avdelingene. En informant trekker frem at det først og fremst er samarbeid med Tjenestekontoret i forbindelse med overgangen fra barn til voksen. En annen har opplyst revisjonen om at hennes tjeneste kan tilby seg å kontakte Avdeling for psykisk helse og rus for å avtale en overgang dersom dette er ønskelig. De kan også tilby seg å være med på det første møtet i avdelingen for voksne ved behov. Det er riktignok samarbeid mellom avdelingene i forbindelse med risikogravide-teamet¹⁴ (Avdeling for barn og familier 2014, 2015 og Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Etter å ha gjennomført intervjuer med lederne i de to avdelingene, sitter revisjonen igjen med et inntrykk av at det er lite systematisk samarbeid mellom avdelingene for å trygge de pårørende i en overgang fra barn til voksen. Inntrykket forsterkes når man ser på resultatet fra

¹⁴ Et tverrfaglig team i kommunen som jobber for å støtte og hjelpe gravide som har problemer med bruk av rus og alkohol, og /eller sin psykiske helse under graviditeten.

spørreundersøkelsen i dette spørsmålet. Hele 66 prosent har ingen formening om påstanden om at de to avdelingene har et godt samarbeid for å trygge de pårørende i denne overgangen. Igjen kan det spille inn at mange av de spurte ikke har jobbet med slike saker. Men det kan også være mange som svarer «ingen formening» da de ikke kjenner til noe samarbeid, og ikke vil si seg uenig i at et samarbeid (som de mener ikke finnes) er godt.

6.3 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

6.3.1 Rutiner for samarbeid og ansvarsfordeling

Revisjonens siste kriterium til problemstillingen dette kapittelet skal svare på, er at kommunen og spesialisthelsetjenesten bør samarbeide om pårørendearbeid og at rutiner for ansvarsdelingen bør komme frem i samarbeidsavtalen.

Når det gjelder samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om pårørendearbeid har det i intervju blitt nevnt at kommunene på Nedre Romerike og Ahus har arrangert åpne informasjonskvelder i kantina på rådhuset og på Ahus. Her belyses ulike temaer av fagpersoner, brukere og pårørende. For eksempel har man hatt temaer som tvangslidelser, selvskadning og bipolare lidelser. Her har det vært gode faglige innlegg og sterke historier fra de med egne erfaringer (Avdeling for psykisk helse og rus 2014).

Kommunen og Ahus utveksler ellers mye nyttig informasjon gjennom den elektroniske meldingstjenesten som blir brukt, dette gjør det enklere for kommunen å følge opp både brukere og pårørende (Skedsmo kommune 2014h).

Samarbeidsavtalene mellom Skedsmo kommune og Ahus sier også noe om hva partene skal samarbeide om i forbindelse med pårørendearbeid og i det følgende vil vi i korte trekk gjengi hva avtalene sier om dette. I tillegg vil vi gjengi hva avtalene sier om ansvarsfordeling mellom Ahus og kommunen.

Mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er det en overordnet samarbeidsavtale, en samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp, i tillegg til flere delavtaler (Akershus universitetssykehus 2014b). I den overordnede samarbeidsavtalen står det at «[a]vtalen skal sikre systematisk samarbeid mellom Ahus og kommunene om helhetlige, koordinerte og kvalitativt gode helsetjenester. Avtalen skal sikre en tydelig oppgave- og funksjonsfordeling mellom partene» (Akershus universitetssykehus 2014c:1).

Samarbeidsavtalen om helhetlige pasientforløp sier noe om ansvarsdeling mellom kommunen og Ahus, når det gjelder barn som enten kan være pårørende eller selv er pasienter. Dersom det er et barn som er pårørende skal kommunen blant annet sikre at barn under 18 år, med omsorgspersoner som er alvorlig syke eller skadet, har nødvendig tilsyn og omsorg. I tillegg skal kommunen ved behov utarbeide kriseplan for barn som er pårørende. Ahus har på sin side ansvar for å klargjøre om en pasient har omsorg for barn under 18 år, og i så fall bidra til at barnet blir i varetatt (Akershus universitetssykehus 2014d:12).

Dersom et barn under 18 år er pasient er det kommunens ansvar å gi Ahus informasjon om relevante omsorgspersoner, og sikre at barns rett til følge av omsorgsperson blir fulgt. Dersom barnet har behov for individuell plan skal kommunen har det koordinerende ansvaret (ibid).

En av delavtalene som er en samarbeidsavtale om koordinerte tjenester sier at kommunen og Ahus blant annet plikter å etablere lærings- og mestringsarenaer for pasienter/brukere, pårørende og helsepersonell, samt å sikre informasjon om tilbudene til disse. Ansvarsfordelingen her er at kommunen skal vurdere behov for og iverksette lærings- og mestringstilbud i forhold til identifiserte målgrupper, mens Ahus har ansvar for å gjennomføre tilsvarende tilbud som krever spesialisert fagkunnskap, tilbud det dermed ikke er naturlig at kommunen selv utvikler. I tillegg skal Ahus bistå kommunen med å planlegge og å gjennomføre slike lærings- og mestringstilbud (Akershus universitetssykehus 2014e:2-3).

Ahus og kommunen har også inngått en delavtale om samarbeid om forebygging som skal «bidra til at verdier, strategier og standarder for forebyggende og helsefremmende arbeid innarbeides i partenes organisasjon. [...] Avtalen skal regulere samhandling og ansvarsavklaring mellom kommunen og Ahus vedrørende helsefremmende og forebyggende arbeid» (Akershus universitetssykehus 2014f:1). Kommunen og Ahus skal i dette arbeidet utarbeide tiltak som skal fremme egenmestring og livskvalitet hos pasienter, innbyggere og brukere, og innbygger- og brukermedvirkning skal sikres i utvikling av tiltak. Kommunens ansvar som særlig fremheves er blant annet å «[f]orebygge problemer hos barn som er pårørende ved foreldre/foresattes sykdom, skade eller avhengighet, og sikre samarbeid med Ahus om dette» (ibid). Kommunen skal også tilstrebe å etablere pasient-, bruker- og pårørendeopplæring/lærings- og mestringstilbud (Akershus universitetssykehus 2014f:1-2).

Det som fremheves som Ahus' ansvar i denne delavtalen er blant annet å «[f]orebygge problemer hos barn som er pårørende ved foreldre/foresattes sykdom, skade eller avhengighet og sikre samarbeid med kommunen om dette. [...] Samarbeide og bidra med kompetanseoverføring ved oppbygging av kommunale lærings- og mestringstilbud» (Akershus universitetssykehus 2014f:2).

6.3.2 Samarbeid og ansvarsfordeling i praksis

Det har i intervju kommet frem at det likevel ikke er tydelig nok ansvarsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten når det gjelder samarbeid om pårørende (Kommuneoverlegen 2014). I tillegg har det blitt nevnt at det fra kommunens side oppleves som vanskelig å få spesialisthelsetjenesten til å stille opp på forebyggende møter (Skedsmo kommune 2014h). Regelmessige møter med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), hver sjettede uke, der blant annet representanter fra Avdeling for barn og familie deltar, oppleves som positivt for samarbeidet rundt pårørende. Terskelen for å kontakte BUP dersom de ansatte i kommunen lurer på noe på de pårørendes vegne blir lavere (Avdeling for barn og familier 2014).

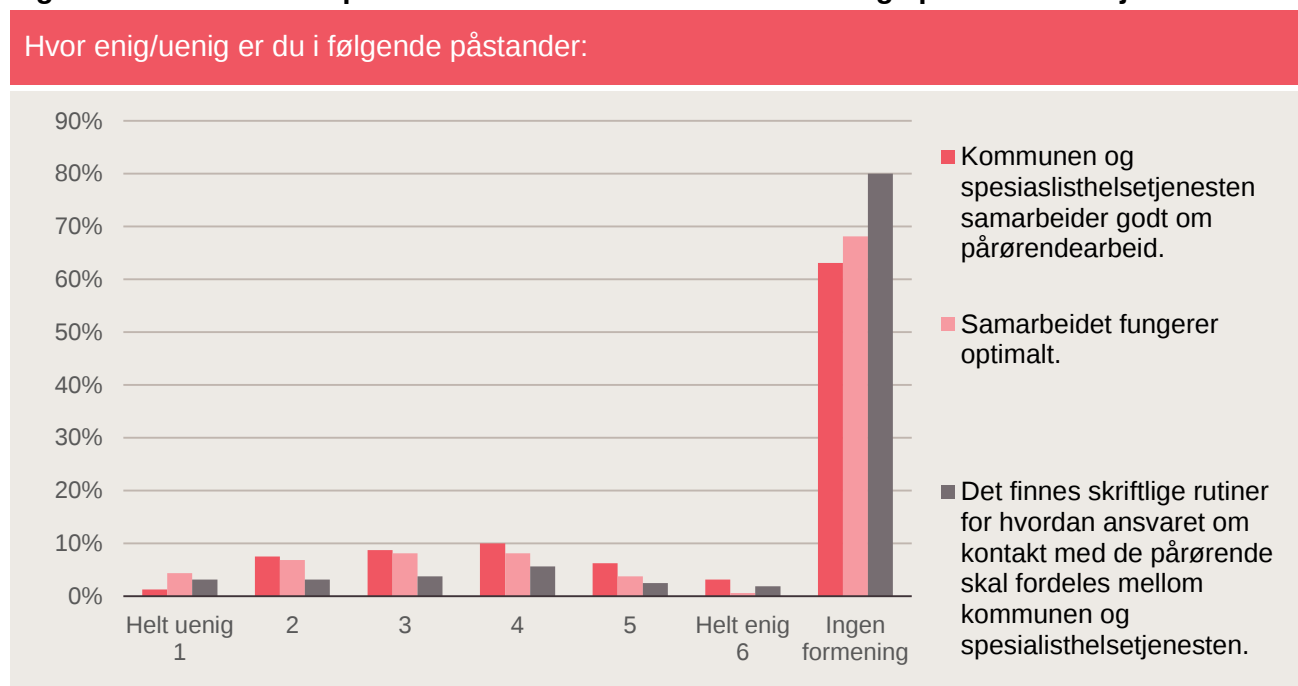
Resultatene fra revisjonens spørreundersøkelse viser at en stor majoritet av de ansatte i Avdeling for barn og familier og Avdeling for psykisk helse og rus ikke har noen formening verken om

samarbeidet om pårønderarbeid, mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, eller om det finnes skriftlige rutiner for hvordan ansvaret om kontakt med de pårørende skal fordeles.

Når det gjelder påstanden om at det er godt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og påstanden om at samarbeidet fungerer optimalt, så er det nærliggende å anta at en såpass høy andel som har svart «ingen formening» har svart dette fordi de ikke kjenner til noe samarbeid om pårønderarbeid. Dermed kan de ikke si seg enig eller uenig i om det er godt, eller om det fungerer optimalt.

Også når det gjelder påstanden om at det finnes skriftlige rutiner for ansvarsfordeling av pårønderarbeidet kan man tolke den høye svarprosenten av «ingen formening» som et uttrykk for at mange ikke kjenner til om det finnes slike skriftlige rutiner eller ikke. Dersom respondentene hadde visst at slike rutiner ikke fantes ville de kunne sagt seg uenige, og dersom de visste at rutiner fantes kunne de sagt seg enige.

Figur 22 Samarbeid om pårønderarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten



Kilde: RRI 2015:94. N=161

Følgende sitat fra spørreundersøkelsen forsterker inntrykket grafen over gir:

Vet at Ahus har en egen avdeling for pårønderarbeid men kjenner ikke til dem. Kjenner heller ikke til noe organisert pårønderarbeid i kommunen. Vi sitter stort sett på hver vår tue og har ikke så mye med andre enn kommunes innbyggere å gjøre (noen må jo ha det og!). Slik det fungerer får vi en masse skriv, informasjonsbrosjyrer og ikke mist veiledere fra høyere hold (Helsedirektoratet). Det har vi ikke tid til å lese.

RRI 2015:98

Det kan finnes flere grunner til at så få respondenter kjenner til samarbeid og ansvarsfordeling opp mot spesialisthelsetjenesten. En mulig forklaring kan være at pårønderarbeid ikke er et innarbeidet begrep i kommunen. Når dette begrepet benyttes så tenker de spurte på noe mer formelt, og noe utenfor den daglige kontakten flere kanskje har med spesialisthelsetjenesten for å finne svar til de pårørende og samarbeide for å hjelpe de pårørende på en best mulig måte. Likevel er begrepet «pårønderarbeid» ganske beskrivende, og det er derfor nærliggende å tro at mange informanter og respondenter likevel har forstått hva revisjonen mener med dette når vi både i intervjuer og spørreundersøkelsen har brukt et slikt begrep.

Inntrykket revisjonen sitter tilbake med etter å ha intervjuet lederne i de to avdelingene er at det er lite organisert samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på dette området. De kravene og tiltakene som nevnes i samarbeidsavtalene har i liten grad blitt nevnt under intervjuene. Mange oppgir likevel at de samarbeider gjennom å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten ved behov, i tillegg til at de formidler informasjon fra spesialisthelsetjenesten om de tilbudene de har der til de pårørende. Det har også blitt nevnt at man fra kommunens side har kontaktet spesialisthelsetjenesten for å opplyse om hva kommunen har av tiltak til pårørende (Avdeling for psykisk helse og rus 2014, Avdeling for barn og familier).

7 REVISJONENS VURDERING OG KONKLUSJON

I denne revisjonen har vi undersøkt tre problemstillinger. For det første har vi redegjort for Skedsmo 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. For det tredje har vi undersøkt i hvilken grad kommunen sikrer et godt støtteapparat, med særlig fokus på involvering av de pårørende, i overgangen fra barn til voksen.

Kommunen har samlet flere av tilbudene til denne brukergruppen i Avdeling for psykisk helse og rus. I tillegg mottar mange brukere 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 tar utgangspunkt i kriteriene som er utledet i kapittel fire.

7.1 Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud

Revisjonskriterium

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

Det er mye godt arbeid som gjøres i Avdeling for psykisk helse og rus når det gjelder samarbeidet innad i avdelingen. Samtidig er det etter revisjonens syn flere tiltak som kan gjennomføres for å få til et enda bedre samarbeid rundt kommunens brukere. Blant annet har det i intervju kommet frem ønske om flere og mer strukturerte møtepunkter for de ansatte. Også dataene i spørreundersøkelsen viser at det er et potensiale for forbedring av samarbeidet i avdelingen.

Samarbeidet med NAV ser ut til å være preget av utfordringer på flere områder. Revisjonen vil trekke frem viktigheten av å bruke de møteplassene som finnes mellom Avdeling for psykisk helse og rus og NAV, til å finne løsninger på utfordringene beskrevet i delkapittel 5.3.1. Spesielt er det viktig å få på plass et system som gjør det enklere for de ulike tjenestene å komme i kontakt med hverandre, da kommunikasjon er helt essensielt for et godt samarbeid. Revisjonen viser også til at kommunen i arbeids- og velferdsordningen skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer. Dette følger av sosialtjenesteloven § 13.

Undersøkelsen viser at det er noen utfordringer når det gjelder samarbeidet rundt brukerne Hjemmetjenesten og Ambulerende team har felles. Revisjonen mener det er viktig at kommunen avklarer disse spørsmålene, slik at det kan skapes et så godt samarbeidsklima som mulig rundt felles brukere/klienter.

Revisjonens vurdering er at det i utgangspunktet samarbeides godt mellom Tjenestekontoret og Avdeling for psykisk helse og rus. Men, kommunen opererer med forskjellige rutiner når det gjelder vurderinger av hvem som skal få tilbud om tjenester, noe som fra Tjenestekontorets side oppleves som utfordrende for samarbeidet rundt brukeren.

Revisjonen oppfatter det slik at begge parter ser behov for et mer formelt samarbeid rundt vurderinger om tilbud av tjenester til brukere, og kommunen bør se på hvordan man best kan få til et godt samarbeid her. Uansett hva slags løsning kommunen kommer frem til, bør målet være å skape et helhetlig og rettferdig system som ivaretar brukerens behov på best mulig måte. Det er uheldig om fordelingen av vedtakskompetansen innenfor psykisk helse og rusfeltet er for fragmentert til at en bruker har mulighet til å orientere seg om kommunenes tilbud og hvor de skal henvende seg.

Til sist er det verdt å nevne at samarbeidet mellom kommuneoverlegen og de andre aktørene som jobber med den aktuelle brukergruppen synes å fungere svært godt. Dette vurderer revisjonen som positivt for samarbeidet rundt brukerne.

Fastlegene og spesialisthelsetjenesten er viktige aktører i samarbeidet om et helhetlig tjenestetilbud. Undersøkelsen viser at det kan være utfordrende å samle alle aktørene i de tverrfaglige møtene. I siste instans kan dette få konsekvenser for fremdrift og kvalitet i tilbudet til bruker, noe som etter revisjonens syn er uheldig. Revisjonen understreker at kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom kommunen og fastlegene er slått fast i § 8 i forskrift om fastlegeordning i kommunene.

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

- Det er mangel på gode rutiner for samarbeid
- Det er mangel på kommunikasjon og lydhørhet fra spesialisthelsetjenestens side ovenfor kommunen
- Det er mangel på avklaring av ansvar og oppgaver
- Kommunen får stadig ansvar for sykere pasienter og opplever at den mangler et hensiktsmessig tilbud.
- Det er mangel på felles mål og likeverdighet i samarbeidsforholdet.

Funnene som er beskrevet ovenfor er etter revisjonens vurdering problematisk i et samarbeidsperspektiv. Felles mål, rolleavklaring, jevnlig kontakt og kommunikasjon, samt likeverdig deltagelse er viktige suksesskriterier for et godt tverrfaglig samarbeid (se delkapittel 4.1.2).

Kommunen bør derfor jobbe videre med å utvikle samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, slik at brukeren kan ivaretas på best mulig måte.

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

Revisjonskriterium

Kommunestyret skal vedta samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen.

Overordnet samarbeidsavtale og Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp er vedtatt av kommunestyret den 1.2.12. I vedtaket delegeres også myndighet til rådmannen når det gjelder å inngå resterende lovpålagte samarbeidsavtaler. Revisjonen anser derfor dette kriteriet for å være oppfylt.

Revisjonen vurderer det likevel som uheldig at man ikke klarer å finne disse samarbeidsavtalene i kommunens arkivsystem, slik funnene i delkapittel 5.5.2 viser. Det samme gjelder dersom det stemmer at noen av delavtalene ikke er underskrevet.

Men det er viktig å presisere at kommunen arbeider med utgangspunkt i at alle samarbeidsavtalene er vedtatt og gjeldende, med forpliktelser og alt de innebærer for kommunen. Det er også positivt at kommunen og spesialisthelsetjenesten sammen har utarbeidet nye retningslinjer i forlengelsen av samarbeidsavtalene. Retningslinjene ble vedtatt i desember 2014, og det gjenstår å se i hvilken grad dette vil bidra til å forbedre samarbeidet mellom partene.

Revisjonskriterium

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

Revisjonen vurderer det som positivt at Skedsmo kommune har prosedyrer både for individuell plan, tildeling av koordinator og utøvelse av koordinatorrollen, og for tverrfaglige møter. Undersøkelsen viser imidlertid mangel på oppfølging og oppdatering av prosedyrene.

Videre viser undersøkelsen at kommunen mangler oversikt over, og kontroll med, arbeidet som gjøres i forbindelse med hvilke personer i kommunen som er koordinatører og hvem som har IP. Dette til tross for at det finnes en skriftlig rutine som opplyser om hvordan dette skal gjøres. Gjennom intervju og spørreundersøkelse har det kommet frem at flere ikke har kjennskap til disse rutinene.

Kommunen har plikt til å informere om retten til IP til de som har krav på det. Revisjonens undersøkelse viser imidlertid at det ikke alltid informeres om retten til en IP, eller at dette ikke gjøres på en grundig og god måte. Ifølge kommunen påvirkes brukere til å velge bort IP, dersom man fra kommunens side ikke anser IP for å være hensiktsmessig for den aktuelle bruker. Revisjonen vil understreke at det er brukernes behov som skal ligge til grunn for bruken av IP, ikke enkeltmedarbeideres holdninger eller tidsressurser.¹⁵

Undersøkelsen viser også at mange medarbeidere i praksis fungerer som koordinatore selv om de ikke er formelt registrert som dette. Mangel på formalisering er etter revisjonens vurdering uheldig da det kan føre til mangel på opplæring i koordinatorrollen. Ettersom koordinator er et tilbud til brukeren som kommunen selv oppfatter som svært viktig og har mye fokus på å bistå brukeren med, bør kommunen forsøke å skaffe oversikt over alle koordinatore, samt kanskje vurdere om det vil være hensiktsmessig å gjøre opplæring obligatorisk.

Kommunen har en koordinerende enhet, med en systemkoordinator som leder og samordner enheten. Organiseringen av enheten er etter revisjonens vurdering mangelfull da enheten for voksne og enheten på systemnivå (KES) ikke fungerer etter hensikten. Dette er kommunen selv klar over, det ble blant annet gjennomført en evaluering av enheten i 2013 som viser dette. Måten enheten er organisert på fører til problemer med få saker og lite engasjement blant deltagerne.

Medlemmene i KES har ikke hatt møte siden august 2013, da evalueringen ble gjort, i påvente av at det skulle bli tatt noen grep. Etter det revisjonen kjenner til har kommunen over 1,5 år senere enda ikke fulgt opp evalueringen ved å gjennomføre nødvendige endringer for å få enheten til å fungere etter hensikten.

7.2 Involvering av pårørende i overgangen fra barn til voksen

For at overgangen fra barn til voksen innenfor psykiatrien skal gå så smidig som mulig er det viktig at ansatte i kommunen kjenner til regler og retningslinjer for pårørendearbeid. Et støtteapparat for de med psykiske utfordringer er vel så viktig for de under 16 år som de over, selv om man må jobbe litt forskjellig med de ulike gruppene. I dette arbeidet er det både regler om taushetsplikt, samt unntak fra denne som innebærer regler om informasjonsplikt, som må følges.

Revisjonskriterium

Kommunen bør ha rutiner for å sikre kompetanse hos ansatte slik at reglene om taushetsplikt og informasjonsplikt kan følges.

¹⁵ Revisjonen viser også til veiledningsplikten som følger av lov 10.2.1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker § 11.

Revisjonen vurderer det som positivt at kommunen har fokus på veiledning i forbindelse med reglene om taushetsplikt. Revisjonens spørreundersøkelse viser at det er god kjennskap til taushetspliktreglene, og de fleste opplever å være trygge på hvordan reglene skal utøves. Når det gjelder reglene om informasjonsplikt er andelen som sier seg enige i de samme påstandene mindre, noe som tyder på at det er mindre fokus på reglene om informasjonsplikt. Som kommuneoverlegen opplyste revisjonen i intervju, er det fort gjort å holde kortene litt for tett til brystet. I et pårørendeperspektiv vil riktig utøvelse av informasjonsplikten antagelig oppleves å være minst like viktig som taushetsplikten. Revisjonen mener derfor at det er viktig å fokus på hva man som ansatt i kommunen faktisk har plikt å opplyse de pårørende om.

Revisjonskriterium

Kommunen bør sørge for et godt og systematisk pårørendearbeid i overgangen fra barn til voksen

Revisjonens undersøkelser viser at kommunen har flere rutiner for å sikre overgangen fra barn til voksen, noe som er svært positivt, men det er uheldig at såpass få av de spurte i spørreundersøkelsen kjenner til rutinene. Det har også kommet frem, både i intervju av ledere og i spørreundersøkelsen, at det er lite samarbeid mellom Avdeling for barn og familier og Avdeling for psykisk helse og rus når det gjelder å trygge de pårørende i overgangen fra barn til voksen. Revisjonens vurdering er derfor at samarbeidsavtalen (nevnt i delkapittel 6.2.1) bør vedtas, dersom den enda ikke er vedtatt, og systematisk arbeid for å skape mer samarbeid mellom avdelingene bør igangsettes, slik at de pårørende på best mulig måte kan ivaretas i overgangen.

Revisjonskriterium

Kommunen og spesialisthelsetjenesten bør samarbeide om pårørendearbeid, og rutiner for ansvarsdelingen bør komme frem i samarbeidsavtalen.

Revisjonens gjennomgang av samarbeidsavtalene mellom Ahus og kommunen viser at det er flere rutiner for ansvarsdeling når det gjelder pårørendearbeid i flere av avtalene. Undersøkelsen viser at det likevel er mangel på tydelig ansvarsdeling når det gjelder samarbeid om pårørendearbeid i praksis. Det ser også ut til å være liten kunnskap blant de ansatte i de to avdelingene når det gjelder kjennskap til skriftlige rutiner for hvordan ansvaret om pårørendearbeid skal fordeles mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Det er også svært få som har noen formening om påstandene at kommunen og spesialisthelsetjenesten samarbeider godt om pårørendearbeid og at dette samarbeidet fungerer optimalt. Dette kan tyde på at det er lite organisert samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om pårørendearbeid, et bilde som også ble forsterket i intervju med lederne i de to avdelingene. Revisjonen vurderer det slik at det finnes et forbedringspotensial når det gjelder samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på dette området.

7.3 Konklusjon

Når det gjelder spørsmålet om i hvilken grad kommunen sikrer et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, har revisjonen operasjonalisert undersøkelsen gjennom å sette opp tre forskjellige revisjonskriterier. For det første har vi undersøkt kommunens arbeid med å legge til rette for samarbeid både internt i kommunen og opp mot spesialisthelsetjenesten. Her konkluderer vi med at kommunen i ganske stor grad¹⁶ legger til rette for et godt samarbeid. Det er som vist mange utfordringer som gjenstår, særlig i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, men også i forbindelse med samarbeidet internt i kommunen.

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

For det tredje har vi undersøkt om kommunen sikrer at de som har krav på IP tilbys dette og en koordinator, samt at kommunen har en koordinerende enhet. I dette arbeidet konkluderer revisjonen med at kommunen i noen grad arbeider på en slik måte at brukerne får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Grunnen er at funn viser manglende bruk og tilbud av IP, som er et lovkrav, samt en dårlig fungerende koordinerende enhet.

Når det gjelder spørsmålet om involvering av pårørende i overgangen fra barn til voksen, har revisjonen jobbet med tre revisjonskriterier. For det første har vi sett på kommunens rutiner for å sikre kompetanse hos de ansatte i forbindelse med reglene om taushetsplikt og informasjonsplikt. Her konkluderer vi med at kommunen i ganske stor grad har rutiner for dette. Funntilviser at det er større fokus på taushetsplikt enn på informasjonsplikt, men begge pliktene er viktige for de ansatte å ha god kjennskap til for å kunne ivareta de pårørende på best mulig måte.

For det andre har vi undersøkt om kommunen sørger for et godt og systematisk arbeid i overgangen fra barn til voksen. Her har kommunen mange gode rutiner på plass, men kjennskapen om disse er lite utbredt blant de ansatte. Det er også lite samarbeid blant de ansatte i Avdeling for barn og familier og Avdeling for psykisk helse og rus i en slik overgang. Revisjonens konklusjon er at kommunen i ganske stor grad involverer de pårørende i denne overgangen.

For det tredje viser undersøkelsen at det er mangel på både tydelig ansvarsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, samt mangel på kunnskap blant de ansatte i kommunen om rutiner og samarbeid om pårørende, til tross for at flere rutiner for dette fremgår i samarbeidsavtalene. Revisjonen konkluderer derfor med at det kun i noen grad er et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om pårørendearbeid, som bidrar til involvering av de pårørende i en overgang fra barn til voksen.

¹⁶ Vi har valgt å gradere kommunens arbeid, og benytter begrepene i svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i ganske stor grad og i svært stor grad, for å beskrive hvor godt kommunens arbeid er på området.

7.4 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 vurdere om fordelingen av vedtakskompetansen innenfor psykisk helse og rusfeltet er for fragmentert til at en bruker har mulighet til å orientere seg om kommunenes tilbud og hvor de skal henvende seg.
- Kommunen bør gjennomgå og avklare ansvarsdelingen mellom Ambulerende team og Hjemmetjenesten til beste for et godt samarbeid om brukerne.
- Kommunen bør sette inn tiltak som sikrer den enkeltes rett til individuell plan og koordinator i henhold til lovens intensjon og krav.
- Kommunen bør sette inn tiltak som sikrer at koordinerende enhet fungerer etter forutsetningene i loven, jf. kapittel 7 i helse og omsorgstjenesteloven og forskrift om habilitering og rehabilitering.
- Kommunen bør vurdere tiltak for å sikre god kompetanse om informasjonsplikt blant de ansatte.
- Kommunen bør vurdere tiltak for å skape økt samarbeid om pårørendearbeid mellom Avdeling for barn og familier og Avdeling for psykisk helse og rus, og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

LITTERATUR OG KILDEHENVISNINGER

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.

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

Akershus universitetssykehus (2012a). *Behandlingstilbud*.

<http://www.ahus.no/omoss /avdelinger /lillestrom-distriktpsikiatriske-senter-lillestrom-dps /for-faqfolk /Sider/behandlingstilbud.aspx> [3.3.15].

Akershus universitetssykehus (2012b). *Rus og avhengighet (ARA)*.

<http://www.ahus.no/omoss /avdelinger /rus-og-avhengighet /Sider/enhet.aspx> [3.3.15].

Akershus universitetssykehus (2013). *Delavtale 4 – Avtale mellom NN kommune og Akershus universitetssykehus HF m kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp*. Lillestrøm: Akershus universitetssykehus.

Akershus universitetssykehus (2014a). *IMR*. <http://www.ahus.no/omoss/avdelinger/psykiske-helsevern/forskning-og-utvikling/romeriksprosjektet/Sider/imrmer.aspx> [13.2.15].

Akershus universitetssykehus (2014b). *Samarbeidsavtaler*. <http://www.ahus.no/fag/samhandling/samhandlingsreformen> [26.3.15].

Akershus universitetssykehus (2014c). *Overordnet samarbeidsavtale*. <http://www.ahus.no/fagfolk/samhandling/samhandlingsreformen/Documents/Overordnet%20Samarbeidsavtale%20Ahus%20og%20kommuner.pdf> [26.3.15].

Akershus universitetssykehus (2014d). *Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp*. <http://www.ahus.no/fagfolk/samhandling/samhandlingsreformen/Documents/Samarbeidsavtale%20om%20helhetlige%20pasientforløp%20v%201.0%2014122011.pdf> [26.3.15].

Akershus universitetssykehus (2014e). *Samarbeidsavtale Ahus og kommunene, Delavtale 2 – Samarbeidsavtale om koordinerte tjenester*. <http://www.ahus.no/fagfolk/samhandling/samhandlingsreformen/Documents/Delavtale%202%20-%20koordinerte%20tjenester.pdf> [26.3.15].

Akershus universitetssykehus (2014f). *Samarbeidsavtaler, Delavtale 10 – Samarbeid om forebygging*. <http://www.ahus.no/fagfolk/samhandling/samhandlingsreformen/Documents/Delavtale%2010%20-%20Forebygging.pdf> [26.3.15].

Akershus universitetssykehus (2014g). *Retningslinje for samarbeidet mellom kommunene på Nedre Romerike og Akershus universitetssykehus HF ved Distriktpsikiatrisk senter (DPS) og Avdeling rus og avhengighet (ARA) Nedre Romerike*. http://www.ahus.no/fagfolk/samhandling/samhandlingsreformen/Documents/Delavtaler%20og%20retningslinjer/Retningslinje%20samarbeid%20kommuner%20og%20DPS_ARA%20Nedre%20Romerike%20Godkjent%203.12.14.pdf [30.4.15].

Akershus universitetssykehus (2015a). *Psykisk helsevern*. <http://www.ahus.no/omoss/avdelinger/psykiske-helsevern> [3.3.15]

Akershus universitetssykehus (2015b). *Akuttpsykiatri*. <http://www.ahus.no/omoss/avdelinger/akuttpsykiatri/Sider/enhet.aspx> [3.3.15].

Andersen, Kari Merete, Bodhild Laastad, Stein Ove Songstad og Anna Ølnes (2006). *Veileder i forvaltningsrevisjon*. Oslo: Norges Kommunerevisorforbund.

Avdeling for barn og familier, intervju av ledere (2014).

Avdeling for barn og familier, intervju av ledere (2015).

Avdeling for psykisk helse og rus, intervju av ledere (2014).

Avdeling for psykisk helse og rus, informasjon på mail (2015).

Avdelingssjef i Avdeling for barn og familier, intervju (2014).

Folkehelseinstituttet (2015). <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/ulike-psykiske-plager-og-lidelser> [20.4.15].

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

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samridig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser, Sammensatte tjenester – Samtidig behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015). <https://helsedirektoratet.no/individuell-plan-rehabilitering-og-habilitering/individuell-plan> [24.4.15].

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Veileder. For inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Jacobsen, Dag Ingvar (2004). «Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv.» I *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. red. Pål Repstad. Oslo: Universitetsforlaget.

Kommunaldirektøren for Helse- og omsorgssektoren (2015), informasjon på mail.

Kommuneoverlegen, intervju (2014).

Kommunesektorens organisasjon (KS) (2012).

http://www.ks.no/PageFiles/972/2/Nasjonal%20rammeavtale%20om%20samhandling%20p%C3%A5%20helse-%20og%20omsorgsomr%C3%A5det_2012.pdf?epslanguage=no [12.5.15].

NAV Skedsmo, intervju av leder (2014).

Norsk Helsenett (2012). <https://www.nhn.no/oppgaver-og-prosjekter/digital-samhandling/Documents/Veiledere/VeilederPLO-meldinger.pdf> [24.4.15].

Romerike revisjon IKS (2015). Spørreundersøkelse i Questback. Jessheim: Romerike revisjon IKS

Skedsmo kommune (2012a). *Prosedyre for individuell plan*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2012b). *Prosedyre for tverrfaglige møter*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2012c). *Vedtak i kommunestyret – 01.02.2012*. Lillestrøm: Skedsmo kommune

Skedsmo kommune (2013a). *Evaluering av Koordinerende enhet*. Lillestrøm: Skedsmo kommune. *Dokumentet er mottatt 2014, men er ikke datert. Revisjonen har fått opplyst at evalueringen ble påbegynt 2013.*

Skedsmo kommune (2013b). *Prosedyre for tildeling av koordinator og utøvelsen av koordinatorrollen*. Lillestrøm: Skedsmo kommune. **Obs:** dokumentet er ikke datert men mottatt av revisjonen i 2014.

Skedsmo kommune (2014a). *Organisering av Skedsmo kommune*. https://www.skedsmo.kommune.no/Documents/Sentraladministrasjonen/Orgkart%20Skedsmo%20kommune_03_2014_web.pdf [6.2.15]. (revisjonen mottok en oppdatering av kartet i tilbakemelding fra kommunaldirektør den 1.6.15).

Skedsmo kommune (2014b). *Plan for psykisk helse og rus 2011-2015*. Lillestrøm: Skedsmo kommune. *Dokumentet er mottatt 2014, men er ikke datert.*

Skedsmo kommune (2014c). *Forvaltningsrevisjonsprosjekt – rus og psykiatri november 2014*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2014d). *Salerudveien 2*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2014e). *Ambulerende team - psykisk helse*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2014f). *Hjemmesykepleie og hjemmehjelp*. <https://www.skedsmo.kommune.no/Helse-og-sosial/Hjemmetjenester/Helse--og-omsorgstjenester-for-deg-som-bor-hjemme/> [6.2.15].

Skedsmo kommune (2014g). *Avdeling for psykisk helse og rus*. Lillestrøm: Skedsmo kommune. (revisjonen mottok en oppdatering av kartet i tilbakemelding fra kommunaldirektør den 1.6.15).

Skedsmo kommune, intervju i forbindelse med oppstartsmøte (2014h).

Skedsmo kommune (2014i). *Mal for introduksjon av nytilsatte i Skedsmo kommune – en veiledning for ledere*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2014j). *Invitasjon til informasjonsmøte om offentlig bistand etter fylte 18 år*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2014k). *Prosedyre for overføring av tjenestemottakere som fyller 18 år fra avdeling for barn og familie til tjenestekontoret*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2014l). *18 år – hva skjer da? Informasjon til familier til barn med bistandsbehov, som mottar tjenester fra Skedsmo kommune*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2014m). *Mandat for Koordinerende enhet Skedsmo kommune*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2014n). *Samarbeidsavtale mellom Avdeling for barn og familier og Avdeling psykisk helse og rus*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2014o). *Helsestasjon for ungdom – psykisk helse*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2015a). NAV Skedsmo. <https://www.skedsmo.kommune.no/Helse-og-sosial/Sosiale-tjenester1/Nav-Skedsmo/> [6.2.15].

Skedsmo kommune (2015b). *Stillverksveien ressurscenter – Et lyspunkt i hverdagen*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2015c). *Melding om ny opprettelse av IP i SKILL IP eller ved ny IP koordinator*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Skedsmo kommune (2015d). *2.1 Organisering av kvalitetsarbeidet*. Lillestrøm: Skedsmo kommune.

Spørreundersøkelser (2015). *Svarprosent og spørreundersøkelsens pålitelighet*. <http://www.spørreundersøkelser.no/index.asp?valg=Svarprosent-palitelighet> [6.3.15]

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

Systemkoordinator i Skedsmo kommune (2014), intervju.

Systemkoordinator i Skedsmo kommune (2015), informasjon på mail.

Tjenestekontoret i Skedsmo kommune(2014), intervju av leder og medarbeider.

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

FIGUROVERSIKT

Figur 1. Organisasjonskart for Helse- og sosialsektoren	10
Figur 2 Organisasjonskart for Avdeling for psykisk helse og rus	12
Figur 3 Samarbeid i Avdeling for psykisk helse og rus	30
Figur 4 Samarbeid med Avdeling for psykisk helse og rus	31
Figur 5 Samarbeid med NAV	32
Figur 6 Samarbeid med Hjemmetjenesten	34
Figur 7 Samarbeid med Tjenestekontoret	36
Figur 8 Samarbeid med Eiendomsavdelingen.....	37
Figur 9 Samarbeid med fastlegene	39
Figur 10 Divisjon for psykisk helsevern	40
Figur 11 Rutiner for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.....	47
Figur 12 Ansvar, oppgaver og mål - samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.....	49
Figur 13 Likeverdighet - samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.....	50
Figur 14 Kjennskap til rutiner for oppfølging av IP	52
Figur 15 IP, koordinator og tverrfaglige møter.....	53
Figur 16 Kjennskap til koordinerende enhet og systemkoordinator	56
Figur 17 Om koordinerende enhet fungerer etter hensikten	58
Figur 18 Kjennskap til regler om taushetsplikt og informasjonsplikt.....	60
Figur 19 Trygghet i utøvelsen av taushetsplikt og informasjonsplikt.....	61
Figur 20 Kompetanse om regler om taushetsplikt og informasjonsplikt.....	62
Figur 21 Involvering av de pårørende i overgangen fra barn til voksen	64
Figur 22 Samarbeid om pårørendearbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten	67

VEDLEGG 1: RÅDMANNENS HØRINGSSVAR

SKEDSMO KOMMUNE Sektorkontor for helse og sosial Avdeling for psykisk helse, rus og samhandling	POSTADRESSE Postboks 313 2001 Lillestrøm	SENTRALBORD 64 84 38 50	
	BESØK SADRASSE Voldgt. 1 Lillestrøm	TELEFAX	
			SKEDSMO KOMMUNE

Romerike Revisjon IKS
 Ringveien 4
 2050 JESSHEIM

Att. Oddny Ruud Nordvik

Unntatt offentlighet **Offl.** § 5

DERES REF:	VÅR REF:	SAKSBEHANDLER:	DATO:
	2015/17403	Linda Årnes Gulbrandsen, 66 93 81 39	03.06.2015

Tilbakemelding på funn og anbefalinger - forvaltningsrevisjonsrapport om psykisk helse og rus

Det vises til forvaltningsrevisjonsrapport og følgebrev datert den 13.05.15, og administrasjonens mulighet til å gi uttrykk for sitt syn på de funn og anbefalinger som kommer frem i rapporten. Vi gir nedenfor de tilbakemeldinger vi ønsker å fremme til kapittel 7, siste del.

Kulepunkt 1:

Administrasjonen støtter anbefalingen om å vurdere ytterligere tiltak for å bedre internt og eksternt samarbeid. Nye retningslinjer om samarbeid om rus og psykisk helse er et skritt i riktige retning.

Kulepunkt 2:

Vi legger til grunn at majoriteten opplever gode rutiner for samarbeid med Tjenestekontoret. Administrasjonen vil vurdere tiltak for å styrke dette, herunder spørsmål om vedtaksfetting. Det er viktig for Skedsmo kommune å opprettholde lavterskeltjenester for ulike brukergrupper som ikke krever søknad og vedtak på tjenestene. Det er beklagelig at det er ventetid på slike tjenester, men det bekrefter samtidig behovet for tjenester som er lett tilgjengelig for kommunens innbyggere. Flere av avdeling psykisk helse og rus sine tjenester er arenafleksible og muligheten for å starte oppfølging og behandling av brukere uten krav om søknad er viktig for å opprettholde tilgjengelige tjenester for til dels sterkt marginaliserte grupper. Det må vurderes om en byråkratisering av denne prosessen medfører for store krav til enkelte brukere.

Organiseringen i avdelingen er endret ved at tjenestene rusteam, boveiledertjeneste og ambulerende team fra 01.06.15 har felles avdelingsleder. Tjenestene skal samlet sett utøve de tjenestene de har gjort, men endring i organisering vil legge bedre til rette for samarbeid på tvers av de ulike tjenestene. Som et ledd å opprettholde tilgjengelige og helhetlige tjenester vil søknadsprosedyrene og ulike rutiner for tildeling av tjenester bli gjennomgått. Møtestrukturen i den nye avdelingen og rutiner for samarbeid med andre instanser vurderes og tilpasses den nye organiseringen.

Kulepunkt 3:

Det er avtalt et møte i administrasjonen i uke 24 for å avklare ansvarsdelingen mellom Ambulerende team og Avdeling for hjemmetjenester.

Kulepunkt 4 og 5:

Sektorens lederteam har som kjent behandlet en intern evaluering av koordinerende enhet, og støttet hovedkonklusjonene som der fremkommer. Dessverre har administrasjonen ikke funnet rom for å prioritere budsjettmidler til styrking av koordinerende enhet. Behandling av forslag til prosedyrer ble

utsatt til etter evalueringsrapporten var behandlet. Prosedyrer og videre utvikling av koordinerende enhet må tilpasses og presiseres, og det arbeidet er blitt forsinket. Dette er en sak som må følges videre, der arbeid med IP, koordinator og Koordinerende enhet må videreutvikles innenfor de økonomiske rammer som gjelder. Behov for ressursøkning må ses i sammenheng med budsjett.

Kulepunkt 6:

Vi støtter at det må gjøres en vurdering at tiltak for å bedre kompetansen om informasjonsplikten.

Kulepunkt 7:

Det er utarbeidet et avtaleutkast for samarbeid mellom Avdeling for barn og familier og Avdeling for psykisk helse og rus, som ikke er signert ennå. Det er slik sett ikke overraskende at denne ikke er kjent. Det må vurderes om avtalen bør utferdiges i prosedyreform, for å kunne melde avvik innenfor kommunens internkontrollsystem og for å sikre systematisk evaluering og oppdatering.

Det er kommet innspill til sektorens utviklingsforum om behovet for prosedyre som skal sikre at de ulike tjenester avklarer om det tilknyttet en voksen bruker er barn som kan ha behov for oppfølging.

Når det gjelder pårønderarbeid, vil vi påpeke at det i enkeltsaker er mye kontakt mellom tjenestene og pårørende, og mellom nivåene for å gi best mulig støtte til pårørende. Som påpekt i rapporten stemmer det at pårønderarbeid ikke er et innarbeidet begrep i kommunen, og at dette ikke er et systematisert område. Det er likevel slik at vi vektlegger pårønderstøtte i stor grad og at pårørende kan være en viktig ressurs i mange brukersaker.

Dersom det er spørsmål til våre tilbakemeldinger, ber vi om å bli kontaktet.

Med hilsen

Arild Hammerhaug
Kommunaldirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent