



# **KOMMUNAL RUSOMSORG**

## Moss kommune

Forvaltningsrevisjonsrapport

Rolvsøy  
9. november 2012

## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>1</b>	<b>SAMMENDRAG.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>4</b>
2.1	Bakgrunn .....	4
2.2	Problemstilling og avgrensing.....	4
2.3	Metode og gjennomføring .....	4
2.4	Revisjonskriterier .....	5
<b>3</b>	<b>SYSTEM OG PRAKSIS FOR KOMMUNAL RUSOMSORG.....</b>	<b>6</b>
3.1	Revisjonskriterier .....	6
3.2	Fakta .....	7
3.3	Vurderinger .....	13
<b>4</b>	<b>KOMMUNENS ORGANISERING OG ØKONOMI.....</b>	<b>15</b>
4.1	Revisjonskriterier .....	15
4.2	Fakta .....	15
4.3	Vurderinger .....	17
<b>5</b>	<b>KONKLUSJONER.....</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>RÅDMANNENS KOMMENTARER .....</b>	<b>20</b>
<b>7</b>	<b>VEDLEGG.....</b>	<b>21</b>

# 1 SAMMENDRAG

Det vises til en sterk sammenheng mellom rusproblematikk og psykiske lidelser. For å skape bedre tjenester på området blir samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og mellom rus og psykisk helsefelt fremhevet som særlig viktig. Kommunal rusomsorg skal utøves i et helhetlig perspektiv hvor formålet er å ivareta brukerens interesser gjennom å fremme likeverd og sosial trygghet. Moss kommune har i dag 187 aktive brukere av kommunens tjenester.

Fra myndighetenes side blir det blant annet fremhevet at tilgjengeligheten av rustjenestene bør bedres. I tillegg er det et mål at kvaliteten på tjenestene heves gjennom å øke kompetansen blant de ansatte. Det er også et mål at samhandlingen innenfor rusfeltet bedres, og at brukerne får en økt innflytelse når det gjelder hvilke tjenester som er relevante.

I dette prosjektet har Østfold kommunerevisjon IKS vurdert hvorvidt Moss kommunes rusomsorg er i tråd med lov og statlige føringer, samt hvordan prinsippet om helhetlig rusomsorg blir ivaretatt. I tillegg har revisjonen vurdert på hvilken måte rusomsorgen blir påvirket av kommunens organisering og økonomi. Vurderingene er gjort på bakgrunn av lovverk og nasjonale føringer.

Fakta er innhentet ved bruk av intervju, dokumentanalyse og brukerundersøkelse. Vi har intervjuet avdelingsleder, teamleder og saksbehandler for avdeling «Psykisk helse og rus». I tillegg har vi gjennomført en brukerundersøkelse hvor ti brukere av kommunens tjenester deltok og svarte på et spørreskjema. Av dokumenter har vi blant annet gjennomgått Moss kommunes rusmiddelpolitiske handlingsplan, tidligere brukerundersøkelser og en rekke interne rutiner.

Revisjonen har funnet at Moss kommune tilrettelegger for en helhetlig og forsvarlig rusomsorg gjennom etablerte rutiner som sikrer forsvarlig håndtering av alle henvendelser. Videre har kommunen etablert rutiner som omfatter kartlegging, iverksetting av tiltak og henvisning. Det er i tillegg etablert flere arenaer for samhandling. Revisjonens egen undersøkelse viser at brukerne totalt sett er fornøyd med kommunens tjenester.

Det er revisjonens oppfatning at kommunens omorganisering av tjenestetilbudet fremstår som et bedre alternativ enn tidligere organisering. Dette begrunnes med mulighet for et tettere samarbeid mellom rustjenesten og de instanser som har et forebyggende fokus.

Det er revisjonens oppfatning at tall fra KOSTRA alene ikke er tilstrekkelige når det gjelder å vurdere hvorvidt kommunens utgifter til rusmiddelavhengige utgjør en større eller mindre andel i forhold til sammenlignbare kommuner. Dette fordi kommunen organiserer sitt tilbud ulikt, som igjen medfører ulik rapportering.

Moss kommune har finansiert en stor del av rustjenesten gjennom øremerkede tilskuddsmidler. Dette kan etter revisjonens oppfatning medføre at de kommunene som har vært aktive med hensyn til å benytte tilskuddsordningen kan ende opp med å få færre midler enn tidligere år, noe som igjen kan få konsekvenser for tjenestetilbudet.

## 2 INNLEDNING

### 2.1 Bakgrunn

#### Faktaboks 1: Bakgrunn

Revisjonen har som en av sine oppgaver å utføre forvaltningsrevisjon, jfr. kommunelovens § 78 og forskrift om revisjon kapittel 3. Forvaltningsrevisjon innebærer blant annet å kontrollere at forvaltningens aktiviteter foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og kommunestyrets vedtak.

Plan for forvaltningsrevisjon 2012 – 2013 ble vedtatt i bystyret 27.2.2012

I forbindelse med prosjektet er det fra bystyret ønskelig at følgende faktorer belyses: *”Hvordan brukerne opplever å få relevante og målrettede rustjenester, samt hvordan de ansatte i rustjenesten vurderer at de når brukerne med sine tjenester. I tillegg ønsker bystyret at det gjennom prosjektet belyses hvordan rusomsorgen påvirkes av kommunens organisering og økonomi.”*

Plan for gjennomføring av prosjektet ble vedtatt av kontrollutvalget 26. april 2012, sak 12/9.

### 2.2 Problemstilling og avgrensing

Rapporten omhandler følgende problemstillinger:

- *Har Moss kommune en rusomsorg som er i tråd med lov og statlige føringer, og på hvilken måte ivaretas prinsippet om en helhetlig rusomsorg i praksis?*
- *På hvilken måte påvirkes rusomsorgen av kommunens organisering og økonomi?*

Rapporten er primært avgrenset til kommunale tjenester og til brukere over 18 år. Spesialisthelsetjenesten, den statlige delen av NAV, samt private og/eller

frivillige aktører er omtalt der det er nødvendig for å belyse de kommunale tjenestene.

Rapporten er avgrenset til voksne brukere over 18 år med behov for langvarige og/eller koordinerte helse- og sosialtjenester.

Internkontroll er ikke et selvstendig tema i rapporten.

### 2.3 Metode og gjennomføring

#### Faktaboks 2: Metode og gjennomføring

Østfold kommunerevisjon IKS gjennomfører all forvaltningsrevisjon i tråd med ”Standard for forvaltningsrevisjon” (RSK 001).

Prosjektet er gjennomført ved dokumentanalyse av aktuelle planer, rutiner og interne dokumenter. Informasjonen fra disse er så supplert med kvalitative intervju av saksbehandler, teamleder for rus og avdelingsleder. I etterkant av hvert intervju er det utarbeidet referat, som så er verifisert av informantene. Det følger av revisjonens metodikk at verifiserte referater er å anse som fakta på lik linje med annen skriftlig dokumentasjon.

Det er i tillegg oversendt momentliste til kommunalsjef, virksomhetsleder for hjemmebaserte tjenester, leder av NAV og kommuneoverlege. Disse er besvart per e-post.

Det er gjennomført en brukerundersøkelse hvor ti brukere av kommunens tjenester har deltatt. Det ble sendt ut invitasjon til 30. Revisjonen bemerker at deltagerne i undersøkelsen må betegnes som velfungerende, hvor alle ti deltar i LAR. Det kan derfor ikke trekkes noen generelle slutninger basert på utvalget.

Undersøkelsen er gjennomført av forvaltningsrevisor Renate Borgmo, Bjørnar Bakker Eriksen og Lena Longva-Stavem i perioden mai til oktober 2012.

## 2.4 Revisjonskriterier

### Faktaboks 3: Revisjonskriterier

Revisjonskriterier fastsettes normalt med basis i en eller flere autoritative kilder og ut fra trinnhøydeprinsippet. Med autoritative kilder menes normalt lovverk, politiske vedtak og føringer, men også kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området og/eller andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater kan danne basis for revisjonskriterier.

I dette prosjektet er følgende kilder benyttet for å utlede revisjonskriteriene:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m av 24/06-2011 nr. 30 (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 18/12-2009 nr.131 (lov om sosiale tjenester i NAV).
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02/07-1999 nr. 63 (pasient- og brukerrettighetsloven).
- Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen av 19/11-2010 nr. 1462.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16/12- 2011 nr. 1562.
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20/12- 2002 nr. 1731.
- Ot.prp. nr. 29 (1990-1991) Om lov om sosiale tjenester m.v.
- Samhandlingsreformen (2011-2012).
- Helse- og omsorgsdepartementets ”Opptrappingsplan for rusfeltet” 2008-2010.
- Rundskriv fra Justis- og politidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet om

samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunens sosialtjeneste og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte rusmiddelavhengige av 28/9-2006 (G-2006-8).

- Veileder fra Sosial- og helsedepartementet for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. (IS-1362).
- Veileder fra Helsedirektoratet til forskrift om individuell plan.(IS-1253).
- Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (IS 1701).
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse- ROP lidelser (IS-1948).
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmisbrukere (IS 0050).
- NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial og helsetjenesten. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester, Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.

Utleddning av revisjonskriteriene følger i eget vedlegg, men er oppsummert under hver enkelt problemstilling.

## 3 SYSTEM OG PRAKSIS FOR KOMMUNAL RUSOMSORG

Har Moss kommune en rusomsorg som er i tråd med lov og statlige føringer, og på hvilken måte ivaretas prinsippet om en helhetlig rusomsorg i praksis?

### 3.1 Revisjonskriterier

Som det fremgår av vedlegget, er det er flere lover som hjemler de tjenester mennesker med rusmiddelproblematikk vil kunne ha behov for og krav på. Formålet med lovene er blant annet å ivareta brukerens interesser gjennom å fremme likeverd og sosial trygghet. Dette innebærer også at de ulike hjelpeinstansene skal ha fokus på et helhetlig tilbud til den enkelte, samt ha fokus på samhandling.

Følgende krav kan utledes hva gjelder kommunal rusomsorg i et helhetlig perspektiv:

- Kommunens tjenestetilbud til brukere med rusproblematikk skal blant annet være:
  - å kartlegge, vurdere, iverksette tiltak eller henvise.
  - å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester, noe som inkluderer helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og plass i institusjon.
  - å gi opplysninger, råd og veiledning som bidrar til å løse eller forebygge sosiale problemer.
  - å sikre forsvarlig håndtering av henvendelsen uavhengig av hvilken enhet i den kommunale sosial- og helsetjenesten som mottar henvendelsen.

I tillegg anbefales det at tjenestetilbudet til mennesker med rusmiddelproblematikk bør være forankret i en ruspolitisk handlingsplan.

- Kravet om nødvendige og forsvarlige tjenester forutsetter at kommunen tilrettelegger slik at brukeren gis et verdig, helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Forsvarlighetskravet innebærer videre at tjenestene er av tilfredsstillende kvalitet, at de ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Dette sikres blant annet ved at:
  - helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter
  - tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene
- Forsvarlige helse- og omsorgstjenester innebærer at kommunen må sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.
- Det skal finnes rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Disse rutinene bør fremkomme av kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplan.
- For at kartlegging/utredning og utforming av tjenestetilbudet skal være forsvarlig må kommunen legge til rette for samarbeid med bruker. Det skal legges stor vekt på hva brukeren mener.
- Det er gitt bestemmelser som inneholder plikt om samarbeid

mellom forvaltningsnivå, enheter og tjenesteytere, men også regler for samarbeid med bruker både på systemnivå og individnivå.

Kommunen skal:

- tilrettelegge for samhandling mellom ulike deltjenester innenfor kommunen og for andre tjenesteytere der det er nødvendig for å tilby de tjenester som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven
  - inngå samarbeidsavtale med aktører utenfor kommunen, og ved utarbeidelse av avtalene sikre medvirkning fra pasient- og brukererfaringer/organisasjoner
- Brukermedvirkning både på systemnivå og individnivå konkretiseres også blant annet gjennom individuell plan, der kommunen plikter å sørge for følgende:
    - plan skal utarbeides der bruker har behov for det og selv ønsker det
    - den del av tjenesteapparatet bruker henvender seg til har plikt til å starte planarbeidet
    - brukeren skal få medvirke ved etablering og evaluering av individuell plan
    - planen skal utarbeides i henhold til § 7 i forskrift om individuell plan
    - informasjon til brukere må være synlig og tilgjengelig
    - brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys en koordinator
    - kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet.

Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator

## 3.2 Fakta

### Kommunens tjenestetilbud

Moss kommune har etablert en rusmiddelpolitisk handlingsplan 2008-2012. I planen vises det til at rusavhengige ofte har en psykisk lidelse. I denne sammenheng er det ansett som en fordel at psykisk helsearbeid og oppfølging av rusmiddelmissbrukere er i samme organisasjon. Dette begrunnes med at brukerne får en mer helhetlig oppfølging og behandling, når flere instanser deltar. Dette er gjort i Moss kommune.

Avdeling "Psykisk helse og rus" ble høsten 2012 flyttet fra virksomhet "Hjemmebaserte tjenester" og lagt under virksomhet "Forebyggende virksomhet". Under "Forebyggende virksomhet" ligger også «Helsestasjon» og «Familiesenteret». Omorganiseringen medførte ingen endringer i struktur eller funksjon innad i de ulike enhetene. Avdelingen ledes av avdelingsleder som rapporterer til virksomhetsleder. Virksomhetsleder er igjen er direkte underlagt kommunalsjefen.

Avdeling "Psykisk helse og rus" er organisert i seks fagteam som ledes av egne teamledere. Ett av teamene utgjør rustjenesten, og de fem andre er rettet inn mot psykisk helse. Avdelingen fatter vedtak og tilbyr helsetjenester, samt råd og veiledning.

#### Faktaboks 4: Tjenestetilbud

Teamene som har psykisk helsearbeid som hovedoppgave, jobber med helsetjenester, praktisk bistand og opplæring. Rusteamet yter i hovedsak råd og veiledning, samt at den enkelte ruskonsulent fungerer som koordinator for brukernes ulike tjenester, også de utenfor kommunal regi.



Rusteamet består av ti ansatte hvor ni har fagkompetanse innenfor helse- og sosialfag. Teamet jobber med personer som har en erkjent avhengighet, og hvor psykiske lidelser kan være tilleggsproblematikk. Det er i dag 187 aktive brukere.

Rusteamets hovedoppgave er å tilby råd og veiledning, bistå med motivasjonsarbeid og kartlegging av behandlingsbehov. Videre kan teamet henvise brukere til spesialisthelsetjenesten for poliklinisk behandling eller døgnbehandling i institusjon<sup>1</sup>. Teamet følger også opp personer før, under og etter behandling i institusjon, samt gir praktisk bistand og opplæring i hjemmet.

Personer med rusmiddelproblemer og / eller psykisk sykdom skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, også plass i institusjon. Teamleder viser til at det er viktig med en tidlig kartlegging<sup>2</sup>, og tanken om samhandling iverksettes tidlig i møte med bruker. Kartleggingen skal avdekke brukerens behov hva gjelder fastlege, praktisk bistand i hjemmet, hjemmesykepleie og lignende. Det brukes eget kartleggings skjema. Alle vedtak som vedrører brukerne evalueres fortløpende, samt hver tredje måned.

Behov for oppfølging i etterkant av institusjonsopphold, vurderes av de ansatte i rusteamet. Dette er en del av den individuelle oppfølgingen av hver enkelt bruker.

Rusteamet har også oppgaver knyttet til koordinering av ansvarsgruppemøter, individuell plan og oppfølging av klienter i

Legemiddelassistert behandling (LAR<sup>3</sup>). For de personer som ønsker LAR, og fyller kriteriene for denne formen for behandling skal det sikres at disse blir henvist til Spesialisthelsetjenesten ved sosialmedisinsk poliklinikk for vurdering av behandlingsbehov.

Rusteamet kjøper også omsorgsplasser ved Blå Kors Hauga ved behov. Budsjettansvaret for dette ble overført fra NAV Moss til Rustjenesten 1.3.12. Institusjonen er ikke en del av spesialisthelsetjenesten, men en privat stiftelse. Dersom rusteamet ber om det kan det gjøres en observasjon av brukers funksjonsevne i forbindelse med oppholdet.

Gjennom boligsosialt handlingsprogram tildeles boliger til vanskeligstilte i Moss kommune. I dokumentet *Programplan og aktivitetsplan 2012 Boligsosialt utviklingsprogram 2010- 2014* henvises det til kommunens økonomiplan 2010- 2022 hvor det står at nærmere 900 personer har så lav inntekt at det medfører en utilfredsstillende bo situasjon. I samme dokument beskrives mennesker med uttalte rus- og psykiske problemer som en gruppe spesielt utsatt på boligmarkedet. Det heter videre at kommunene i regionen vil samarbeide om å utarbeide et felles boligbyggeprogram, samt innta en offensiv holdning for å tilrettelegge et boligtilbud for alle boligsøkere. Arbeidet med dette vil igangsettes i løpet av 2013.

Avdeling ”Psykisk helse og rus” driver også ”Møtestedet”. «Møtestedet» holder åpent to ganger i uka. «Møtestedet» er en aktivitet rusteamet har satt i gang. Frem til

<sup>1</sup> Både NAV, rustjenesten og fastleger kan henvise direkte til sosialmedisinsk poliklinikk.

<sup>2</sup> Fra saksbehandler får vi opplyst at de ulike kartleggingsverktøy som benyttes innenfor avdelingen er hentet fra KoRus – Øst. Disse blir også benyttet av spesialisthelsetjenesten.

<sup>3</sup> Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) der substitusjonsbehandling inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp. Behandlingen i LAR organiseres som et trepartssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten i kommunen og primærhelsetjenesten, med pasienten i midten (Helsenorge.no).



sommeren-12 var den åpen 2 ganger pr. uke, og fra høsten-12 holder den åpent 1 gang pr. uke.

I tillegg til det som er beskrevet ovenfor, vises det til ulike tiltak som omtales i avsnittet om samhandling.

### **Forsvarlige tjenester**

For å ivareta kravet om forsvarlige tjenester, har Moss kommune etablert kvalitetsutvalg. Kvalitetsutvalgene i pleie og omsorg er organisert i tre nivåer.

På øverste nivå har kvalitetsutvalget som oppgave å gjennomgå innkommende risikovurderinger, avvik og klager for å sikre kontinuerlig forbedring. Videre skal lokalt utarbeidede prosedyrer legges frem for utvalget, slik at kommunen oppnår en helhetlig oversikt og samordning av disse. Kommunalsjef og dennes rådgivere, kommuneoverlege og virksomhetslederne deltar i overordnet kvalitetsutvalg. Møter avholdes en gang per måned.

På nivå to er de lokale kvalitetsutvalgene. Her deltar virksomhetsleder, avdelingsledere, fag- og ressurspersoner fra virksomheten og rådgivere fra kommunalsjefens stab. Møter holdes minimum en gang per måned. På samme måte som på øverste nivå skal dette utvalget gjennomgå risikovurderinger, avvik og klager for å sikre kontinuerlig forbedring. Utvalget skal også sikre implementering av godkjente prosedyrer.

Innenfor hver avdeling er det etablert kvalitetsgrupper, som utgjør det tredje nivået. Kvalitetsgruppen i avdeling ”Psyisk helse og rus” består av avdelingsleder og teamledere. Deres mandat er å fange opp signaler fra brukere og ansatte på områder som trenger forbedring. Gruppene skal utvikle forslag til rutiner og prosedyrer og rapportere til nivå to. Møter avholdes etter behov.

Alle tjenestene evalueres gjennom statusrapport som oversendes avdelingsleder hver tredje måned. Alle avvik rapporteres i forbindelse med statusrapporteringen, samtidig som avvikene rapporteres kontinuerlig. Håndtering av avvik skjer gjennom kartlegging av årsak, samt rette opp avviket slik at det sikres at bruker får den tjenesten vedkommende har krav på. Statusrapport og avvik rapporteres til nivå to.

Ni av ti ruskonsulenter har formell fagkompetanse. En er fagarbeider fra fengselsskolen, en er utdannet vernepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Syv har sosionomutdanning hvorav en med mastergrad og to med videreutdanning innenfor rus. To av sosionomene har påbegynt videreutdanning i rus.

I tillegg til at ruskonsulent fungerer som en koordinator for alle tjenester som bruker mottar, er de også involvert når det gjelder å kartlegge brukers tjenestebehov. Dette gjøres i nært samarbeid med bruker, og det er bruker selv som bestemmer hvilke tjenester som er relevante.

### **Samhandling**

Samhandling på tvers av faginstanser er satt som et prioritert tiltak for Moss kommune i planperioden 2008-2012. Økt grad av samhandling er også et stort ønske fra alle faginstanser, både kommunale, fylkeskommunale, politiet og utelivsbransjen.

Planen viser videre til at et mer forpliktende samarbeid mellom aktørene er et nasjonalt mål innenfor rusomsorgen. Dette skal sikres gjennom etablering av en overordnet rapportering mellom de regionale helseforetak og kommunene, samt gjennom økt bruk av forpliktende avtaler.<sup>4</sup>

<sup>4</sup>Moss kommunes rusmiddelpolitiske handlingsplan (2008-2012):19

I Moss kommune ivaretas kravet til samhandling på flere måter. På systemnivå er det utarbeidet en rutine<sup>5</sup> som pålegger den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg til, en selvstendig plikt til å sørge for at brukeren blir henvist til rett instans. Rutinen skal også sikre at det iverksettes tverrfaglig samarbeid.

Organisatorisk er det som nevnt innledningsvis en bevisst strategi fra kommunens side å samorganisere tilbudet til personer med psykiske lidelser og/ eller rusproblematikk.

Psykiatritjenesten og rustjenesten samarbeider i enkeltsaker og tilbyr hverandre intern veiledning. Samtlige teamledere i avdelingen møtes en gang per uke, og her utveksles informasjon om felles brukere.

Lokalt samarbeides det med barneverntjenesten, helsestasjonen, familiesenteret og hjemmebaserte tjenester ved behov. Det er i utgangspunktet ikke etablert faste møtepunkter med disse enhetene, men samarbeidet ivaretas løpende gjennom deltakelse i ansvarsgruppemøter og bruk av individuell plan. Hjemmesykepleien har ansvar for ordinær hjemmesykepleie, praktisk bistand (hjemmehjelp) og trygghetsalarmer. Psykisk helse og rus har ansvar for psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid.

Videre er NAV en sentral samarbeidspartner som bistår brukerne med råd, veiledning, tiltak rettet mot arbeid, økonomiske ytelser, boligtildeling og gjeldsrådgivning. I tillegg samarbeides det i saker hvor det kreves behandling uten eget samtykke av gravide etter sosialtjenesteloven.

---

<sup>5</sup> ”Tverrfaglig samarbeid – hvem skal ”holde i” saken – hvem er rett instans?” Rutinen er datert 29.9.2011

Samarbeidet med NAV ivaretas gjennom faste møter, i tillegg til at det samarbeides i enkeltsaker.

Eksternt samarbeides det med spesialisthelsetjenesten, andre kommuner og private aktører.

Sykehuset Østfold (SØ) og Moss kommune har inngått en samarbeidsavtale hvor formålet er å sikre en tydelig og hensiktsmessig fordeling av oppgaver og ansvar. Avtalen skal være med på å skape helhet og forutsigbarhet for brukere av helsetjenester. Samarbeidsavtalen omhandler eksempelvis:

- hvilke oppgaver og tiltak som kommunen og sykehuset skal/kan samarbeide om.
- hvordan pasienter og brukere med langvarige behov for sosial-, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering skal sikres et helhetlig tilbud.
- retningslinjer for hvordan pasienten skal få best mulig sammenhengende helsetjeneste, og få klargjort kommunens og Sykehuset Østfolds ansvar og oppgaver ved innleggelse og utskrivning.
- mål om å gi befolkningen et godt tilbud der de bor, og redusere antallet øyeblikkelig hjelp innleggelser. Flere innbyggere skal behandles i kommunehelsetjenesten, og hele eller større deler av pasientforløpet skal foregå i kommunene.
- mål om felles, målrettet kompetanseheving og faglig informasjonsutveksling.
- hvordan samarbeidet mellom kommunene og Sykehuset Østfold skal organiseres.
- rutiner for brukere/pasienter som har behov for følgepersonell ved innleggelse i Sykehuset Østfold.
- hvordan ansatte i sykehuset og kommunen benytter system for

klager og avvik etter rutiner godkjent av administrativt samarbeidsutvalg.

”Operativt forum” er en samarbeidsarena mellom kommunene, distriktpsikiatrisk senter (DPS), barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og sosialmedisinsk poliklinikk (SMP). Mandatet er at denne arenaen skal bidra til bedre pasientflyt, redusert ventetid, kvalitetsforbedringer, og sikre at brukerne får tjenester på laveste effektive omsorgsnivå. Det skal avholdes minimum 6 møter i året.

Avdeling ”Psykisk helse og rus” har faste samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten gjennom ACT<sup>6</sup> en gang i måneden. I tillegg samarbeider de om brukere i enkeltsaker.

Oppsøkende rusteam (ORT) er et samhandlingsprosjekt mellom spesialisthelsetjenesten med midler fra Helse sør-øst, og kommunen med midler fra fylkesmannen. Her arbeider fire ansatte, en person fra NAV Rygge, to personer fra spesialisthelsetjenesten og en fra rusteamet i Moss. Dette teamet retter sin innsats inn mot brukere som ikke klarer å nyttiggjøre seg det ordinære tjenestetilbudet. Overfor disse brukerne foretar oppsøkende rusteam en omfattende kartlegging over tre måneder. Her blir det klarlagt hvor arbeidet med IP skal påbegynnes, og instansen som skal «eie» saken i kommunen involveres i saken så tidlig som mulig. Oppsøkende rusteam utarbeider til slutt en rapport med forslag til videre tiltak/oppfølging. Det er i tillegg etablert faste samarbeidsmøter mellom oppsøkende rusteam, sosialmedisinsk poliklinikk og «ACT».

---

<sup>6</sup>ACT- team er en oppsøkende behandlingsmodell som er rettet inn mot personer som i liten grad klarer å benytte seg av det ordinære tilbudet. ACT-teamet skal levere og tilrettelegge for både helsetjenester og sosiale tjenester (Helsedirektoratet.no).

I tillegg til ovennevnte avholdes det faste møter med distriktpsikiatrisk senter og avdelingen for ”Psykisk helse og rus”, hvor teamleder for rus har mulighet til å delta. Det opplyses dessuten om at rusteamet har et godt og tett samarbeid med sosialmedisinsk poliklinikk for de brukerne som har behov for behandling i eller utenfor institusjon. Det er sosialmedisinsk poliklinikk som rettighets vurderer, mens rusteamet fungerer som koordinator for de tjenestene som tilknyttes bruker. Det informeres også om at det samarbeides med kriminalomsorgen i enkeltsaker.

I tillegg til samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og andre kommuner, har avdeling ”Psykisk helse og rus” etablert et felles samarbeidsforum med en rekke private aktører<sup>7</sup>. Det avholdes 4- 6 møter i året og hensikten er flyt av gjensidig informasjon mellom kommunen og de frivillige. En ruskonsulent er tilstede på Varmestua en gang i måneden for å kunne gi råd/veiledning til brukere av stedet.

Dersom det oppstår skyveproblematikk, hvor det er uklart hvilken instans som vil være riktig tjenesteyter, løses dette av koordinerende enhet ved kommunalavdeling helse og sosial. Ved uenighet mellom kommunalavdelingene løses dette på kommunalsjefnivå<sup>8</sup>.

Vi får opplyst at det er lite skyveproblematikk tjenestene i mellom. Dette er kun problematisk der det oppstår faglig uenighet. Ved grenseproblematikk i forhold til rus og psykiatri samarbeider teamene, og det er ofte to konsulenter inne rundt bruker. Individuelle tilpasninger blir gjort ved hver enkelt bruker. Lite

---

<sup>7</sup> Filadelfia, Mental helse, Frelsearmeen, Moss menighet, Moss frivillighetssentral og Varmestua.

<sup>8</sup> ”Tverrfaglig samarbeid – hvem skal ”holde i” saken – hvem er rett instans?” Rutinen er datert 29.9.2011

skyveproblematikk begrunnes med tydelig ansvarsfordeling mellom tjenestene.

### Brukermedvirkning

I kommunens ruspolitiske handlingsplan fremheves brukermedvirkning som svært viktig, både på systemnivå og i forhold til egen situasjon. På systemnivå ivaretas dette blant annet gjennom brukerundersøkelser og brukergrupper<sup>9</sup>. På individnivå ivaretas kravet om brukermedvirkning blant annet gjennom individuell plan (IP).

Brukermedvirkning omtales i kommunens rutine for utarbeidelse av IP. Et av målene er å styrke samhandlingen mellom tjenestemottaker og tjenesteytere. IP er en rettighet og alle som fyller kriteriet får tilbud om dette<sup>10</sup>. Planen skal utarbeides i samarbeid med tjenestebrukeren. Planen skal inneholde tjenestemottakerens mål og beskrivelse av tiltak, samt beskrive hvem som har ansvar for gjennomføring. Det er individuelt hvor ofte den blir evaluert.

For brukere som ikke ønsker IP, skal det likevel arbeides ut i fra en helhetlig tankegang og kommunen har rutine som skal ivareta dette<sup>11</sup>. I rutinen henvises det til at det skal lages en avtale om hvilken alternativ metode for oppfølging og samarbeid som skal benyttes. I slike tilfeller blir samhandlingen koordinert gjennom ansvarsgruppemøter. Det er bruker selv som avgjør hvem som skal inngå ansvarsgruppen, og hvilke tjenester som er relevante.

Som nevnt under avsnittet om kommunens tjenestetilbud, har rusteamet et koordinerende ansvar hva gjelder IP og ansvarsgruppemøter. Dette innebærer å sikre at mottaker opplever å få et helhetlig

<sup>9</sup> Det er ingen aktive brukergrupper i avdeling for Psykisk helse og rus.

<sup>10</sup> "Oppfølging i avdeling for kontroll av at brukere får tilbud om IP, ansvarsgruppe og hensiktsmessig oppfølging" Rutinen er Datert 10.2.11

<sup>11</sup> "Koordinatorfunksjon" Rutinen er datert 10.2.11

og koordinert tilbud, og gjøres ved å kartlegge aktuelle instanser sammen med bruker og ivareta kontakten med disse instansene. Dette skal gjelde uavhengig om vedkommende mottar tjenester fra andre deler av tjenesteapparatet.

Moss kommunes brukerundersøkelse<sup>12</sup> fra 2004 viser at de 28 brukerne som svarte på undersøkelsen generelt var fornøyd med kvaliteten på tjenestene de mottok. Brukerne gav høyest score på respektfull behandling, og lavest score på samordning.

Undersøkelsen fra 2005<sup>13</sup> viser en nedadgående tendens i brukertilfredshet. Resultatene viser på den andre siden at brukerne også nå gav høyest score på respektfull behandling og lavest<sup>14</sup> score på samordning.

Revisjonen gjennomførte selv en brukerundersøkelse i forbindelse med prosjektet. Det var totalt 10 brukere som deltok i undersøkelsen. Alle deltagere er under LAR, og denne gruppen brukere beskrives generelt som en velfungerende gruppe.

Spørsmålene i denne undersøkelsen omhandler ulike tjenester som blir gitt av kommunen:

- Fastlege
- Boligtjeneste ved NAV
- Råd og veiledning ved rusteam
- Hjemmebaserte tjenester
- Økonomisk sosialhjelp ved NAV

<sup>12</sup>Brukerundersøkelsene fra 2004 og 2005 omhandler brukers møte med "sosialkontoret". Spørsmålene omhandler brukermedvirkning, respektfull behandling, pålitelighet, tilgjengelighet, informasjon, samordning og generelt inntrykk. Det er brukt ulike score i undersøkelsene (1-5 i 2004, og 1-4 i 2005) noe som gjør at de ikke er direkte sammenlignbare.

<sup>13</sup> I denne undersøkelsen deltok 36 brukere.

<sup>14</sup> I undersøkelsen fra 2005 er det i tillegg lagt inn spørsmål om fysisk miljø, det er denne som oppnår den laveste scoren.

I forbindelse med de ulike tjenestene ble det stilt spørsmål om i hvilken grad brukerne føler at de blir tatt på alvor, får nok tid til å snakke med de ulike aktørene, om de får den hjelpen de har behov for, om informasjonen er god nok, og om det er samarbeid mellom tjenesteyterne.

Alle brukerne benytter fastlege.

Fastlegen	Helt uenig	Litt uenig	Litt enig	Helt enig	Vet ikke
Tar meg på alvor	2	2	3	3	0
Tid til å snakke	3	3	3	1	0
Får hjelp	2	4	0	4	0
Får informasjon	3	2	3	2	0
Samarbeider	1	0	2	5	2

Tre av ti brukere benytter bolig tjenesten ved NAV.

Boligtjeneste ved NAV	Helt uenig	Litt uenig	Litt enig	Helt enig	Vet ikke
Tar meg på alvor	1	0	1	1	0
Tid til å snakke	1	0	2	0	0
Får hjelp	0	0	2	0	1
Får informasjon	1	0	2	0	0
Samarbeider	1	0	0	0	2

Åtte av ti brukere benytter råd og veiledning ved rusteam.

Råd og veiledning Ved rusteam	Helt uenig	Litt uenig	Litt enig	Helt enig	Vet ikke
Tar meg på alvor	0	0	1	7	0
Tid til å snakke	0	1	0	7	0
Får hjelp	0	1	1	6	0
Får informasjon	0	0	3	4	1
Samarbeider	1	0	2	4	1

Det er kun én bruker som oppgir å ha benyttet hjemmebaserte tjenester, her ble ikke skjema fylt ut.

Det er fire av ti brukere som oppgir at de får økonomisk sosialhjelp av NAV.

Økonomisk sosialhjelp Av NAV	Helt uenig	Litt uenig	Litt enig	Helt enig	Vet ikke
Tar meg på alvor	0	2	1	1	0
Tid til å snakke	1	1	1	1	0
Får hjelp	0	1	2	1	0
Får informasjon	1	2	0	1	0
Samarbeider	1	0	2	1	0

Ni av ti har individuell plan, og seks av disse føler at de har hatt mye medvirkning i utarbeidelsen av denne. To oppgir at de har hatt liten medvirkning.

Totalt oppgir syv brukere at de totalt sett er fornøyd med tilbudet fra kommunen. Tre oppgir at tilbudet er dårlig.

På spørsmål om brukerne har egne ting de ønsket å kommentere er det to brukere som påpeker at det er lite tilbud om aktivisering for de som går på metadon. Dette var også et tema som ble diskutert rundt bordet av de brukerne som ble sittende en stund etter at de hadde svart på undersøkelsen. Det var enighet blant disse at bruk av metadon medførte at de ble ”passive”, og at det dermed ble vanskelig å engasjere seg selv med ulike aktiviteter. Dette er også utfordringer kommunen selv påpeker i ruspolitisk handlingsplan<sup>15</sup>.

### 3.3 Vurderinger

Som det fremgår av revisjonskriteriene i kapittel 3 skal kommunen tilrettelegge for en helhetlig og forsvarlig rusomsorg. På systemnivå er det etablert rutine som sikrer forsvarlig håndtering av alle henvendelser uavhengig av i hvilken enhet som mottar den. Videre viser fakta at det er etablert rutiner for å kartlegge, vurdere, iverksette tiltak og henvise. Kommunen tilbyr også helse- og omsorgstjenester i hjemmet samt, plass i institusjon. Det er etablert flere arenaer for samarbeid, og samarbeidet oppgis å fungere tilfredsstillende.

På systemnivå skal brukermedvirkning ivaretas gjennom brukerundersøkelser og brukergrupper. Revisjonen bemerker at det ikke er etablert brukergrupper ved avdeling «Psykisk helse og rus». På individnivå ivaretas brukermedvirkning gjennom individuell plan og ansvarsgruppemøter.

<sup>15</sup>Moss kommunes rusmiddelpolitiske handlingsplan (2008-2012):32

Revisjonens brukerundersøkelse viser at tilbakemeldingene varierer avhengig av hvilken tjeneste det gjelder. Brukerne er likevel fornøyd med kommunens tjenester totalt sett. Rusteamet oppnår særlig gode skussmål.

Med grunnlag i overnevnte er det revisjonens oppfatning at kommunen har organisert seg på en måte som ivaretar kravet om helhetlig og forsvarlig rusomsorg.



## 4 KOMMUNENS ORGANISERING OG ØKONOMI

På hvilken måte påvirkes rusomsorgen av kommunens organisering og økonomi?

### 4.1 Revisjonskriterier

Kommunen er ansvarlig for å organisere seg hensiktsmessig for å løse sine lovpålagte oppgaver. I henhold til prinsippet om det kommunale selvstyre har kommunene likevel stor grad av frihet til å velge organisering for ulike tjenester internt i kommunen. Det finnes videre lite vitenskapelig dokumentasjon som kan brukes som grunnlag for å hevde at en organisatorisk løsning er bedre enn andre.

Av de retningslinjer som omtales i vedlegget kan følgende punkter utledes i forhold til hvordan organiseringen av den kommunale rusomsorgen vil kunne påvirke de rusfaglige tjenestene:

- Valg av organisatoriske løsninger vil implisitt definere samhandlingsaktører og samhandlingspartnere. Måten helsetjenesten organiseres på vil derfor ha innflytelse på samhandlingen i helsetjenestene.
- Det er nødvendig med en systematisk og planmessig tilnærming til samhandling og individuell tilpasning av tjenester for sikre forsvarlige tjenester over tid.
- En klar ansvarsfordeling av oppgaver vil øke sannsynligheten for at tjenestene fremstår som tilgjengelige og bidra til at henvendelsen raskt kommer til rett instans.

### 4.2 Fakta

#### Organisering og samhandling

Det opplyses om flere årsaker til omorganiseringen hvor avdeling «Psykisk helse og rus» flyttes fra «Hjemmebaserte tjenester» til «Forebyggende virksomhet».

«Hjemmebaserte tjenester» ble for stor som virksomhet, og ble dermed vanskelig å styre. Driftsformen av «Hjemmebaserte tjenester» er i tillegg svært ulik driften av «Psykisk helse og rus». Det ble dermed behov for en annen organisatorisk tilknytning.

Det har også vært et ønske fra kommunalavdelingen for kultur og oppvekst at deler av virksomhet «Helse og oppvekst», «Helsestasjon» og «Familiesenteret» ble overført til kommunalavdelingen for Helse og omsorg. I tillegg har det vært fremmet forslag om tettere samarbeid mellom «Familiesenteret» og «Psykisk helse og rus». Forslaget om opprettelsen av «Forebyggende virksomhet» ble derfor godt mottatt av de ansatte i avdelingene som ble sammenslått.

Fordelene ved denne formen for organisering vil være mer fokus på forebygging og tidlig intervensjon. I tillegg vil virksomheten i større grad kunne utvikle et mer helhetlige løp i oppfølgingen og utvikling av tjenester til barn og ungdom over i voksen alder.

Det blir påpekt at omorganiseringen i tillegg vil forankre avdeling «Psykisk helse og rus» sitt arbeid nærmere den yngre delen av brukergruppen.



Bystyret behandlet 18.6.2012 en sak med spørsmål vedrørende konkurranseutsettelse av hele eller deler av rusomsorgen.

Vi får opplyst at de oppgavene som rusteamet i dag utfører ikke vil bli konkurranseutsatt. Deler av rusteamet kan bli berørt dersom tjenestene til brukergruppen utvides til også å gjelde bo-oppfølging.

Kommuneoverlegen påpeker at konkurranseutsetting av kommunens rustjenester vil kunne påvirke ekstern og intern samhandlingen i negativ retning. Konkurranseutsetting vil i større grad kunne føre til fragmentering mellom tjenestene. Avdelingsleder henviser til at det vil bli flere instanser å forholde seg og dermed mer komplisert med nye grenseoppganger.

Kommunen har ulike formaliserte arenaer for samhandling. Når det gjelder samhandling mellom de ulike kommunalavdelingene har rådmannen samlet møte med kommunalsjefene en gang i uken.

Kommunalsjefen har møter med virksomhetene annenhver uke. Ansvaret for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er lagt til kommunalsjefens stab. Det avholdes rådgivermøte hver 14 dag med kommunalsjef, hvor driftssaker kan drøftes. Utover dette har kommunalsjefen møter med virksomhetene ved behov.

Videre er det nedsatt ett tverrfaglig kommunalt team hvor representanter fra kommunalavdeling kultur og oppvekst og kommunalavdeling helse og sosial er representert.

Det er i tillegg utarbeidet rutiner for samarbeid mellom kommunalavdelingene rundt enkeltbrukere. Som tidligere beskrevet er rutine for tverrfaglig samarbeid og rutine for å holde i brukeren

til rett instans for tjenesteytingen er avklart.

### Ressurser/ Økonomi

Avdeling «Psykisk helse og rus» er underlagt kommunalavdeling helse og sosial, og har en rammefinansiering.

Budsjettet fremskrives hvert år i tråd med retningslinjer fra SSB og statsbudsjettet. Dette vil si at dersom det ikke er endringer i driften så vil lønn og midler til drift justeres, f. eks fra 2012 til 2013 nivå. Planlagte endringer legges inn i budsjettet. Endringer som kommer av nye lovpålagte oppgaver skal meldes på forhånd og som merforbruk i månedlige økonomirapporter til kommunalavdelingen. Dette kan medføre at enheten får en budsjettendring, altså tilførte midler eller et merforbruk i regnskapet.

Avdelingsleder påpeker at de lovpålagte tjenestene som ytes av rustjenesten i prinsippet ikke kan stoppes av økonomiske årsaker. I denne sammenheng er det lovverk og rettighetsprinsippet som avgjør om en bruker får tildelt tjenester, ikke økonomi.

Vi får opplyst at kommuneøkonomien er stram, og det ikke er lett å finne nye ressurser til fornuftige tiltak.

Kommunen kan søke statlige midler fra fylkesmannen for å styrke det kommunale rusarbeidet. Tilskudd til kommunalt rusarbeid er en del av opptrappingsplanen for rusfeltet. Tilskuddet skal bidra til en reel kapasitetsøkning i det samlede kommunale arbeidet på rusmiddelfeltet og bidra til en styrking av de lovpålagte kommunale helse- og omsorgstjenestene.

I kommunen er seks av tretten stillinger i dag statlig finansiert.

Fra Fylkesmannen får vi opplyst at Moss kommune i økende grad har benyttet seg

av tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid. Rammene for den statlige tilskuddsordningen har vært romslige, det ligger dermed ingen behovsvurdering til grunn for tildelingen til den enkelte kommune. Fylkesmannen informerer videre at tilskuddet gis for ett år av gangen. I statsbudsjettet for 2013 har regjeringen fremmet forslag om at tilskuddsordningen forandres, dette vil innebære at størstedelen av tilskuddet til det kommunale rusarbeidet vil gis i form av økt rammetilskudd. Videreføring av stillinger blir da en del av kommunens egne prioriteringer.

Avdelingsleder opplyser om at midlene skal føre til en reel kapasitetsutvidelse, og kommuner som oppretter faste stillinger vil bli prioritert. Det er avdelingsleders oppfatning at tilskuddet blir permanent og vil inngå i det faste rammetilskuddet for 2013. Dette innebærer at alle faste stillinger som er tilknyttet rustjenesten videreføres.

Tallene fra kommunens budsjett som omhandler forebyggende rusbehandling viser at det har vært en økning i totale utgifter fra 2009 og frem til 2012.

Forebyggende rusbehandling	2009	2010	2011	2012
Øremerkede Midler	1.092.392	596.735	1.945.332	3.846.915
Sum utgifter	3.275.620	4.509.738	5.286.981	4.891.072

Kommunenes netto driftsutgifter <sup>16</sup>knyttet til tilbud til personer med rusproblemer

<sup>16</sup>Nettodriftsutgifter viser til driftsutgifter inkludert avskrivninger etter at driftsinntekter (inneholder blant annet øremerkede tilskudd fra Staten og andre direkte inntekter) er trukket fra. De resterende utgiftene må dekkes av de frie inntektene som skatteinntekter, rammeoverføringer fra staten mv. Det er kun KOSTRA funksjon 243 som i sin helhet kan tilskrives rusmiddelproblematikk. Når det gjelder barnevern, sosialhjelp, bolig, spesialundervisning, sysselsetting og mange andre utgifter blir spørsmålet derfor hvor stor andel av de samlede utgiftene på disse funksjonene som kan tilskrives personer med rus og eller psykiatriske problemer (SSB.no).

mellom 20 til 66 år er på rundt 5 % av netto driftsutgifter til sosialtjenesten. I KOSTRA gruppe 13 ligger tallet på rundt 15%.

Netto driftsutg. %	2009	2010	2011
Moss	5.2	5.3	5.1
Halden	4.1	6.5	3.8
Sarpsborg	9.5	12.3	7.9
Fredrikstad	14.1	15.1	10.4
KOSTRA gruppe 13	15.8	14.9	15.2

### 4.3 Vurderinger

Som det fremgår av revisjonskriteriene kan en kommune velge å organisere sitt tjenestetilbud på den måten den enkelte kommune finner hensiktsmessig. Kravet er imidlertid at lovpålagte oppgaver løses tilfredsstillende.

Som fakta viser har kommunen nylig gjennomført en omorganisering av tjenestetilbudet. Bakgrunnen for omorganiseringen begrunnes både i styringsmessige og i faglige forhold, men hvor en felles målsetting nettopp er å sikre at lovpålagte oppgaver løses på en bedre måte. Under kapittel tre viser fakta at nåværende organisering etter revisjonens oppfatning tilfredsstillende kravet om en helhetlig og forsvarlig rusomsorg. Fakta i dette kapitlet viser at nåværende organisering fremstår som et bedre alternativ enn tidligere organisering, blant annet fordi den vil kunne føre til et tettere samarbeid mellom rustjenesten og de instanser som har et forebyggende fokus.

Fakta viser videre at kommunen bruker en lavere andel av sine nettodriftsutgifter per person sammenlignet med sammenlignbare kommuner. Revisjonen påpeker at det ikke er mulig å komme frem til et eksakt anslag, basert på KOSTRA- tall, på hvor stor andel av utgiftene som kan tilskrives mennesker med rus – og eller psykiatriske problemer.

Bakgrunnen for dette er at organiseringen av tjenester til rusmiddelavhengige er så pass forskjellig fra kommune til kommune, at en sammenligning på tvers av kommuner kan gi et ufullstendig bilde. At Moss kommunes utgifter til personer med rusproblemer utgjør en lavere andel enn sammenlignbare kommuner, behøver ikke bety at kommunen bruker vesentlig mindre ressurser til denne gruppen. Det kan også skyldes ulik organisering og rapportering i KOSTRA, og/eller at andelen øremerkede tilskudd er høyere.

I forlengelsen av dette viser fakta at Moss kommune har finansiert en stor del av rustjenesten gjennom øremerkede tilskuddsmidler. Dette er midler som har fulgt opptrappingsplanen for rusarbeidet i kommunene, og som er tildelt av Fylkesmannen etter søknad. Endringene i statsbudsjettet for 2013 kan således medføre en risiko for at de kommunene som har vært aktive med hensyn til å benytte tilskuddsordningen, reelt sett kan ende opp med å få færre midler enn tidligere år.

## 5 KONKLUSJONER

Basert på rapportens første problemstilling finner revisjonen at Moss kommune har en rusomsorg som er i tråd med lov og statlige føringer. Det er videre revisjonens oppfatning at prinsippet om helhetlig rusomsorg blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte.

Hva gjelder problemstillingen om i hvilken grad rusomsorgen blir påvirket av kommunens organisering og økonomi, fremgår det at nåværende organisering fremstår som god med tanke på samhandling mellom relevante instanser.

Etter revisjonens oppfatning vil dette ha en positiv effekt på kommunens helhetlige tilbud.

Rusomsorgens lovpålagte tjenester kan i utgangspunkt ikke stoppes av økonomiske årsaker. Moss kommune har finansiert en stor del av rustjenesten gjennom øremerkede midler. Endringene i tilskuddsordningen i forbindelse med Statsbudsjettet 2013 vil sannsynligvis medføre at kommunen får færre midler til rusarbeid, enn hva situasjonen har vært frem til nå.

<Sted, dato>

Renate Borgmo (sign.)  
Forvaltningsrevisor

Lena Longva- Stavem (sign.)  
Forvaltningsrevisor

Anders Svarholt (sign.)  
Oppdragsansvarlig revisor

## 6 RÅDMANNENS KOMMENTARER



**Moss kommune**

Østfold kommunerevisjon IKS  
Råkollveien 103 - Rolvsøy rådhus  
1664 ROLVSØY

Deres ref.:

Vår ref.: 12/49721/KMI

Dato: 06.11.2012

### Svar på høringsutkast om kommunal rusomsorg

Rådmann i Moss har ikke kommentarer eller merknader til Østfold kommunerevisjon IKS sitt høringsutkast om revisjon av kommunal rusomsorg i Moss

Med hilsen

Silje Hobbøl  
Konst. kommunalsjef helse- og sosial

Kopi til:  
Mona Christin Jacobsen Her  
Tor-Øystein Gulliksen Her

## 7 VEDLEGG

Det er en sterk sammenheng mellom rusproblematikk og psykiske lidelser. Innenfor tjenesteapparatet anses samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og mellom rus- og psykisk helsefelt å være særlig viktig for å skape bedre tjenester. Tjenestene forutsettes å legges til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokal- samfunnet<sup>17</sup>. Disse brukergruppene har gjerne pendlet mellom behandlingssystemer, og det er et uttalt mål for myndighetene å gi denne gruppen et tilstrekkelig og helhetlig behandlingstilbud.

Helsedirektoratet publiserte i mars 2012: ”Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP -lidelser *Sammensatte tjenester – samtidig behandling.*”<sup>18</sup>

Veilederen gir fire sentrale anbefalinger:

- *Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke*
- *For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instansen som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser og vurdere behovet for individuell plan*
- *Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres forpliktende samarbeid*

<sup>17</sup> Helsedirektoratets Rundskriv IS-1/2009- *Nasjonale mål og hovedprioriteringer*

<sup>18</sup> Denne nasjonale retningslinjen beskriver hvordan utredning, behandling og oppfølging av mennesker med ROP- lidelser bør gjøres. Den gir også en beskrivelse av tjenestenes roller og ansvar.

- *Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende*

I Helse- og omsorgsdepartementets opptrappingsplan for rusfeltet (05.10.2007) vises det til at det er en målsetning at rusmiddelpolitikken skal få et tydeligere folkehelseperspektiv. De viktigste perspektivene i planen er:

- *Sikre at rustjenestene blir mer tilgjengelige for de som trenger dem – når de trenger dem*
- *Heving av kvalitet og kompetanse i forebygging, behandling og oppfølging*
- *Bedring av samhandlingen i rusfeltet*
- *Økt brukerinnflytelse, samt bedre ivaretagelse av barn og søsken av rusmiddelavhengige*

Det henvises i opptrappingsplanen til at kommunene skal utarbeide alkoholpolitiske handlingsplaner, etter alkoholloven § 1-7d. For å bedre samordningen og fremme helhetlig planlegging anbefales det at planen omhandler hele rusfeltet, ikke bare alkoholpolitikken.

I tillegg vises det til at Sosial- og helsedirektoratet deler ut tilskudd til rusforebyggende prosjekter i kommunene. Tilskuddsordningene skal støtte opp under målet om at alle kommuner skal utvikle helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Kommuner som ikke har slik plan skal gis bistand til å utvikle det<sup>19</sup>.

### Generelt

Det er flere aktuelle lover som hjemler de tjenester mennesker med rusmiddelproblematikk vil kunne ha behov

<sup>19</sup> Helse- og omsorgsdepartementet *Opptrappingsplan for rusfeltet* (2007:62-63)

for, og krav på. Det dreier seg om grunnleggende tjenester som økonomisk støtte til livsopphold, bolig, arbeid, legehjelp, oppfølgingstjenester i kommunen, vaksiner, tannlegebehandling og annet. Helse- og omsorgstjenesteloven<sup>20</sup>, lov om sosiale tjenester i NAV<sup>21</sup> og pasient- og brukerrettighetsloven<sup>22</sup> er alle lover hvor formålet blant annet er å trygge brukerens interesser gjennom å fremme likeverd og sosial trygghet. Dette innebærer også at de ulike hjelpeinstanser skal ha fokus på et helhetlig tilbud til den enkelte, samt ha fokus på samhandling med hverandre innenfor et helhetlig behandlingsspektiv.

I forarbeidene<sup>23</sup> til helse- og omsorgstjenesteloven kan vi lese: *”Forslaget til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester («sørge-for-ansvar»), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter skal videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Dette vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. I forslaget oppheves det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstans. Det foreslås at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.”*

<sup>20</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m av 24/06-2011 nr. 30

<sup>21</sup> Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velfredsforvaltningen av 18/12-2009 nr. 131

<sup>22</sup> Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02/07-1999 nr. 63

<sup>23</sup> Prop.91 L (2010-2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

I det følgende gis en beskrivelse av de mest sentrale bestemmelsene innenfor rusområdet sett i relasjon til våre problemstillinger.

### Kommunens ansvarsområde og tjenestetilbud

Kommunens ansvar for tjenester til personer med rusmiddelproblemer følger først og fremst av helse- og omsorgstjenesteloven hvor det i kapittel tre vises til kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester.

*”Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.”*

I § 3-1 andre ledd står det: *”Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.”*

I alle kommuner skal det finnes kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte kartleggingsverktøy<sup>24</sup>.

I helse- og omsorgslovens § 3-2 henvises det til hva kommunen skal tilby av tjenester for å oppfylle ansvaret etter § 3-1. Dette er helsetjenester i skoler og helsestasjonstjeneste, samt svangerskaps- og barselsomsorgstjenester. Nødvendige helsetjenester for rusmiddelmissbrukere kan også være legehjelp, noe som innebærer utredning, diagnostisering og behandling, hjemmesykepleie, bolig med heldøgns pleie eller sykehjemsplass. Tjenester fra hjemmesykepleie vil kunne være sårstell, medisintilbringelse og oppfølgingssamtaler<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> For nærmere beskrivelse av ulike kartleggingsverktøy se Helsedirektoratet IS- 1948, 03/2012:47,85,86,105

<sup>25</sup> Prop. 91L (2010- 2011) 3.2.2



Kommunen skal også tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Hvilken helsetjeneste som gis er basert på faglig vurdering i hvert enkelt tilfelle. I forskrift om habilitering og rehabilitering § 5 vises det til at:

*”Kommunen skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering jfr. forskriften § 1 og § 3.”*

Plikt til å gi opplysning, råd og veiledning gjelder også ansatte i sosialtjenesten. Lov om sosiale tjenester i NAV, § 17 sier:

*”Kommunen skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Kan kommunen ikke selv gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det.”*

Kommunen skal sikre forsvarlig håndtering av henvendelsen uavhengig av hvilken enhet i den kommunale sosial- og helsetjenesten henvendelsen rettes til.

### Krav til forsvarlige tjenester

Kommunens forsvarlighetskrav til tjenester omtales i kapittel fire i helse- og omsorgstjenesteloven. I følge § 4-1 innebærer forsvarlighetskravet at kommunen tilrettelegger sine tjenester slik at:

- den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. I henhold til forskrift<sup>26</sup> innebærer dette at ikke bare deltjenestene hver for seg skal være forsvarlige, men også kommunens tilbud som helhet.
- den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud. Dersom tjenestetilbudet ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav, vil det ikke kunne oppfattes som forsvarlig.

- helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Videre står det i § 4-2 at: *”Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.”*

Forsvarlig virksomhetsstyring innebærer at det arbeides systematisk med å avdekke situasjoner hvor det har - eller kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser. Deretter at det iverksettes tiltak for å forebygge slike situasjoner. Forsvarlig virksomhetsstyring fordrer også etablering av nødvendige rutiner for utførelse av forskjellige arbeidsoppgaver, samarbeid, informasjonsflyt og dokumentasjon. En avgjørende faktor for å yte forsvarlige tjenester er at det settes inn tilstrekkelige ressurser gjennom å sørge for nok bemanning<sup>27</sup>.

I henhold til forskriften<sup>28</sup> er ikke kompetansekravet for ansatte i rusomsorgen lovfestet. Lovens ordlyd, hvor det kreves at kommunen har *tilstrekkelig* fagkompetanse, forsvarlighetskravet og lovfesting av bestemmelser om pasientsikkerhet er tiltak som departementet mener vil sikre at kommunene ikke ansetter personell uten fagkompetanse.

Videre står det i helse- og omsorgslovens § 3-1, tredje ledd at: *”Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift innhold..”*

<sup>26</sup> Prop. 91L (2010- 2011) kapittel 4

<sup>27</sup> Prop. 91L (2010- 2011) kapittel 20.5

<sup>28</sup> Prop. 91L (2010- 2011) 15.5.2.3

Tredje ledd er en videreføring av gjeldende rett og fremhever de grunnleggende krav til styring som blant annet også fremgår av internkontrollforskriften for kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen § 4 g. Dette betyr at kommunene må iverksette systematiske tiltak for å sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte. Disse tiltakene skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevante lover og forskrifter<sup>29</sup>.

I alle kommuner skal det finnes rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Disse rutinene bør fremkomme av kommunens handlingsplan<sup>30</sup>.

Kravet til forsvarlighet har flere funksjoner fordi det både beskriver hvordan tjenestene bør være, at tjenestene holder tilfredsstillende kvalitet, at de blir gitt i tide og i tilstrekkelig omfang<sup>31</sup>.

Forsvarlighetskravet er en rettesnor for tjenesten, og kravet viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Det er disse normene som utgjør kjernen i forsvarlighetskravet, og kan dermed betegnes som god praksis. Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer er eksempler på publikasjoner som viser til god praksis. Innholdet i forsvarlighetskravet vil endre seg i takt med utvikling av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger<sup>32</sup>.

## Samhandling

I juni 2009 la regjeringen fram Stortingsmelding nr. 47 "Samhandlingsreformen". Denne ble vedtatt 27. april 2010. Her fremgår:

<sup>29</sup> Prop.91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

<sup>30</sup> Helsedirektoratet IS - 1948, 03/2012:76

<sup>31</sup> Prop. nr. 91L (2010-2011), kapittel 4

<sup>32</sup> Prop. nr. 91L (2010-2011) kapittel 20.5

*"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".<sup>33</sup>*

Det henvises i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-4 til kommunens plikt til samhandling og samarbeid. Kommunen har plikt til å tilrettelegge for samhandling mellom ulike deltjenester innenfor kommunen. Dette gjelder også for andre tjenesteytere der det er nødvendig for å tilby de tjenester som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven.

Sosialtjenesten/NAV skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer i følge § 17 i lov om sosiale tjenester i NAV. I § 13 i samme lov vises det til kommunens plikt til å samarbeide med andre tjenester.

Gjennom forskrift<sup>34</sup> er habilitering og rehabilitering et lovpålagt virksomhetsområde og den politiske styringen av arbeidet for å forbedre tjenestene er styrket gjennom nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011<sup>35</sup>. Samhandling er sentralt innenfor habilitering og rehabilitering, der brukerne ofte er avhengig av tjenester fra mange aktører og sektorer, og der det i liten grad er én enhet som bærer det samlede ansvaret for oppfølgingen.

Samhandlingsbegrepet er tatt inn i forskriftens definisjons – bestemmelse, § 3: *"Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å*

<sup>33</sup> St.meld. nr 47 (2008-2009:13)

<sup>34</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator 16/12-2011 nr. 1256

<sup>35</sup> Se St.prp.nr.1 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011), kapittel 9

*oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.”*

Helse- og omsorgstjenesteloven viser i § 6-1 første ledd til at kommunene også har plikt til å inngå samarbeidsavtale med aktører utenfor kommunen:

*”Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.*

I § 6-2 andre ledd heter det: *” Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester”.*

Det innebærer at avtalepartene skal koordinere sine tjenester slik at alle pasienter og brukere som har behov for tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten får en helhetlig og sammenhengende tjeneste.<sup>36</sup>

I § 6-1 tredje ledd henvises det til at kommunens samarbeid ikke bare omfatter andre aktører innenfor helsetjenestene: *”Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene”.*

For å sikre en forpliktende samhandling skal det etableres en overordnet rapportering om samhandlingen og samhandlingsutfordringene mellom regionale helseforetak og kommunene. Denne rapporteringen skal gå til Sosial- og helsedirektoratet og vise til lokale utfordringer.<sup>37</sup>

## Planlegging og brukervedvirkning

Kapittel tre i pasient- og brukerrettighetsloven omhandler den enkeltes rett til medvirkning og informasjon. I § 3-1 andre ledd heter det: *”Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8”(...)*

Brukermedvirkning er videre fremhevet i forskrift<sup>38</sup>: *”Kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføringen av eget habiliteringstilbud... Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering.”* I tillegg vises det til at kommunen og det regionale helseforetaket bør legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter også deltar i gjennomføringen.

Krav til samhandling og brukervedvirkning konkretiseres også blant annet gjennom individuell plan. I helse- og omsorgstjenestelovens § 7-1 heter det: *”Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.*

*Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.*

*Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient-*

<sup>36</sup> Prop. 91 L (2010-2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m

<sup>37</sup> Opptrappingsplan for rusfeltet (2007:57)

<sup>38</sup> § 4 i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16/12- 2011 nr. 1256

*og brukergrupper plikten omfatter, og stille krav til planens innhold.”*

*mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene*

I forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen<sup>39</sup> § 4, fremgår det at: *”Tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester og deltagere i kvalifiseringsprogram, har rett til å få utarbeidet individuell plan.*

*Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning tjenestemottakeren og pårørende ønsker det.”*<sup>40</sup>

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er i henhold til forskriftens § 2;

- a) *å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren*
- b) *å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov*
- c) *å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og*

<sup>39</sup> Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen av 19/11- 2010 nr. 1462

<sup>40</sup> NOU 2004:18 redegjør for hva rettigheten innebærer. Med langvarig menes at behovet for hjelp forventes å strekke seg over et tidsrom av en viss lengde, men ikke nødvendigvis at behovet for spesifikke tjenester skal strekke seg over et bestemt antall måneder eller år. Med krav om koordinerte tjenester menes at tjenestemottakeren har behov for to eller flere helse- og/eller sosiale tjenester - parallelt eller avvekslende - og at disse tjenestene må eller bør ses i sammenheng.

Forskriftens § 6 henviser til at kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket har en selvstendig plikt til å sørge for at individuell plan utarbeides. Har tjenestemottakeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket samarbeide med disse. Videre heter det at; *”Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet”.*

Det stilles i forskriften også klare krav til innholdet i en individuell plan. Ni hovedpunkter som skal inngå i planen listes i forskriftens § 7:

- a) oversikt over tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester
- b) oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- c) angivelse av hvem som gis ansvaret for å sikre samordningen og fremdriften i planarbeidet
- d) oversikt over de ulikes bidrag i planarbeidet, herunder også mottakers og pårørendes innsats
- e) oversikt og aktuelle tiltak og hvem som har ansvar for disse
- f) en beskrivelse av hvordan tiltakene gjennomføres
- g) angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- h) tjenestemottakers samtykke til planen og tilgang til eventuelle taushetsbelagte opplysninger
- i) oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater

Kommunen skal tilby brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester en koordinator. Koordinatoren



skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker, sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdriften i arbeidet med individuell plan.

I tillegg skal kommunen ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet som skal ha det overordnende ansvaret for arbeidet med individuell plan, for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.<sup>41</sup> Denne enheten skal bidra til å sikre et helhetlig tilbud. Det skal i tillegg legges til rette for at personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne melde re/habiliteringsbehov til en koordinerende enhet, eller dit kommunen bestemmer.<sup>42</sup>

Videre heter det i forskrift for habilitering og rehabilitering § 8: *”Kommunen skal sørge for nødvendige undersøkelser og utredning, og ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten, før habilitering og rehabilitering settes i gang.”*

Oppstart av arbeidet med individuell plan medfører imidlertid ikke automatisk koordinatoransvar. Veilederen til forskrift om individuell plan fremhever snarere at koordinatorfunksjonen bør fordeles, men at én instans i kommunen bør utpeke og ha opplæring for koordinatorene. I forlengelsen av dette fremgår det også at tilstrekkelig informasjon blant brukerne er en forutsetning for å lykkes i arbeidet med individuell plan. De instanser som kan gi slik informasjon må derfor være synlige og tilgjengelige.

Det er i tillegg viktig at arbeidet med individuell plan forankres blant lederne i kommunen og gjennom vedtak på politisk eller rådmannsnivå.

<sup>41</sup> Jamfør helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og § 7-3

<sup>42</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, § 6 og § 7

## Kommunens organisering

Kommunen er ansvarlig for å organisere seg hensiktsmessig for å løse sine lovpålagte oppgaver. I henhold til prinsippet om det kommunale selvstyre har kommunene likevel stor grad av frihet til å velge organisering for ulike tjenester internt i kommunen.

Etter internkontroll forskriftens § 4<sup>43</sup> skal ansvar og oppgaver være tydelig plassert i virksomheten. En klar ansvarsfordeling av oppgaver vil øke sannsynligheten for at tjenestene fremstår som tilgjengelige og bidra til at henvendelsen raskt kommer til rett instans.

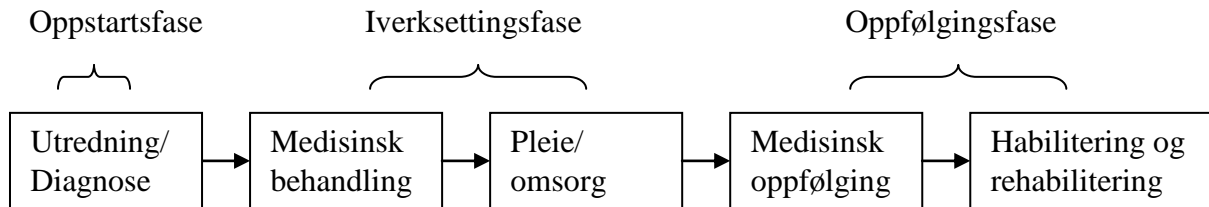
Det følger av NOU 2005:3, ”Fra stykkevis til helt”, at valg av organisatorisk løsning implisitt vil definere samhandlingsaktører og samhandlingspartnere. Måten helsetjenesten organiseres på vil derfor kunne ha innflytelse på samhandlingen i helsetjenesten. Samtidig vises det til at det finnes lite vitenskapelig dokumentasjon som kan brukes som grunnlag for å hevde at en organisatorisk løsning er bedre enn andre.

I følge NOU 2005:3 ligger hovedansvaret for samhandling i kommunen hos primærhelsetjenesten, dette siden de fleste kontakter mellom tjenesteyter og bruker skjer her. Hvis pasienten henvises videre må det være avklart hvor oppfølgingsansvaret ligger. Hovedpoenget for brukeren er at behandlingsskjeden henger sammen, ikke hvor hjelpen blir gitt eller hvem som er kostnadsbæreren.

Kravene som stilles til samhandling og helhetlige og koordinerte tjenester kan ikke bare ses i forhold til ulike typer tjenestemottakere, men vil også kunne variere ut fra hvor i et pasientforløp tjenestemottakeren er til enhver tid.

<sup>43</sup> Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20/12- 2002 nr. 1731

Helsetilsynet skiller mellom tre faser i et pasientforløp, mens SINTEF helse har en femfaset modell<sup>44</sup>. Denne modellen er i første rekke rettet mot samhandling mellom kommunale tjenesteytere og spesialisthelsetjenesten:



Behov for, og krav om, samhandling er viktig i alle faser, men fremstår som særlig viktig i tidlige faser og i forhold til kartlegging og utredning.

Helsetilsynet har i sin rapport på området<sup>45</sup> hevdet at *”Utredning og vurdering av den enkeltes tjenestebehov er nærmest å regne som en inngangsbillett til kommunenes helse- og sosialtjenester. I denne utredningsprosessen defineres grunnlaget for hvilke tjenester som skal iverksettes og hvilket innhold de skal ha. Svikt i denne prosessen kan medføre at de konkrete tjenestene og tiltakene ikke blir tilpasset den enkeltes behov, noe som kan resultere i en praksis som er i strid med kravet om forsvarlige tjenester.”*

Tilsvarende har NOU 2004:18<sup>46</sup> påpekt at god og grundig kartlegging av den enkeltes behov for hjelp er en forutsetning for at tjenestetilbudet på best mulig måte skal kunne dekke det faktiske behovet.

I begge dokumenter legges imidlertid til grunn at kartlegging og vurdering, samt evaluering av tjenester og behov, er dynamiske prosesser som tidsmessig ikke nødvendigvis er begrenset til tidspunktet for søknad om tjenester eller den første utredningen.

Helsetilsynet har i denne sammenheng også uttalt at det er nødvendig med en systematisk og planmessig tilnærming til samhandling og individuell tilpasning av tjenester for sikre forsvarlige tjenester over tid. Separat kartlegging og iverksetting av

tiltak uten at det er sikret systematisk kommunikasjon mellom tjenesteytere og med bruker, sammen med stor grad av uformelt samarbeid, medfører derimot fare for at tverrfaglighet blir personavhengig, tilfeldig og skjønnspreget.

<sup>44</sup> Se henholdsvis rapport fra Helsetilsynet 3/2006 og NOU 2005:3, kapittel 4

<sup>45</sup> Kilde: Helsetilsynets rapport 3/2006.

<sup>46</sup> Se NOU 2004:18, kapittel 9.

