




# RAPPORT

## FORVALTNINGSREVISJON PSYKISK HELSE OG RUS ASKER KOMMUNE

20. NOVEMBER 2018



Leveransen er utarbeidet for oppdragsgiver, og dekker kun de formål som med denne er avtalt. All annen bruk og distribusjon skjer for oppdragsgivers regning og risiko. BDO AS eller BDO Advokater AS vil ikke kunne gjøres ansvarlig overfor en tredjepart.



# INNHOOLD

<b>1</b>	<b>SAMMENDRAG OG FORSLAG TIL TILTAK .....</b>	<b>4</b>
1.1	HELHETLIG OG KOORDINERT TILBUD .....	4
1.2	TILBUD OM BOLIG MED OPPFØLGING.....	5
1.3	TILBUD OM ETTERVERN OG OPPFØLGING .....	5
1.4	VERKTØY OG SYSTEMER FOR Å SIKRE AT LOVKRAV IVARETAS .....	5
1.5	FORSLAG TIL TILTAK .....	5
<b>2</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>6</b>
2.1	FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER .....	6
2.2	AVGRENSNINGER OG FORBEHOLD .....	6
2.3	METODE .....	6
<b>3</b>	<b>HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD.....</b>	<b>7</b>
3.1	REVISJONSKRITERIER .....	7
3.2	FAKTABESKRIVELSE.....	8
3.3	VURDERING .....	14
3.4	KONKLUSJON: KOMMUNEN SIKRER I STOR GRAD ET HELHETLIG OG KOORDINERT TILBUD FOR MÅLGRUPPEN .....	15
<b>4</b>	<b>TILBUD OM BOLIG OG OPPFØLGING I BOLIG .....</b>	<b>16</b>
4.1	REVISJONSKRITERIER .....	16
4.2	FAKTABESKRIVELSE.....	16
4.3	VURDERING .....	19
4.4	KONKLUSJON: KOMMUNEN HAR ET TILSTREKkelig BOLIG OG OPPFØLGING I BOLIG	19
<b>5</b>	<b>TILBUD OM ETTERVERN OG OPPFØLGING .....</b>	<b>19</b>
5.1	REVISJONSKRITERIER .....	20
5.2	FAKTABESKRIVELSE.....	20
5.3	VURDERING .....	24
5.4	KONKLUSJON: KOMMUNEN HAR ET TILSTREKkelig TILBUD OM ETTERVERN OG OPPFØLGING .....	25
<b>6</b>	<b>SYSTEMER OG VERKTØY FOR Å SIKRE ETTERELEVELSE AV LOVKRAV .....</b>	<b>26</b>
6.1	REVISJONSKRITERIER .....	26
6.2	FAKTABESKRIVELSE.....	27
6.3	VURDERING .....	29

6.4	KONKLUSJON: KOMMUNENS SYSTEMER OG VERKTØY LEGGER TIL RETTE FOR AT LOVKRAVENE IVARETAS.....	30
<b>7</b>	<b>HØRINGSUTTALELSE .....</b>	<b>31</b>
<b>8</b>	<b>VEDLEGG.....</b>	<b>33</b>
8.1	VEDLEGG 1: METODE .....	33
8.2	VEDLEGG 2: AKTØRER OG TJENESTETILBUD INNEN PSYKISK HELSE OG RUS .....	34
8.3	VEDLEGG 3: INNHOLDET I INDIVIDUELL PLAN .....	37

# 1 SAMMENDRAG OG FORSLAG TIL TILTAK

Kontrollutvalget i Asker kommune har bestilt en forvaltningsrevisjon innen tjenesteområde psykisk helse og rus. Formålet med forvaltningsrevisjonen er å vurdere kommunens tilbud og behandling av personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet. Mer konkret skal forvaltningsrevisjonen besvare følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad sikrer kommunen at personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, herunder barn og ungdom under 18 år? Hvordan blir eventuelle pårørende til disse personene involvert?
2. Har kommunen et tilstrekkelig tilbud om bolig med oppfølging for personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet som har behov for dette?
3. Har kommunen tilstrekkelig tilbud om ettervern og oppfølging for personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet?
4. I hvilken grad har kommunen et internkontrollsystem som sikrer at tjenestene til personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet er i samsvar med krav i regelverket?

## 1.1 HELHETLIG OG KOORDINERT TILBUD

Revisjonen viser at Askers tilbud til og behandling av personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet i hovedsak er god. Kommunen har et bredt tjenestespekter både for de over og under 18 år som inkluderer både forebyggende tiltak og oppfølgingstiltak av ulik karakter. Det finnes også tilbud til pårørende, og disse involveres dersom bruker ønsker dette.

Det er revisors vurdering at kommunen i stor grad legger til rette for samhandling mellom tjenestene som er involvert i tilbudet til barn og unge under 18 år med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet. Barne- og familieenheten har hovedansvaret for tilbud og tjenester for denne målgruppen, men har også formelle samarbeidsavtaler med en rekke aktører, blant dem psykisk helse og rus, skoler og barnehager, for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud.

Det er også revisjonens erfaring at det i hovedsak er god samhandling mellom de ulike interne og eksterne aktørene som inngår i tjenestetilbudet til personer over 18 år, men revisjonen har identifisert enkelte forhold hvor det er mulighet for forbedring. Disse er beskrevet nedenfor.

### *Psykisk helse og rus sin rolle i vedtaksprosessen er uklar*

Revisjonen har avdekket at det er ulike forståelser av Psykisk helse og rus' (PHR) rolle i vedtaksprosessen, og det har blitt gitt utydelige beskjeder om dette. I enkelte tilfeller opplever Brukertorget at deres vedtak blir overprøvd av PHR, og at brukers endelige tilbud ikke samsvarer fullt ut med Brukertorget vedtak. Disse endringene begrunnes i hovedsak med «hvem som kjenner brukeren best» og ressursituasjonen i PHR. På bakgrunn av dette har det blitt satt i gang endringer i Brukertorget tildelingsprosess: Vedtakene skal formuleres bredere, og endelig metode og tjenesteutfører skal avgjøres av PHR. Det er ikke skriftlige rutiner for den endrede prosessen, og det er revisjonens forståelse at dette ikke er tydelig kommunisert. Revisor mener derfor at Brukertorget og PHR formelt må avklare hvordan vedtak skal fattes og i hvilken grad utfører selv kan bestemme hvilket tilbud en bruker skal få.

### *Koordinatorrollen må tydeliggjøres*

Det er videre muligheter for forbedringer knyttet til presisering av koordinatorrollen og hvordan koordinator pekes ut. Brukertorget erfarer at PHR i enkelte tilfeller ikke ønsker å påta seg koordinatorrollen, særlig dersom saken er kompleks. Brukertorget erfarer også at enkelte som får koordinatorrollen ikke forstår hvilke oppgaver som følger med rollen, eller at man tror arbeidsoppgavene er mer omfattende enn de faktisk er. PHR på sin side mener i enkelte tilfeller at det ikke er naturlig at koordinatorrollen skal ligge hos dem fordi det ikke nødvendigvis er PHR som er tettest på brukeren. I slike tilfeller kan det bli noen runder frem og tilbake før koordinatoren blir endelig avklart. Koordinatorrollen bør derfor beskrives nærmere, samtidig som

Brukertorget ved koordinerende enhet og PHR bør se hvordan kommunikasjonen rundt engasjement av koordinator kan bedres.

### *Målgruppen for lavterskeltilbud må defineres*

Det er uklart rundt bruken av lavterskel, ikke-vedtakspliktige tiltak som tilbys ved Mestringshuset. Dette er tiltak som i utgangspunktet skal være åpne for alle og lett tilgjengelige. Av intervjuene fremgår det at enkelte har blitt henvist til disse tiltakene, men som ved oppmøte fått beskjed om at tilbudet ikke passer for vedkommende. Slike tilfeller har skapt usikkerhet om hvem som er målgruppen for disse tilbudene, og i hvilken grad disse tiltakene faktisk er lavterskel og ikke-vedtakspliktige. Brukertorget har opplyst at de ofte kontakter Mestringshuset etter å ha anbefalt en person å oppsøke dem, for å forsikre seg om at vedkommende får et tilbud. Enkelte ganger har Brukertorget også tatt vedtak om disse tilbudene «for å være på den sikre siden» til tross for at vedtak ikke skal være nødvendig for denne type lavterskeltilbud.

## **1.2 TILBUD OM BOLIG MED OPPFØLGING**

Vår analyse viser at kommunen har et tilstrekkelig tilbud om bolig med oppfølging for personer med helseutfordringer og/eller rusavhengighet. Det er venteliste for psykisk helse bolig, men ingen venteliste for ROP-bolig. Boligene synes også å være tilrettelagt for målgruppen, og med et bredt tjenestetilbud for oppfølging i boligene.

## **1.3 TILBUD OM ETTERVERN OG OPPFØLGING**

Kommunen har et tilstrekkelig tilbud om ettervern og oppfølging. De fleste av kommunens tjenester kan benyttes både før, under og etter behandling. I tillegg har kommunen ulike bo-, fritids- og aktivitetstiltak samt oppfølging fra ruskonsulent/koordinator som særskilte tilbud i oppfølgings- og ettervernsarbeidet. Pårørende involveres der brukeren ønsker dette.

## **1.4 VERKTØY OG SYSTEMER FOR Å SIKRE AT LOVKRAV IVARETAS**

Kommunen har verktøy og systemer som sikrer at relevante lovkrav ivaretas, og som gjør det mulig å følge brukernes tjenestetilbud og kartlegge deres utvikling over tid. Revisjonen har identifisert bruk av individuell plan (IP) som et område med mulighet for forbedring.

### *Bruken av individuell plan kan økes*

Revisjonen viser at kun et fåtall av brukerne har fått utarbeidet IP, og at andelen brukere med IP har sunket de siste årene. Asker ligger noe under det nasjonale tallet for bruk av IP, men også de nasjonale tallene er lave. De nasjonale tallene for 2017 viser at 7 prosent av brukere med psykiske helseproblemer hadde IP, mens 14 prosent av brukerne med rus og rus og psykiske helseutfordringer hadde IP. I Asker er tallene henholdsvis 2,7 prosent og 6 prosent.

Det er gjennomført stikkprøvekontroll av seks IP-er. Av disse er det kun to som oppfyller kravene i forskriften. De andre fire planene er enten mangelfulle, eller er ikke fylt ut i det hele tatt.

Fra revisjonens ståsted ivaretar kommunen ikke i tilstrekkelig grad plikten om å sørge for at IP utarbeides for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Bruk av IP er viktig da brukere som aktivt medvirker i utformingen av eget tjenestetilbud er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser, samtidig som man sikrer et mer helhetlig og koordinert tilbud.

## **1.5 FORSLAG TIL TILTAK**

Revisjonen foreslår følgende tiltak:

1. Det bør avklares hvordan vedtak skal formuleres og hvordan virksomheten for Psykisk helse og rus skal involveres i denne prosessen, herunder å definere hvilket tjenestetilbud en bruker skal motta. Endringen bør inngå i skriftlige rutiner.
2. Koordinatorens rolle, oppgaver, ansvar bør klargjøres, herunder å beskrive rollen.
3. Det bør avklares nærmere hvem som er målgruppen for lavterskeltilbudet ved Mestringshuset. Avklaringen må bli formidlet.

## 2 INNLEDNING

### 2.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Kontrollutvalget i Asker kommune har engasjert BDO AS (BDO) til å gjøre en forvaltningsrevisjon innen tjenesteområde psykisk helse og rus. Formålet med forvaltningsrevisjonen er å vurdere kommunens tilbud og behandling av personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet. Forvaltningsrevisjonen skal belyse følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad sikrer kommunen at personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, herunder barn og ungdom under 18 år? Hvordan blir eventuelle pårørende til disse personene involvert?
2. Har kommunen et tilstrekkelig tilbud om bolig med oppfølging for personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet som har behov for dette?
3. Har kommunen tilstrekkelig tilbud om ettervern og oppfølging for personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet?
4. I hvilken grad har kommunen et internkontrollsystem som sikrer at tjenestene til personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet er i samsvar med krav i regelverket?

### 2.2 AVGRENSNINGER OG FORBEHOLD

Forvaltningsrevisjonen er rettet mot systemene for koordinering og samhandling av tjenester til enkeltbrukere som har behov for tjenester eller bistand innen psykisk helsevern og rus.

Forvaltningsrevisjonen målgruppe er personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet som har et vedtak og som mottar et tjenestetilbud eller får oppfølging fra kommunen. Tilbud og oppfølging av personer under 18 år inngår kun i den første problemstillingen.

Når det gjelder koordinert tjenestetilbud i den første problemstillingen, vil det bli kartlagt hvordan samarbeidet fungerer praksis. Her rettes oppmerksomheten mot samarbeidet mellom de mest sentrale tjenestene internt i kommunen, samt eksterne aktører som fastlege og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet vil kun belyses fra kommunens ståsted. Kommunens samarbeid med frivillige organisasjoner, pårørendeforeninger og kriminalomsorgen holdes utenfor. Når det gjelder forebyggende tiltak, definerer vi dette som tiltak som er primær- og sekundærforebyggende. I primærforebyggende arbeid er målgruppen mennesker som ikke opplever konkrete utfordringer eller er syke. Sekundærforebyggende arbeid har som mål å avdekke sykdom eller sykdomsrisiko før det kommer symptomer på sykdom, samt å redusere følgene av sykdom som er blitt diagnostisert.<sup>1</sup> Tiltak for å forebygge tilbakefall innenfor allerede identifiserte sykdomsforløp havner således utenfor vår definisjon av forebyggende tiltak.

Problemstilling to om hvorvidt kommunen har et tilstrekkelig tilbud om bolig med oppfølging, gjelder kun tilbud om bolig med stasjonær bemanning. Derfor er ikke personer som kun får kommunal bolig, omfattet, eller kommunal bolig med for eksempel ambulerende tjenester.

Vi finner det riktig å presisere at vi ikke kan påta oss ansvar for fullstendigheten eller riktigheten i det grunnlagsmaterialet som har vært utgangspunkt for våre vurderinger. Dersom vi har mottatt uriktig eller ufullstendige opplysninger, har vi ikke hatt anledning til å avdekke dette ut over overordnede rimelighetsvurderinger.

### 2.3 METODE

Forvaltningsrevisjon er gjennomført i henhold til RSK 001 - Standard for forvaltningsrevisjon. Dette innebærer blant annet at rådmannen har fått en orientering om oppdraget før oppstart, og en mulighet for å uttale seg om utkast til rapport før endelig rapportering. Rådmannens kommentarer til rapporten finnes i kapittel 8.

---

<sup>1</sup> [https://sml.sn.no/forebyggende\\_medisin](https://sml.sn.no/forebyggende_medisin)

Revisjonen har bestått av dokumentanalyser, stikkprøver og intervjuer. For utdypende informasjon vedrørende informasjon som er innhentet, gjennomførte stikkprøver og intervjuer, se vedlegg 1.

## 3 HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD

For å belyse i hvilken grad kommunen sikrer at målgruppen får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, har vi undersøkt følgende:

- Hvordan legger kommunen til rette for samhandling mellom ulike tjenester i kommunen?
- Hvordan er samarbeidet med eksterne aktører gjennomført for målgruppen?
- Hvordan involveres pårørende?
- Hvilket forebyggende arbeid har kommunen innen psykisk helse og rus?

### 3.1 REVISJONSKRITERIER

Vi legger til grunn to kriterier for å belyse problemstillingen:

*Kommunen skal legge til rette tjenestene slik at den enkelte bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.*

- Helse- og omsorgstjenesteloven (§§ 3-1, 3-2, 3-4, 4-1, a), 6-1) og tilhørende forskrift om internkontroll og kvalitetsforskrift.
- Sosialtjenesteloven (§ 3), de sosiale oppgavene.
- Ev. samarbeidsavtale med helseforetakene.

*Kommunen bør sørge for et godt og systematisk pårørendearbeid, særlig i overgangen fra barn til voksen.*

- Pasient- og brukerrettighetsloven (§ 3-4, første ledd og § 4-4, første ledd) om rett til informasjon og samtykke helsehjelp for barn under 16 år. Se også § 3-4 og § 4-5 for ungdom under 18 år.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen sørge for at innbyggerne får nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder forebyggende tjenester, utredning og akutt behandling. Tjenestene gjelder også de med psykisk sykdom, lidelse, rusmiddelproblem eller sosiale problemer. Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere i kommunen der dette er nødvendig. Virksomhet for psykisk helse og rus vil ha kontakt med fastlegene, NAV, helsetjenesten, barnevernet, omsorgstjenesten med flere. Videre skal kommunen også samarbeide med eksterne instanser, så som fylkeskommune (videregående skoler), og stat (bl.a. DPS, BUP) slik at helse- og omsorgstjenesten kan virke som en enhet. 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 bruker.

Kommunen bør videre sørge for at man har et systematisk pårørendearbeid som gjenspeiler at man vurderer pårørende som en ressurs i behandlingen og rehabiliteringen av brukeren. Det bør videre komme klart fram hvem som har ansvaret for å involvere de pårørende og hvilket tilbud pårørende skal gis. Dette er særlig relevant der bruker er under 18 år.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal både bruker og foreldre eller andre som har foreldreansvaret, informeres dersom brukeren er under 16 år. Dersom brukeren er mellom 12 og 16 år skal informasjon ikke gis til foreldre eller andre dersom brukeren av årsaker som bør respekteres, ikke ønsker dette.

## 3.2 FAKTABESKRIVELSE

### 3.2.1 Hvordan legger kommunen til rette for samhandling mellom ulike tjenester i kommunen?

#### For personer over 18 år

Ifølge opplysninger i intervjuer er utstrakt grad av kommunikasjon og samhandling mellom Brukertorget, Psykisk helse og rus (PHR) og NAV, både på formelt og uformelt nivå. For nærmere beskrivelse av virksomhetene og deres tilbud se vedlegg 1.

#### **Samhandling mellom Brukertorget og enhet for Psykisk helse og rus (PHR)**

Kontakten mellom Brukertorget og PHR er regulert i en samhandlingsrutine: «Rutine for samhandling mellom Brukertorget og ambulante tjenester til hjemmeboende Psykisk helse/rus, hjemmesykepleie». Rutinen har følgende hensikt:

- Å sikre en optimal og sømløs prosess fra søknad til utførelse slik at søker opplever at kommunen fremstår samlet om tilbudet som gis.
- At innbyggere med behov for og/eller rett til tjenester, opplever forutsigbarhet, kontinuitet, fleksibilitet og tilgjengelighet i tjenestetilbudet.
- Å sikre at samhandling på tvers av virksomheter fremstår som enhetlig.

Rutinen skisserer blant annet hvordan dialogen mellom Brukertorget og PHR skal være i forbindelse med kartlegging i forkant og revurdering av tjenestebehov i etterkant av et vedtak. Eksempelvis framgår det at «saksbehandler skal alltid vurdere om utfører skal være med på kartleggingsbesøk eller om utfører gjennomfører kartlegging. I de tilfeller utfører gjennomfører kartlegging, skal konklusjonen alltid diskuteres før vedtak fattes». Videre redegjør rutinen for faste møtepunkter mellom virksomhetene. Det skal holdes samarbeidsmøter minimum hver 3. måned, og det skal være et årlig overordnet samarbeidsmøte hvor saker av prinsipiell art drøftes.

I intervjuene beskrives samhandlingen mellom PHR og Brukertorget i hovedsak som god, men at det er utfordringer på enkelte områder hvor grensesnittene kan være utydelige og ansvaret uavklart. Tre områder har særlig blitt trukket frem: uenighet i vedtak, bruk av lavterskeltilbud og utpeking av koordinator.

Vedtaket innebærer at brukeren får både rett til en tjeneste og adgang til å klage dersom vedtaket ikke gjennomføres. Det har vært enkelte uenigheter mellom Brukertorget og PHR angående det faglige innholdet i vedtak om bistand. Dette har ført til at noen av Brukertorgets vedtak har blitt overprøvd av utfører, ved at utfører har konkludert med at det vedtatte tiltaket ikke er riktig for brukeren. Dette har resultert i at den reelle ytelsen brukeren mottar ikke sammenfaller med den ytelsen som vedtaket har beskrevet. Følgende eksempel har blitt trukket frem i et intervju:

Brukertorget vedtar at en person skal få oppfølging av fleksibel ambulant tjeneste (FAT) i hjemmet et gitt antall ganger i løpet av en uke. PHR vurderer at dette ikke er et riktig tilbud til brukeren, og gir i stedet vedkommende tilbud om samtaler med en psykolog på Mestringshuset.

I tilfeller som dette knytter uenigheten seg i hovedsak til to faktorer:

1. Hvem som mener de kjenner brukeren og deres behov best.
2. Hvorvidt ressurser eller behov skal være førende for vedtak som settes og tjenester som gis.

Som en konsekvens av denne faglige uenigheten, og for å unngå mange runder frem og tilbake mellom bestiller og utfører, har ledelsen ved Brukertorget og PHR blitt enige om at Brukertorget skal være mindre presise med hensyn til faglig innhold i vedtaket og hvilken avdeling som faktisk skal utføre vedtaket. Brukertorget skal nå fatte vedtak om at det skal gis bistand i et visst omfang, men ikke fra hvem og på hvilken måte. Deretter skal en gruppe fra PHR, bestående av representanter fra Mestringshuset, Aktivitetshuset og FAT, ta stilling til hvilke tiltak som passer best for brukeren innenfor det omfanget Brukertorget har vedtatt, og samtidig basert på ressursene PHR har tilgjengelig.

Det er ikke skriftlige rutiner som fastslår denne ordningen. Av intervjuene fremgår det at saksbehandlere på Brukertorget opplever denne endringen som dårlig kommunisert, og at det i



dag er noe ulik praksis blant saksbehandlere rundt hvordan de håndterer dette; enkelte har endret måten vedtak formuleres på, mens andre har i hovedsak fortsatt som før.

Det fremkommer også at det er utfordringer knyttet til justering av vedtak. Dersom det er behov for å justere Brukertorget's vedtak skal utføres ifølge rutine for samhandling mellom Brukertorget og ambulante tjenester til hjemmeboende, psykisk helse/rus, hjemmesykepleie utarbeide et revideringsnotat i brukerens journal hvor grunnlaget for endringer begrunnes. Revisjonen får opplyst at dette er ikke alltid tilfellet.

Det er videre uklart rundt bruken av lavterskel, ikke-vedtakspliktige tiltak som tilbys ved Mestringshuset.<sup>2</sup> Dette er tiltak som i utgangspunktet skal være lett tilgjengelig, og et tilbud til personer over 18 år med milde til moderate psykiske utfordringer eller avhengighet. Av intervjuene fremgår det at enkelte har blitt henvist til disse tiltakene, men ved oppmøte fått beskjed om at tilbudet ikke passer for vedkommende. Slike tilfeller har skapt usikkerhet om hvem som er målgruppen for disse tilbudene, og i hvilken grad disse tiltakene faktisk er lavterskel og ikke-vedtakspliktige. Brukertorget har opplyst at de ofte kontakter Mestringshuset etter å ha anbefalt en person å oppsøke dem, for å forsikre seg om at vedkommende får et tilbud. Enkelte ganger har Brukertorget også tatt vedtak om disse tilbudene «for å være på den sikre siden» til tross for at vedtak ikke skal være nødvendig for dette tilbudet. PHR presiserer at de fleste som henvender seg til Mestringshuset får tilbud om å delta på introduksjonskurs knyttet til temaer som angst, søvn og depresjon. I de tilfeller hvor kurs ikke oppleves som korrekt eller tilstrekkelig tilbud, tilbys det individuell oppfølging og bistand til å finne riktig tjeneste.

Et tredje område, som omtales som utfordrende, er å peke ut koordinator. Brukertorget ved koordinerende enhet har ansvar for å peke ut hvilken virksomhet som skal ha koordinatoransvaret. I de tilfeller hvor bruker har ønske om en spesifikk person formidles dette, men det er virksomhetsleder i den utpekte virksomheten som avgjør hvem som blir koordinator. Brukertorget erfarer at PHR i enkelte tilfeller ikke ønsker å påta seg koordinatorrollen. Dette gjelder særlig i saker som er svært komplekse. Brukertorget erfarer også at koordinatorrollen noen ganger misforstås ved at enkelte ikke forstår hvilke oppgaver som følger med rollen, eller at noen tror arbeidsoppgavene er mer omfattende enn de faktisk er. PHR på sin side mener i enkelte tilfeller at det ikke er naturlig at koordinatorrollen skal ligge hos dem fordi det ikke nødvendigvis er PHR som er tettest på brukeren. I et intervju med PHR ble det gitt uttrykk for at enheten hadde blitt bedt om å være koordinator for brukere hvor PHR mente andre virksomheter eller tjenesteytere i større grad var i kontakt med brukeren enn PHR. PHR mente i disse tilfellene at koordinatorrollen burde ha ligget hos den tjenesteyteren som var tettest på brukeren. I slike tilfeller kan det bli noen runder frem og tilbake før koordinatoren blir endelig avklart. Det ble eksempelvis pekt på et tilfelle hvor det hadde tatt ett år å avklare hvem som skulle være koordinator for en bruker.

Av intervjuene fremgår det at enkelte kan være usikre på hvilke arbeidsoppgaver og ansvarsområder som faktisk ligger i koordinatorrollen. Brukertorget sier at det ikke er utarbeidet en egen rollebeskrivelse for koordinatorrollen, men at Helse- og omsorgsdepartementet har laget en veileder. Revisor har i felles ledelsessystem, under Brukertorget's mappe, funnet en rollebeskrivelse med tilhørende ansvar og myndighet for koordinator knyttet særskilt til arbeidet med individuell plan. Det er ukjent i hvilken grad den nevnte rollebeskrivelsen er gjort kjent blant koordinatorene som har brukere med individuell plan.

Koordinerende enhet har et tredelt kurs for å gi opplæring i hva som ligger i koordinatorrollen og det relevante lovverket. Kurset tar for seg dette og de verktøyene som brukes, i tillegg til hva som forventes av koordinatoren, arbeidsoppgaver og møteledelse. Fra 2019 gjøres dette kurset obligatorisk for å bli godkjent som koordinator.

### ***Samhandling mellom NAV og Brukertorget/Psykisk helse og rus***

NAV yter i mange tilfeller økonomisk og arbeidsrelatert bistand til de samme personene som Brukertorget og PHR er i kontakt med, og blir derfor ofte involvert i disse personenes dialog med Brukertorget, PHR og eventuelle andre aktører. Det er ikke skriftlig samhandlingsrutine mellom

---

<sup>2</sup> Lavterskeltilbud brukes på ulike måter; tilbudet kan gis både til 1) personer med milde eller moderate utfordringer knyttet til rus og/eller psykisk helse og til 2) personer med mer omfattende utfordringer. I dette tilfellet sikter vi til tilbud til den første målgruppen.

NAV og Brukertorget eller NAV og PHR, men det fremgår av intervjuene at det er en etablert praksis.

NAV har ansatt egne koordinatorene for både rus og psykisk helse som bistår brukere med problemer innenfor disse områdene. NAV har opplyst at denne bistanden særlig gjelder spørsmål knyttet til

- Arbeidsavklaring og uførhet
- Brukernes dialog med Brukertorget i forbindelse med vedtaksprosessen
- Deltakelse i møter med utfører, eksempelvis i ansvars- og samarbeidsmøter med andre instanser som yter tjenester til brukeren.

NAV har gitt uttrykk for at disse stillingene også er opprettet for å styrke dialogen og koordineringen med PHR i tilfeller der begge yter tjenester.

NAV har, i likhet med Brukertorget, pekt på utfordringer knyttet til lavterskeltilbudene. I et intervju ble det gitt uttrykk for at det kan være diffust når man skal henvise til Brukertorget for å få fattet et vedtak, og når man skal henvise direkte til et lavterskeltilbud, eksempelvis Mestringshuset. Også NAV har erfart at brukere som er henvist til Mestringshuset, blir avvist, eller får beskjed om at de ikke er i den aktuelle målgruppen.

Videre har NAV informert om at de ikke alltid blir invitert med i ansvarsgruppemøter for brukere hvor flere tjenesteytere deltar. Særlig gjelder dette for rusmisbrukere. NAV har gitt uttrykk for at det ikke alltid er behov for at egne representanter skal delta i disse møtene, men hvis økonomi eller arbeid og arbeidsavklaring skal diskuteres, mener NAV egne representanter bør være til stede.

### ***Samhandling med andre aktører***

I intervjuene fremkommer det at enkelte anser at oppfølgingen av personer i kommunens boliger for psykisk helse og rus er preget av en «silotankegang». I disse boligene kan flere ulike tjenester være involvert, alt ettersom hva brukeren har vedtak om. Utover personalet i boligen, kan hjemmesykepleien, hjemmehjelp og støttekontakt være involvert. Hjemmesykepleien tar seg av somatiske oppgaver, som eksempelvis sårstell og medisinerer, mens hjemmehjelpen rengjør og støttekontakt bistår i fritidsaktiviteter. Dette er oppgaver som i større grad kunne vært utført av personal i boligene, slik det gjøres i kommunens boliger for psykisk utviklingshemmede. Det påpekes i intervjuene at hvis boligpersonalet selv kunne utført noen av disse oppgavene i større grad, ville man frigitt ressurser hos eksempelvis hjemmesykepleien, samtidig som man unngikk at mange ulike mennesker var innom boligene, noe som kan skape uro hos beboerne og potensielt utfordrende situasjoner for personalet.

Manglende formalkompetanse trekkes frem i intervjuene som bakgrunn for at dette ikke er tilfellet i dag. Det nevnes også at dersom personalet skal utføre disse oppgavene, vil det kunne gå på bekostning av tid til eksempelvis psykisk helsearbeid.

### **For personer under 18 år**

For personer under 18 år det i hovedsak Barne- og familieenheten (BFE) som har ansvaret for tildeling av tjenester, utføring av tjenester og oppfølging av den enkelte (se vedlegg 1 for utvidet beskrivelse av BFE). BFE samarbeider med en rekke kommunale aktører i dette arbeidet, og har skriftlige samhandlingsrutiner med blant annet skolene, barnevernet, PHR og kommunens helseavdeling. Her beskrives hensikten og fremgangsmåten for samhandlingen. Formålet med samhandlingsrutinen med PHR er å sikre et «helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud i kommunen til unge voksne med behov for overgang fra rus og psykisk helsetjenester for barn og unge til psykisk helse- og rustjenester for voksne». Rutinen formaliserer også faste møtepunkter mellom BFE og PHR. Det skal holdes samarbeidsmøter fire ganger i året, hvor temaet for møtene er overføringen neste halvår, evaluering av samarbeidet og behov for faglig utvikling. Også Brukertorget er omfattet av denne rutinen.

Skolene er en særlig viktig arena for BFE for å fange opp og håndtere problemer knyttet til psykisk helse og rus. Alle elever ved kommunens skoler er tilknyttet skolehelsetjenesten, både på barneskolen, ungdomsskolen og videregående skole. Skolehelsetjenesten har definert et årshjul med aktiviteter for de ulike klassetrinnene i barne-, ungdoms- og videregående skole. Årshjulet er basert på universelle og allmennforebyggende tiltak for alle barn og unge i skolen.

Skolehelsetjenesten tilbyr også samtalegrupper for elevene, det skjer alltid i samarbeid med skolen. Elever med ulike behov blir fulgt opp individuelt av skolehelsetjenesten, og utfra alvorlighetsgrad vurderes henvisning til andre tjenester internt i Barne- og familieenheten, fastlegen, til spesialisthelsetjenesten eller andre.

Det er videre egne ansvarlige for tverrfaglig samarbeidssystem (TFS) ved hver skole og barnehagesone. TFS består av ulike kommunale tjenestetilbydere, som barnehage/skole, barneverntjenesten, skolehelsetjenesten og PP-tjenesten, samt foresatte/ungdom. Formålet er raskt å kunne tilby riktig og tilpasset hjelp for barn og unge man er urolig for. Det redegjøres nærmere for TFS under kapittelet om forebyggende arbeid nedenfor.

Ifølge intervjuene fungerer samhandlingen mellom BFE og andre i kommunen i hovedsak godt. Det er likevel blitt pekt på noen utfordringer i overgangsfasen fra barn til voksen når en bruker overføres fra BFE til PHR.

Det er opplyst at BFE bruker sitt eget journalsystem som ikke «snakker med» øvrige systemer i kommunen. Dette har ført til at når en bruker overføres fra BFE til PHR, har vedkommende en blank journal i Gerica. Dermed kan PHR oppleve å stå med svært lite dokumentasjon når overføringen har skjedd, til tross for at vedkommende kan ha vært i Asker kommunes systemer i mange år. Samtidig har det blitt påpekt at en ny samarbeidsrutine mellom BFE og Brukertorget kan bidra til å redusere problemet. Det har vært gjennomført én overføring siden den nye rutinen kom, og det var ifølge en intervjuet en mer vellykket prosess. I denne rutinen heter det eksempelvis at ved overføring fra BFE til PHR, skal BFE utarbeide «et overføringsnotat sammen med ungdommen, der det beskrives hvilken oppfølging ungdommen har hatt, videre ønsker og behov».

Overgangen fra BFE til PHR kan også være krevende for brukeren. Vedkommende er både i en sårbar alder, og skal forholde seg til nye mennesker og et nytt oppfølgingsløp. Flere intervjuede har understreket at dette stiller krav til en god overføringsprosess hvor man i en periode kan ha overlappende tjenesteyting fra BFE og PHR for å sikre trygge rammer.

Også NAV har gitt uttrykk for at overgangen fra barn til voksen kan være utfordrende, særlig med hensyn til informasjonstilgang og journalsystemer som påpekt ovenfor.

### 3.2.2 Hvordan er samarbeidet med eksterne aktører gjennomført for målgruppen?

#### For personer over 18 år

Brukertorget, PHR og NAV samarbeider med en reke aktører med målsetning om å bistå brukere i å mestre sine utfordringer knyttet til psykisk helse og/eller rus. Av eksterne samarbeidspartnere nevnes fastleger, sykehus og spesialisthelsetjeneste. Det samarbeides særlig med distriktpsykiatrisk senter (DPS) ved Blakstad og Vestre Viken (helseforetak). DPS er statlige klinikker med ansvar for den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Dette samarbeidet dreier seg primært om kontakt angående brukere samt innleggelse og utskrivelser. I tillegg er FACT-teamet (Flexible Assertive Community Treatment) et samarbeid mellom kommunen ved PHR og staten ved DPS.

Det er det ikke rutinebeskrivelser for samarbeidet med PHR, Brukertorget eller NAV overfor DPS.

Asker kommune er tilsluttet Lokalt samarbeidsutvalg (LSU), som består av Vestre Viken HF og Bærum sykehus, herunder barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og DPS, samt kommunene Asker og Bærum. I LSU diskuteres spørsmål angående somatikk, rus og psykisk helse for barn, unge og voksne. LSU møtes omtrent fire ganger året. Lederforum Asker er etablert som et organ under LSU, hvor det holdes møter omtrent fire ganger årlig på virksomhetsledernivå.

Av intervjuene fremgår det at samarbeidet med kommunen og DPS i hovedsak er godt. Det er likevel pekt på enkelte utfordringer i samarbeidet. Det er nevnt tilfeller hvor kommunen opplever å ha fått sen beskjed fra DPS om innleggelse og utskriving. Etter utskriving fra DPS vil ofte brukeren ha behov for videre oppfølging fra den kommunale helsetjenesten. Det fremgår at utskrivingssamtaler mellom DPS og kommunen bør gjennomføres i slike tilfeller. I et intervju ble det gitt uttrykk for at hvis slike samtaler ikke blir holdt, kan det være uheldig for kontinuitet i brukeroppfølgingen.

Det fremgår videre av intervjuene at inntakskravene til DPS oppleves som strenge, og at mange blir avvist, selv om man blir henvist dit av fastlegen. De som blir avvist, blir vanligvis henvist tilbake til det kommunale tjenestetilbudet. Det stiller krav til kommunen om tilgjengelig ressurser, ofte på kort varsel. Det har blitt påpekt at opprettelsen av FACT-teamet, som er et samarbeid mellom kommunen og DPS, kan bidra til å lette på noen av disse utfordringene ved at FACT-teamet kan oppsøke bruker i stedet for at bruker må oppsøke DPS.

### For personer under 18 år

BFE samarbeider primært eksternt med videregående skoler, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) i fylkeskommunen, spesialisthelsetjenesten ved BUP/DPS og fastlegene. Samarbeidet med videregående skoler knytter seg i hovedsak til helsesøstertjenesten og psykisk helse og rus-relaterte tiltak i skolen. Samarbeidet med fastlegene er sentralt da de har et behandlingsansvar for barn og unge med psykisk helse- og rusutfordringer. Samarbeidet med BUP knytter seg til barn og unge med særskilte utfordringer som trenger oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Videre har BFE gjennomført et samarbeidsprosjekt med BUP og Barnevernstjenesten hvor formålet var å utvikle rutiner for funksjonell og forpliktende samhandling.

BFE har en samarbeidsavtale med skolene. BFE har også en samarbeidsavtale med BUP, hvor formålet er å tydeliggjøre samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene for å gi barn og unge riktig hjelp. Dette gjøres ved å:

- Sikre formell forankring for opprettholdelse og videreføring av samarbeidet.
- Dokumentere felles ansvar og forpliktelser.
- Spesifisere partenes forpliktelser og ytelser i samarbeidet.

BFE er videre, som nevnt ovenfor, tilsluttet LSU og Lederforum Asker.

Samarbeidet mellom BFE og eksterne aktører fungerer godt og det er ikke identifisert områder med uklar ansvarsfordeling eller svak samhandling i samarbeidet med eksterne aktører.

### 3.2.3 Hvordan involveres pårørende?

#### For personer over 18 år

Av intervjuene fremgår det at pårørende involveres etter ønske og samtykke fra brukeren selv. Hvis vedkommende ikke ønsker å involvere pårørende, skal kommunen heller ikke gjøre det av hensyn til taushetsplikten. I slike tilfeller begrenser kommunens kontakt med pårørende seg til å lytte og gi generell informasjon om hvilke tilbud som finnes for pårørende dersom de ønsker dette. Når brukeren ønsker involvering fra pårørende, gjøres det.

PHR har følgende tilbud for pårørende (tilbys uavhengig av om bruker har samtykket til involvering eller ikke):

- Mestringshuset: gir kortvarig tilbud om samtaler med pårørende. Det gis også kurs i belastningsmestring somfavner alle typer livsbelastninger.
- Erfaringskonsulent: en person med pårørender erfaring som tilbyr samtaler
- Døgnåpen veiledningstelefon
- Tilbud om pårørendesamtaler: tilpasset om brukeren har samtykket til involvering eller ikke

PHR har ikke fremlagt rutine for involvering av pårørende, men det har i 2018 vært arbeidet med en ny plan for pårørenderarbeid, herunder rutiner for dette arbeidet. Det er ansatt en erfaringskonsulent i en 80 % prosjektstilling. Formålet med stillingen er ifølge stillingsbeskrivelsen å bidra til et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbudet. Dette skal oppnås gjennom å styrke brukerperspektivet, bidra til en aktiv bruker- og pårørenderolle, styrke samarbeidet mellom PHR, brukerorganisasjoner og frivillige og ideelle organisasjoner. Videre skal stillingen bidra til å gi erfaringskompetanse en større plass i kompetansebygging og tjenesteutvikling. Vedkommende har tidligere erfaring som pårørende og skal selv være i aktiv kontakt med pårørende.

#### For personer under 18 år

BFE har ikke en skriftlig rutine for involvering av pårørende, men ifølge intervjuene fremgår at det er en etablert praksis knyttet til dette. BFE involverer alltid foreldre så fremt ikke ungdom

over 16 år motsetter seg dette. Involvering av pårørende, og da særlig foreldre, anses som svært viktig i arbeidet med barn og unge under 18 år. I enkelte tilfeller blir det sett på som helt nødvendig å få med foreldrene «på laget» for å skape resultater. BFE forholder seg til taushetsplikten overfor pårørende som også gjelder for brukere under 18 år. Det fremgår av intervjuene at man som hovedregel tilstreber å involvere pårørende så aktivt som mulig i den grad det gis samtykke til dette. Det understrekes at pårørende ikke involveres i saker hvor det er mistanke om eksempelvis vold i hjemmet eller seksuell misbruk.

Det finnes også en koordinator for barn som pårørende skal sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud rundt barn som er pårørende til foreldre eller søsken med psykisk helse- og/eller ruslidelser eller alvorlige somatiske sykdommer.

### 3.2.4 Hvilket forebyggende arbeid har kommunen innen psykisk helse og rus?

#### For personer over 18 år

PHR arbeider etter en omsorgstrapp hvor brukerens behovsnivå er økende for hvert trappetrinn oppover. Tjenestetilbudet er dimensjonert etter hvilket trappetrinn brukeren befinner seg på. Trappen er nærmere beskrevet i vedlegg 2. PHR har følgende ikke-vedtakspliktige tilbud i nederste trappetrinn:

- Mestringshuset: tilbud til alle personer over 18 år som opplever problemer av ulik art i livet
- Aktiv på dagtid: tilbud til voksne som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet
- Aktiv fritid: tilbud om friskliv, inkludering og tilrettelagte aktiviteter
- Diverse kurs: mestring av belastning, mestring av angst og livsstyrketrening

Det er informasjon om disse tilbudene tilgjengelig på kommunens nettsider. Ellers er det opplyst at kommunens ansatte i hovedsak har god kjennskap til disse tilbudene, slik at de kan henvise brukere videre til tilbudene.

#### For personer under 18 år

BFEs allmennforebyggende tiltak skal gis til alle barn og unge under 18 år. Disse tiltakene foregår primært på helsestasjon, i barnehage og på skolen. Dette er viktige arenaer for BFE for å fange opp og håndtere problemer blant ungdom. BFE samarbeider med skolene, og majoriteten av tiltakene gjennomføres på skolene. Dette handler i stor grad om at tiltak gjennomføres i klassene av helsesøster og bakes inn som en del av undervisningen. Sekundær- og tertiærforebyggende tiltak gis etter en konkret, tverrfaglig vurdering fra BFE. For personer under 18 år fattes det som hovedregel ikke vedtak etter forvaltningsloven om tildeling av bistand. Alle tiltakene i tiltakskjeden er definert i BFEs grunnpakke og årshjulet for tidlig innsats.

TFS er et tiltak i skjæringspunktet mellom allmennforebygging og sekundærforebygging. Formålet med TFS er å gi et best mulig tjenestetilbud til barn og unge ved å sikre tidlig og riktig hjelp basert på tverrfaglige vurderinger. I TFS-møtene deltar et bredt utvalg representanter fra ulike enheter for å drøfte innmeldte bekymringer knyttet til barn og unge: barn/ungdoms foresatte, barnehage/skole, skolehelsetjenesten, PP-tjenesten, Barnevernstjenesten og noen ganger BFEs psykiske helseteam. I TFS-møtet fattes det en avgjørelse om hva som er riktig tiltak for barnet/ungdommen/familien:

- Ikke foreta seg noe konkret.
- Tiltak som kan utføres lokalt, som for eksempel samtale med helsesøster, tilpasninger i skolehverdagen, tiltak som foresatte skal gjøre hjemme og så videre.
- Henvisning for til andre aktører for videre oppfølging.

Andre konkrete forebyggende tiltak fra BFE inkluderer:

- Utekontakten: oppsøkende ungdomsarbeid, et frivillig tilbud til ungdom som ønsker å snakke med voksne om problemstillinger knyttet til eksempelvis ensomhet, seksualitet, rus, vold og familie
- Psykisk helseteam: tilbyr veiledning og behandling til barn og unge 0-23 år og deres familier samt gravide, som strever med psykisk helseproblematikk, sosiale utfordringer og samspillsutfordringer i familien. Tjenesten tilbyr kortvarig oppfølging i tett samarbeid med

øvrige tjenester i kommunen. Tjenesten har en ansatt med særskilt ansvar for koordinering av tilbudet til barn som pårørende og deres familie.

- Helsestasjon for ungdom hvor det tilbys samtaler, veiledning og henvisning til andre instanser

Alle som er urolig for et barn, ungdom eller en familie kan ta kontakt med BFE sitt mottak og få veiledning på telefon eller samtale i mottak innen 3 dager. Mottaket tilbyr 1-3 samtaler eller og de kan bistå med henvendelse til ytterligere tilbud der det er ønske og behov for dette.

Informasjon om flere av disse tilbudene finnes åpent og tilgjengelig på kommunens nettsider.

### 3.3 VURDERING

#### 3.3.1 *Kommunen legger til rette for samhandling mellom involverte aktører i kommunes tjenestetilbud, men kommunikasjonen på tvers kan styrkes*

##### **For personer over 18 år**

Vår vurdering er at kommunen legger til rette for samhandling mellom de ulike kommunale tjenestene for personer over 18 år. Det fremgår av intervjuene at det er jevnlig kontakt mellom tjenestene, gjennom både uformelle og formelle kanaler. I tillegg til den løpende kontakten er det etablert faste møtepunkter mellom tjenestene, både på ledelses- og utøvernivå. Brukertorget fungerer som «én dør inn» og gjør at alle kommunens helse- og omsorgstjenester går via én aktør. Formålet er at det skal være enklere for brukere å forholde seg til én kontra mange aktører, samtidig som det skal gjøre samhandling og koordinering mellom bestiller og utfører enklere.

Hovedinntrykket fra intervjuene er at samhandlingen mellom de mest involverte tjenestene fungerer godt. Det er skriftlige samarbeidsrutiner mellom Brukertorget og PHR. Disse rutinene kunne likevel omfattet flere områder og vært mer utfyllende, eksempelvis ved å oppnevne koordinator, hva som ligger i koordinatorrollen, bruken av lavterskeltilbud og vedtaksprosessen mellom Brukertorget og PHR. Det bør utarbeides en beskrivelse av koordinatorrollen, samtidig som Brukertorget ved koordinerende enhet og PHR bør se hvordan kommunikasjonen rundt engasjement av koordinator kan bedres. Dette vil sikre at koordinatorrollen i mindre grad blir personavhengig, og at flere ønsker å ta på seg koordinatorrollen ettersom det er klare retningslinjer for hva jobben innebærer.

Det bør etter vår vurdering også avklares hvorvidt lavterskeltilbudet skal være ubetinget åpent for alle, eventuelt tydeliggjøre målgruppen og kriterier for deltakelse i tilbudet.

Videre mener revisor det er sentralt at Brukertorget og PHR har en felles forståelse av hvordan vedtak skal fattes med hensyn til innhold og detaljeringsgrad. Det bør avklares hvordan vedtak skal formuleres innholdsmessig, og i hvilken grad utfører i en bestiller-utfører-modell selv skal definere det tjenestetilbudet en bruker skal motta. Eventuelle rutineendringer eller ulike fremgangsmåter i vedtaksprosessen bør kommuniseres klart og tydelig til involverte saksbehandlere.

NAV har ikke samarbeidsrutine med Brukertorget og PHR. Etter intervjuene fremstår NAVs rolle overfor Brukertorget og PHR som udefinert, men positiv. Det kunne vært hensiktsmessig å formalisere dette samarbeidet gjennom en samarbeidsavtale mellom de tre aktørene.

Det er videre noen uklare grensesnitt mellom PHR og hjemmesykepleien rundt somatiske oppgaver. PHR bør vurdere om kompetanseheving og kursing kan bidra til at flere oppgaver kan utføres av eget personell. I dette ligger en potensiell effektiviseringsgevinst, blant annet vil det frigi ressurser hos andre, samtidig som det kan bidra til færre involverte instanser og mennesker som kommer og går i hjemmet til brukerne.

##### **For personer under 18 år**

Det er revisors vurdering at kommunen i stor grad legger til rette for samhandling mellom tjenestene som er involvert i tilbudet til barn og unge under 18 år. BFE har formelle samarbeidsavtaler med en rekke aktører, blant dem PHR, og har et utstrakt samarbeid med skoler og barnehager. Det er påpekt at det tidligere har vært utfordringer i overføringen fra BFE til PHR, ved at journaldata ikke har blitt med i overføringen. Det har gjort at PHR har stått med lite dokumentasjon om brukeren, til tross for at vedkommende kan ha vært i Asker kommunes

systemer i en lang periode. Det er gitt uttrykk for at en ny overføringsrutine mellom BFE og PHR skal bidra til bedre informasjonsutveksling. En overføring har skjedd etter den nye rutinen, og den har i intervjuene blitt beskrevet som vellykket. Revisor knytter derfor ingen anbefalinger til den gamle rutinen hvor det har vært utfordringer. Utover dette har ikke revisor gjennom intervjuene fanget opp særskilte utfordringer i BFEs samarbeid med andre kommunale aktører.

### **3.3.2 Det samarbeides godt med eksterne tjenesteytere**

#### **For personer over og under 18 år**

Vår vurdering er at kommunen i stor grad samarbeider med eksterne aktører, og ifølge intervjuene fungerer samarbeidet i all hovedsak godt. Det er etablert felles møteplasser hvor spørsmål knyttet til psykisk helse og rus kan diskuteres blant representanter fra ulike forvaltningsnivå. Samarbeidet med DPS rundt FACT-teamet trekkes av mange frem som et viktig bidrag til kommunens tjenestetilbud. Det har blitt pekt på enkelte områder hvor samhandlingen og koordineringen kan styrkes, men dette synes primært å gjelde enkeltsaker og ikke på systemnivå.

### **3.3.3 Pårørende involveres etter samtykke og kommunen har et bredt tilbud til pårørende**

#### **For personer over og under 18 år**

Vår vurdering er at kommunen har et systematisk pårørendearbeid med et bredt tilbud til pårørende, både gjennom Mestringshuset, bruk av erfaringskonsulent, veiledningstelefon og pårørendesamtaler. Temaet er satt på dagsorden i 2018 gjennom utviklingen av en ny plan for pårørendearbeid. I tillegg er det ansatt en konsulent som skal bistå pårørende og utvikle pårørendetilbudet. Involvering av pårørende er regulert av taushetspliktlovverket. Pårørende involveres derfor i den grad brukeren selv ønsker det. For barn og unge blir det sett på som svært viktig å involvere foreldrene, og dette gjøres i så stor grad som mulig. Revisor mener det ikke er avdekket åpenbare svakheter ved kommunens pårørendearbeid.

### **3.3.4 Kommunen har et bredt tjenestespekter for forebygging**

#### **For personer over og under 18 år**

Vår vurdering er at kommunen har en rekke forebyggende tiltak for brukere både over og under 18 år. BFE har gjennom sin grunnpakke for tidlig innsats definert en rekke forebyggende tiltak som synes å være godt innarbeidet i skole og barnehage. TFS virker å være et godt tilbud for å sikre tidlig og riktig hjelp, samtidig som enheten driver oppsøkende arbeid og har en egen familie- og nettverksavdeling med bl.a. et psykisk helseteam og et ambulerende team psykisk helse.

Også PHR har en rekke lavterskel, ikke-vedtakspliktige tiltak som har til hensikt å forebygge gjennom opplysning, råd og veiledning. Enkelte utfordringer knyttet til deltakelse på lavterskeltilbudene er drøftet nærmere ovenfor.

## **3.4 KONKLUSJON: KOMMUNEN SIKRER I STOR GRAD ET HELHETLIG OG KOORDINERT TILBUD FOR MÅLGRUPPEN**

Kommunen sikrer i stor grad et helhetlig og koordinert tilbud for målgruppen. Det tilbys et bredt tjenestespekter for personer både over og under 18 år, og det er samhandling mellom de ulike aktørene som deltar i tjenestetilbudet. Kommunen har også flere forebyggende tiltak og et variert tilbud til pårørende. Pårørende blir også involvert i behandlingstilbudet der bruker ønsker dette.

Det er i dag ulike forståelser av PHR's rolle i vedtaksprosessen. Revisor mener derfor at Brukertorget og PHR formelt må avklare hvordan vedtak skal fattes og i hvilken grad utfører selv kan bestemme hvilket tilbud en bruker skal få. Det er også et forbedringspotensial knyttet til presisering og bruk av koordinatorrollen.

## 4 TILBUD OM BOLIG OG OPPFØLGING I BOLIG

Denne problemstillingen gjelder i hvilken grad kommunen har et tilstrekkelig tilbud om bolig med oppfølging for brukere med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet. Vi har undersøkt:

- Hvor mange står på venteliste for boliger?
- Er boligene tilrettelagt for målgruppen?
- Hvordan følges målgruppen opp i boligene?

### 4.1 REVISJONSKRITERIER

Vi legger følgende kriterium til grunn:

*Kommunen skal ha et tilstrekkelig tilbud om bolig og oppfølging i bolig.*

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7 om medvirkning til å skaffe bolig.
- Boligsosial handlingsplan.

Kommunen skal ifølge helse- og omsorgstjenesteloven medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine behov på boligmarkedet. Kommunens boligsosiale handlingsplan (2013-17) redegjør for kommunens ansvar for at vanskeligstilte får et botilbud. Boligsosial politikk har et sosialt aspekt ved seg i den forstand at man ved hjelp av ulike virkemidler, skal bosette også de som har problemer med å etablere seg i, eller beholde, en god bolig i et godt bomiljø.

For brukere med rus- og psykiske utfordringer vil spørsmålet om tilrettelagte boliger være aktuelt. Dette er ikke en ensartet gruppe, og behovene dekkes ikke av én type boliger. Slike boliger kan gjelde både for førstegangsetablerere, eldre, funksjonshemmede, personer med store rusproblemer eller psykiske lidelser, psykisk utviklingshemmede og andre med store sosiale eller økonomiske utfordringer.

### 4.2 FAKTABESKRIVELSE

#### 4.2.1 Hvor mange står på venteliste for bolig, og i hvilket omfang kjøper kommunen plasser?

Brukertorget har oversendt statistikk for ventelisteutviklingen fra 31. desember 2014 frem til 30. juni 2018, se tabellen nedenfor. Oversikten viser at ventelistene for rus- og psykisk helse boliger (ROP-boliger) har vært fallende og nå er på null, mens ventelisten for boliger til personer med rene psykiske helse utfordringer har vært mer varierende. Det var pr. 30. juni 2018 syv personer på venteliste for psykisk helse bolig. Ifølge intervjuene fremkom det at etterspørselen er stor. Nedgangen i ROP-ventelistene er forklart med at det har kommet flere nye boliger de siste årene, blant annet som følge av kommunens deltakelse i Husbankens BoSo-program<sup>3</sup>. Ventelistesituasjonen og fremtidig behov er drøftet og kartlagt i kommunens boligsosiale handlingsplan fra 2010-2013 og Temaplan for psykisk helse og rus 2015-2018.

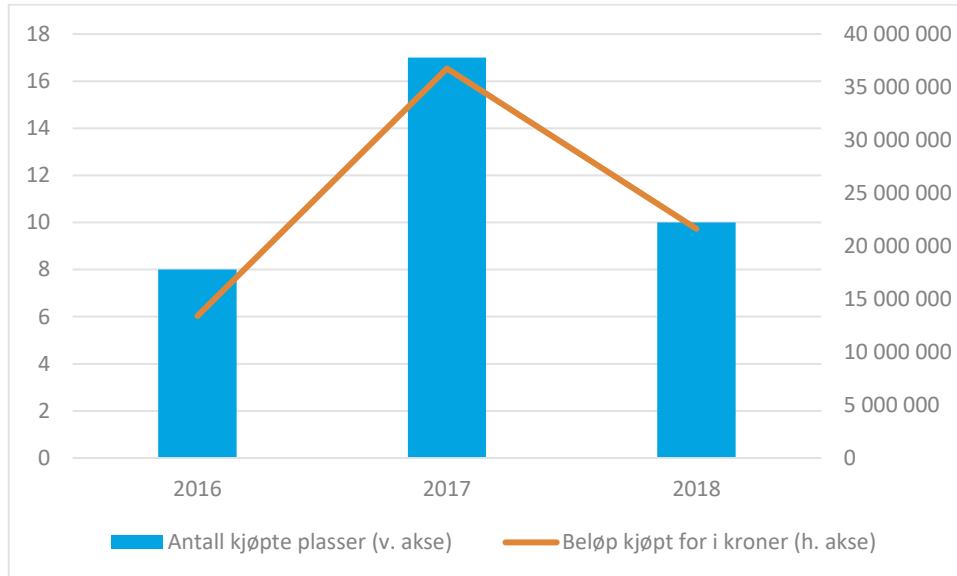
Venteliste boligtype	Per 31/12 2014	Per 31/12 2015	Per 31/12 2016	Per 31/12 2017	Per 30/6 2018
Psykisk helse	7	4	3	12	7
Rus og ROP	10	4	2	0	0
Totalt	17	8	5	12	7

Tabell 1: Utviklingen i ventelister for rus- og/eller psykisk helse boliger. (Kilde: Brukertorget i Asker kommune)

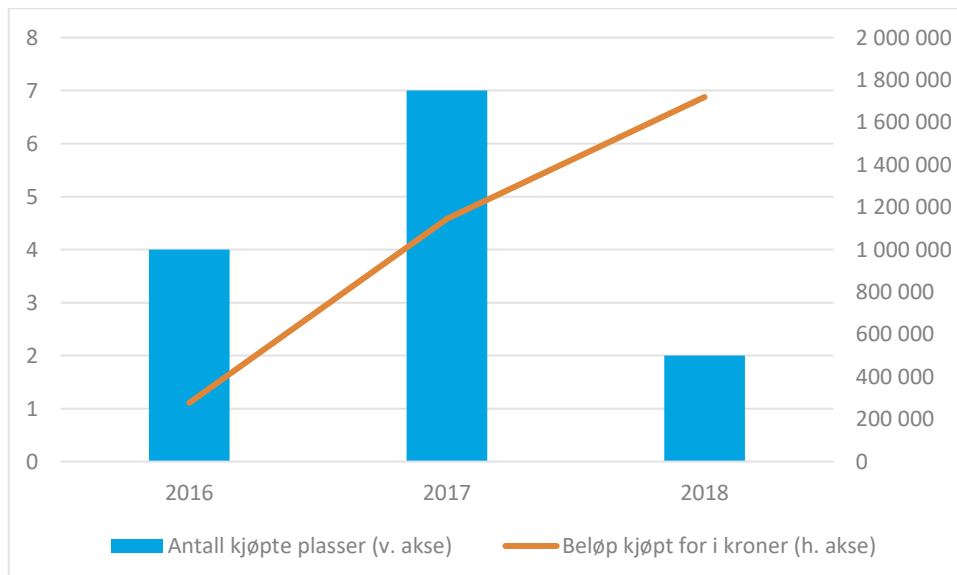
<sup>3</sup> Asker kommune deltok i Husbankens boligsosiale utviklingsprogram (BoSo) fra 2011 til 2015. Målet med Husbankens programarbeid er at flere skal kunne bo trygt og i egnede boliger, og at kommuner med store boligsosiale utfordringer skal bli bedre rustet til å løse disse utfordringene.



Kommunen kjøper langtids- og korttidsplasser fra private aktører for å dekke etterspørselen ut over egen boligkapasitet. Figurene nedenfor viser antall kjøp og kjøpsbeløp for årene 2018, 2017 og 2016. Tallene fra 2018 er pr. september 2018. PHR har forklart at økningen for langtidsplasser i 2017 skyldes nedleggelsen av en samarbeidsordning Asker kommune hadde med Bærum kommune og DPS. Kommunen kjøpte botilbud i Strandveien for et visst antall beboere før dette ble avvirket og det deretter ble kjøpt plasser fra private aktører. Dette behovet ble senere overført til kommunens nye boliger som nevnt ovenfor.



Figur 1: Kjøp av langtidsplasser fra private aktører. 2018-grafen er per september 2018 (Kilde: Psykisk helse og rus, Asker kommune).



Figur 2: Kjøp av korttidsplasser fra private aktører. 2018-grafen er per september 2018 (Kilde: Psykisk helse og rus, Asker kommune).

#### 4.2.2 Er boligene tilrettelagt for brukerguppen?

Kommunens botilbud til målgruppen fordeler seg slik:

Rus og psykisk helse:

- Fusdalbråten: bemannet hele døgnet
- Fredtunveien: bemannet hele døgnet
- Skoleveien: ambulerende tjenester i tillegg til omtrent 10 timer fast bemanning per uke

Psykisk helse:

- Torstadveien: bemannet hele døgnet
- Kirkeveien: bemannet hele døgnet
- Slottsberget: ambulerende tjenester i tillegg til fast bemanning en dag i uken
- Nedre Sem gård: bemannet hele døgnet

Videre har kommunen følgende botilbud til personer med et mer kortsiktig oppfølgings- og bistandsbehov:

- Semsveien: et døgnbemannet tiltak for unge voksne over 18 år med ulike former for utfordrende atferd/sammensatte vansker
- Skustadgata: ettervern- og botreningstiltak med en rusfri profil for personer som har et mål om en rusfri tilværelse. Tilbudet er for personer som har avsluttet rusbehandling og som er i en rehabiliteringsfase med behov for et rusfritt boligtilbud på veien mot egen bolig.
- Nedre Sem gård boliger: et lavterskel, døgnbemannet, tidsbegrenset tilbud med to plasser, som tilbyr avlastning, støtte og forebygging. Døgnplassene er tilgjengelig for kjente brukere med psykiske helseutfordringer som får symptomer på forverring og økt uro, og hvor tilbudet kan hindre eskalering av tilstanden. Tilbudet kan bidra til å forebygge behov for innleggelse i sykehus.

Av intervjuene fremgår det at boligtilbudet i hovedsak oppfattes som godt tilrettelagt for brukerguppen. Den ambulante oppfølgingen skjer primært på dagtid og i ukedagene, men det er informert om at tilbudet i løpet av 2019 skal utvides til kvelder og helger. Noen intervjuede har påpekt at tilbudet kunne vært enda mer differensiert ved at man burde hatt et mer tilpasset botilbud til brukerguppen som ruser seg «litt». Disse mener denne mellomgruppen i dag kan havne mellom to stoler hvor tilbudet i hovedsak har nulltoleranse for rus, eller rettet mot personer med tunge rusproblemer. For en person som ønsker å komme seg ut av rusmiljøet på sikt, kan det være uheldig å bo sammen med andre som ruser seg tungt. Utover dette har det ikke fremkommet informasjon som tyder på at boligene ikke er tilrettelagt for brukerguppen.

#### 4.2.3 Hvordan følges brukerguppen opp i boligene?

Brukerne skal følges opp i henhold til vedtak om bistand, egne ønsker og løpende vurdering fra personalet ved de bemannede boligene. Disse er de mest involverte i tjenesteytingen i kommunens boligtilbud:

- Personalet i de døgn- og dagbemannede boligene
- FAT og FACT i de boligene hvor det er lagt opp til besøk fra ambulante tjenester
- Hjemmesykepleien når det gjelder det somatiske, som eksempelvis sårstell og medisinerings
- Praktisk bistand/hjemmehjelp vedrørende diverse husarbeid

Ved innflytting i boligene har brukeren en samtale med personalet som resulterer i en samarbeidsavtale. Formålet er at brukeren selv skal definere hva vedkommende opplever som viktig eller hva vedkommende ønsker å mestre. Dette omtales som en *recovery*-tankegang og ligger til grunn for mye av arbeidet som gjøres innenfor psykisk helse og rus i Asker kommune. I recoveryorienterte psykisk helse og rus-tjenester er tilnærmingen at mennesker kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, på tross av psykiske helse- og rusutfordringer. Viktige personlige elementer i recoveryprosessen eller bedringsprosessen har vist seg å være myndiggjøring, tilhørighet, håp og optimisme, identitet, mening og mål. Kort oppsummert handler dette om å legge til rette for at brukeren mestrer hverdagen sin så godt som mulig.

Samarbeidsrutinen mellom Brukertorget og PHR skisserer rammene for revurdering av vedtak. Typisk er det ett år mellom disse vurderingene. PHR skal journalføre endrede behov hos brukerne og rapportere dette til Brukertorget.

Lengden på brukernes leiekontrakter har i mange tilfeller blitt redusert fra tidsubestemt til eksempelvis to år. Standard husleiekontrakter som vanligvis benyttes er på 3 år, der det avtales kortere leietid skal dette være til leietakers gunst. Formålet med kortere leiekontrakter er ikke å signalisere til brukeren at vedkommende skal ut på et bestemt tidspunkt, men heller å signalisere et håp om at brukeren kan bli frisk nok til å flytte ut.

## 4.3 VURDERING

### 4.3.1 Det er venteliste på psykisk helse boliger, men ingen for ROP-boliger

Det er fortsatt behov for psykisk helse boliger i kommunen. Det har kommunen selv dokumentert i sin boligsosiale handlingsplan for 2010-2013 og Temaplan for psykisk helse og rus for 2015-2018. For å dekke noe av dette behovet kjøpes det inn tjenester fra private. Antall plasser kjøpt fra det private steg drastisk i 2017, for å deretter falle mye i 2018. Endringene skyldes opphør av samarbeidsavtaler, etterfulgt av ferdigstilling av nye boliger.

Hittil i 2018 er det ifølge PHR kjøpt bolig tjenester for omtrent 22 millioner kroner fra private leverandører. Det ligger ikke i revisors mandat for denne revisjonen å ta stilling til dette omfanget, men det illustrerer en etterspørsel som går utover kommunens tilgjengelige tilbud.

Ventelistestatistikken for psykisk helse boliger fluktuierer noe, men kommunen har ikke fullt ut lykkes med å redusere ventelisten for disse boligene. For ROP-boligene er ventelisten for tiden null.

### 4.3.2 Boligene er i hovedsak godt tilrettelagt for målgruppen, men kan bli bedre tilpasset brukere i en mellomkategori

Tilbakemeldingene revisor har fått, peker i hovedsak mot at boligene er godt tilrettelagt for målgruppen. Det har i intervjuene likevel blitt påpekt at noen brukere befinner seg i en mellomkategori, hvor man ruser seg «litt». I slike tilfeller har det blitt påpekt at det kan være u hensiktsmessig med botilbud hvor det i utgangspunktet er nulltoleranse for rus, samtidig som det kan være uheldig for brukerne å bo i et miljø med svært tunge rusmisbrukere. Basert på dette bør kommunen gjøre en nærmere faglig vurdering av om det er hensiktsmessig å differensiere botilbudet i større grad for å tilrettelegge bedre for brukere i mellomkategorien.

### 4.3.3 Brukergruppen synes å bli fulgt opp godt opp i boligene

Det er ikke indikasjoner på mangelfull oppfølgingen av brukerne i boligene. Asker kommune synes å ha et bredt tjenesteapparat, og særlig i tyngre saker er det positivt at man kan trekke på spesialisthelsetjenesten gjennom FACT-teamet.

## 4.4 KONKLUSJON: KOMMUNEN HAR ET TILSTREKkelig BOLIG OG OPPFØLGING I BOLIG

Kommunen har et tilstrekkelig tilbud til målgruppen om bolig og oppfølging i bolig. Det er bygget flere boliger de siste årene som har påvirket kapasiteten. Det er fortsatt ventelister for psykisk helse boliger, mens det ikke er venteliste på ROP-bolig. Boligene synes i hovedsak å være godt tilrettelagt for målgruppen. Kommunen har et bredt tjenestetilbud for oppfølging i boligene.

# 5 TILBUD OM ETTERVERN OG OPPFØLGING

Ettervern og oppfølging er en del av det helhetlige og koordinerte tilbudet til brukerne som ble omfattet av den første problemstillingen. Likevel blir det i denne problemstillingen rettet oppmerksomhet mot arbeidet med brukerne etter at det initiale behandlingstilbudet er avsluttet. Ettervern omfatter det tilbudet brukerne får etter opphold i statlig institusjon, i tillegg til det tilbudet brukere gis etter avsluttende behandlingstilbud i kommunal regi.

For å vurdere om kommunen har et tilstrekkelig tilbud om ettervern og oppfølging for brukere med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet, har vi undersøkt:

- Hvordan gjennomføres ettervern og oppfølging overfor målgruppen?

- Hvordan har utviklingen på ulike funksjonsområder vært?
- Hvordan har pårørendemedvirkningen vært i ettervern og rehabiliteringsarbeidet?

## 5.1 REVISJONSKRITERIER

For å vurdere kommunens tilbud om ettervern og oppfølging legger vi følgende to kriterier til grunn:

*Kommunen skal sørge for et godt habiliterings- og rehabiliteringsarbeid overfor brukerne.*

*Det skal sikres at erfaringer fra brukere og pårørende inngår i forbedringsarbeidet til kommunens rusomsorg.*

- Forskrift om habilitering og rehabilitering mv., § 4, pasient og brukermedvirkning, kapittel 3 om kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering.

Ettervern kan defineres slik: Systematisk oppfølgingstiltak for en gruppe personer som har gjennomgått en eller annen spesialisert behandling for et rusproblem. Siktemålet er å lette tilpasningen til et normalt samfunnsliv.<sup>4</sup>

Ifølge forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator skal kommunen planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud. Videre skal pårørende trekkes inn i arbeidet i den utstrekning brukeren og pårørende ønsker dette selv.

Fra Asker kommunes temaplan 2015-2018 står oppfølging og ettervern omtalt på følgende måte:

«I rusfeltet bruker man i dag betegnelsen «oppfølging» om ulike hjelpetiltak som sammen skal bidra til å bedre den enkeltes sosiale og helsemessige situasjon. Oppfølging ytes enten brukeren har et aktivt rusmiddelbruk uten klare planer om endring, ønsker endring men venter på behandlingsplass, er under eller har gjennomført behandling og har behov for støtte til koordinerte tjenester for å opprettholde behandlingsresultatet (ettervern).»

## 5.2 FAKTABESKRIVELSE

### 5.2.1 Hvordan gjennomføres ettervern og oppfølging overfor målgruppen?

Begrepet ettervern er tradisjonelt knyttet til oppfølging etter et institusjonsopphold. Ansatte i kommunen påpeker at dette begrepet er for statisk og utdatert i lys av den statlige omleggingen av rusomsorgen hvor plasser for langtidsbehandling er redusert og behandlingen i større grad skal foregå poliklinisk, eventuelt supplert med kortere institusjonsopphold. Det påpekes videre at ettervern også er et lite hensiktsmessig begrep fordi rehabilitering av rusmiddelbrukere kan være en langvarig prosess, som kan innebære mange tilbakefall mellom kortere og lengre perioder uten rus.

Ansatte i kommunens rusomsorg benytter derfor ikke begrepet ettervern, men uttrykker det som oppfølging, under og etter behandling i kommunen eller institusjon. Arbeidet med oppfølging og ettervern blir videre beskrevet som et kontinuerlig arbeid med «å bevege en bruker nedover i omsorgstrappen», heller enn at en bruker skal «ut av trappen etter de når toppen».<sup>5</sup> Dette innebærer at flere av kommunens tjenester innenfor psykisk helse og rus også inngår som tjenester i arbeidet med ettervern og oppfølging av målgruppen. I intervju blir det presisert at mange av tjenestene er de samme, uavhengig om det er før, under eller etter behandling. Tjenestene som innvilges, endrer ikke navn, og det er ofte det samme personalet som gir tjenestene.

Av botilbud nevnes Skustadgata, bestående av seks ettervernsboliger og en baseleilighet. Disse leilighetene er døgnbemannet og har en rusfri profil. Tilbudet er beregnet på personer som har avsluttet rusbehandling, og som er i en rehabiliteringsfase med behov for et rusfritt boligtilbud

<sup>4</sup> Dahl, Johansen og Ramsdal, 2003 s. 8

<sup>5</sup> For mer informasjon om omsorgstrappen, se kapittel 4.2.1, Psykisk helse og rus.

på veien mot egen bolig. Tilbudet driftes av PHR.<sup>6</sup> Nedre Sem er et annet botilbud for personer som i korte perioder har behov for tilgjengelig personale gjennom døgnet på grunn av psykiske helseproblemer<sup>7</sup>. Tilbudet kan beskrives som avlastning, støtte, og forebygging, og er ikke et behandlingsopphold. Opphold forutsetter at det står som et tiltak i brukers mestringsplan. Varighet på opphold er en uke av gangen.

Ansatte i FAT følger opp brukere på forskjellige måter alt etter om de er kjente fra tidligere eller ikke. Der bruker er kjent og skal skrives ut fra tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) (tverrfaglig spesialisert behandling) skjer oppfølgingen før, under og etter innleggelse, med ansvarsgrupper og andre aktuelle hjelpetiltak. Der bruker ikke er kjent fra tidligere søker TSB sammen med bruker om kommunale tjenester via Tjenestetildelingen. Dette er beskrevet i rutiner for samarbeidet mellom Asker, Drammen og Bærum kommune og Vestre Viken HF Avdeling for rus og avhengighet.

I tilfeller hvor en bruker flytter fra bemannet bolig, videreføres oppfølgingen med personalet fra boligen der dette er hensiktsmessig for å trygge bruker i overgangen. Det gis også mulighet til å ringe boligen man tidligere bodde i hvis man opplever utfordringer i hverdagen. Videre opplyses det at FAT blir brukt etter utskrivning fra TSB for å sikre en god overgang fra TSB til kommunen.

Koordinatorer og ruskonsulenter vi har intervjuet forteller at ettervern er en stor del av jobben deres. I dette arbeidet inngår utarbeidelse av mestringsplaner. Spesielt gjelder dette innenfor psykisk helse. Mestringsplanen er brukers plan for hva han eller hun har behov for av hjelp i vanskelige perioder. Dette for å avklare potensielle «triggere» som kan gjøre en dårlig, slik at man kan unngå dette. Planen inneholder også hvem man kan kontakte om man blir dårlig, eller om man eksempelvis har rett til å benytte seg av botilbudet på Nedre Sem.

Av lavterskeltilbud finnes et brukerstyrt aktivitetshus, Grindestua, som Asker kommune og brukerorganisasjonen A-larm samarbeider om. På kommunens nettside beskrives tilbud om SNU-gruppe, en gruppe for mennesker som ønsker å leve rusfritt. Denne skal fungere som forvern, ettervern og supplement til behandling.<sup>8</sup> I tillegg tilbys det diverse fritids- og aktivitetstilbud gjennom frivillige organisasjoner og lag i kommunen.

I de tilfeller hvor brukeren skal tilbake i arbeidslivet, kobles NAV inn med tiltak som eksempelvis arbeidstrening og arbeidsrettet rehabilitering. I intervju med NAV ble det ytret et ønske om at de blir koblet på enda raskere i tilfeller hvor arbeid og aktivitet er aktuelt. Dette er en viktig del av rehabiliteringen, og NAV har en rekke tilbud som kan være aktuelle.

I forrige forvaltningsrevisjon av rusomsorg og ettervern i Asker kommune fra 2013 var en av anbefalingene til kommunerevisor at det utarbeides skriftlige planer for oppfølging av klienter i en ettervernsfase for å sikre systematikk i oppfølgingen og gjøre oppfølgingen mindre personavhengig.<sup>9</sup> Revisor mente da også at det vil gjøre det lettere å vurdere om brukerne får den oppfølgingen de har krav på.

Utover samarbeidsrutinen med Vestre Viken HF som nevnt ovenfor er det ikke utarbeidet rutinebeskrivelser og planer for arbeidet med ettervern og oppfølging i kommunen slik kommunerevisor anbefalte i 2013. Utover dette finnes en rutinebeskrivelse for arbeidet med rehabilitering og aktivisering av hjemmeboende med psykiske lidelser hentet fra PHRs virksomhetsplan på kommunens intranett. Denne beskriver to ulike tilbud:

1. **Aktivitetstilbud**, som er målrettede individuelle tilbud og/eller tilbud som gis i gruppe. Tilbudet kan for eksempel være kurs, samtalegruppe, bevegelsesgruppe mm.
2. **Psykososial rehabilitering**, definert som den innsatsen som ytes for å hjelpe folk med alvorlige psykiske problemer, slik at de kan få en verdifull rolle i samfunnet, som de ønsker seg, med så lite profesjonell innblanding som mulig.

---

<sup>6</sup> Informasjon hentet fra: Powerpoint: Ny innretning i Psykisk helse og rustjenester til KRFF (14.03.2018) og <https://karrierestart.no/ledig-stilling/924453?viewName=JobAdPrint>

<sup>7</sup> Informasjon hentet fra: <https://www.asker.kommune.no/helse-og-omsorg/psykisk-helse/boliger-for-voksne-med-psykiske-vansker/>

<sup>8</sup> Informasjon hentet fra: <https://www.asker.kommune.no/helse-og-omsorg/psykisk-helse/grindestua/>

<sup>9</sup> Asker kommunerevisjon. (2/2013). *Forvaltningsrevisjonsrapport: Rusomsorg og ettervern*. Hentet fra: [http://arkiv.rokus.no/uploads/2/6/1/4/26148987/rapport\\_rusomsorg.pdf](http://arkiv.rokus.no/uploads/2/6/1/4/26148987/rapport_rusomsorg.pdf)

Revisjonen har riktignok mottatt en rutine for oppfølgingstjenester for rusmiddelavhengige personer, men denne er fra januar 2014 og tilhørende den tidligere virksomheten sosialtjenesten.

### 5.2.2 Hvordan har utviklingen på ulike funksjonsområder vært?

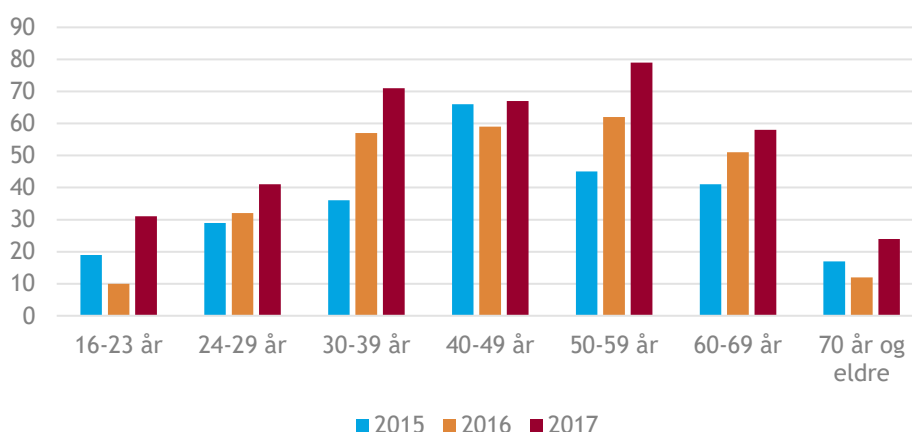
PHR opplyser at enheten bruker verktøyet «Brukerplan» for å kartlegge brukere med rusproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Kartleggingen av hver bruker foregår en gang i året og gir et «øyeblikksbilde» av omfanget og karakteren av personer med psykisk helse- og rusproblemer. I utgangspunktet skal alle personer over 16 år som er registrert med kommunale helse/omsorg/velferdstjenester siste 12 måneder kartlegges.<sup>10</sup> I Det er kun psykisk helse og rus i Asker kommune er det kun psykisk helse og rus som gjennomfører kartleggingen, slik at brukere som kun mottar tjenester fra BFE, Brukertorget eller NAV, dermed ikke inngår i resultatene.

Kartleggingen viser brukernes daglige funksjonsevne på åtte levekårsområder: bolig, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og nettverk. Brukerne blir vurdert etter fargeskalaen grønn, gul, rød og blålys, hvor grønn er best og blålys er dårligst<sup>11</sup>. Skårer man eksempelvis grønn på bosituasjon betyr det at man har en permanent og tilfredsstillende bosituasjon, mens en rød skår betyr at man er bostedsløs. Rapporteringen skiller mellom brukere med kun psykisk helseproblemer og brukere med rusproblemer eller som samtidig har rus og psykiske problemer (ROP).<sup>12</sup>

De aggregerte resultatene fra BrukerPlan-kartleggingen viser utviklingen på brukernes funksjonsområder. Vi har mottatt kommunens resultater fra 2015, 2016 og 2017. I tillegg har vi sammenlignet med nasjonale tall fra 2017.

Antall brukere med rus- og/eller ROP-utfordringer har sunket fra 190 brukere i 2015 til 184 i 2017. For brukere med psykiske helseproblemer ser man en kraftig økning i alle aldersgrupper. Dette henger sammen med at antall brukere i kommunen med psykiske helse og rus-problemer har økt vesentlig, fra 253 i 2015 til 371 brukere i 2017. Kommunen har påpekt at dette kan skyldes at brukere som kun får tjenester fra Mestringshuset ikke ble kartlagt før i 2017. Resultatene for brukere med psykiske helseproblemer er fremstilt i tabellen nedenfor.

### Aldersspredning over tid, psykiske helseproblemer



Figur 3: Aldersspredning for tjenestemottakere med psykiske helseproblemer i Asker kommune. Kilde: Asker kommune

<sup>10</sup> Brukermanual BrukerPlan 2018 datert 30.april 2018

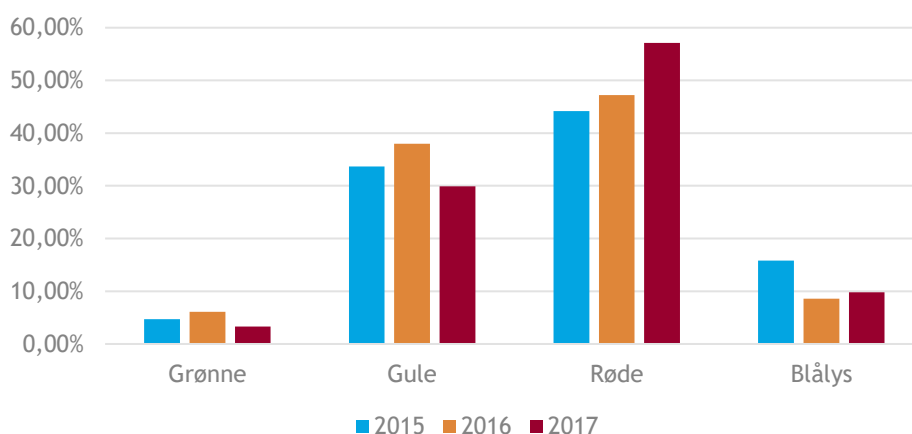
<sup>11</sup> Betegnelsen «blålys» har erstattet den tidligere skåren «blodrød» som ble benyttet før 2017, og er et signal om særlig dårlige levekår. Brukere med «blålys» på levekårsindeksen har relativt høy andel rød skår på alle levekårsområder.

<sup>12</sup> Informasjon hentet fra: <http://www.brukerplan.no/BrukerPlan%C3%85rsrapport2017%20Digital.pdf>

Levekårsindeksen for brukere med rus og ROP-problemer i Asker kommune viser en gradvis forverring de siste tre årene. Resultatene er hentet fra kommunens BrukerPlan-kartlegging. Andelen brukere med grønn levekårsindeks er redusert med 1,4 prosentpoeng siden 2015 samtidig som andelen med rød levekårsindeks har økt med nærmere 13 prosentpoeng. Brukere med blålys indeks har blitt redusert noe, fra 15,8 prosent til 9,8 prosent. Andelen med rød eller blålys indeks i Asker kommune (samlet 66,9 prosent i 2017) er noe høyere enn det nasjonale nivået (60,0 prosent i 2017<sup>13</sup>).

Statistikk mottatt fra Asker kommune viser at de døgnbemannede boligene for personer med psykiske helseutfordringer har lav gjennomtrekk, og at de fleste brukere i snitt blir boende der i fem til ti år. For døgnbemannede rus og psykisk helse boliger viser tallene en mer hyppig inn- og utflytting, hvor brukere blir boende i snitt ett til tre år.

### Utvikling levekårsindeks for mottakere med rus og ROP-problemer



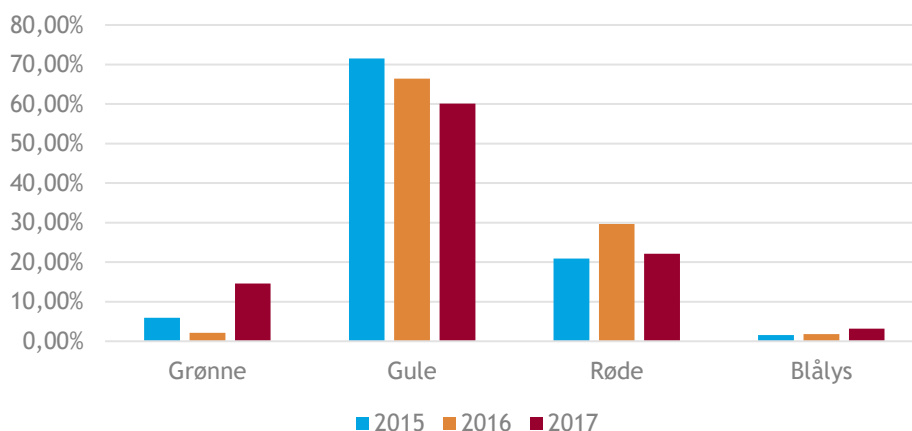
Figur 4: Mottakere med rus og rop-utfordringer. Levekårsindeks 2015-2017. Kilde: Asker kommune

Levekårsindeksen for brukere med psykiske helseproblemer i Asker kommune viser en forbedring på alle områder utenom blålys indeks. Andelen brukere med grønn indeks har økt kraftig i perioden, mens andelen med gul og rød indeks har sunket. Brukere i kategorien blålys har derimot økt med 1,6 prosentpoeng. Tallene i Asker kommune vitner om en bedre levekårsindeks for brukere med psykiske helseproblemer sammenlignet med den nasjonale indeksen<sup>14</sup>. I 2017 var det nasjonale tallet på brukere med grønn skår 5 %, 71 % skåret gult, 23 % skåret rødt, mens 1 % havnet i kategorien blålys.

<sup>13</sup> Informasjon vedrørende nasjonale BrukerPlan-tall er hentet fra: <http://www.brukerplan.no/BrukerPlan%C3%85rsrapport2017%20Digital.pdf>

<sup>14</sup> Informasjon vedrørende nasjonale BrukerPlan-tall er hentet fra: <http://www.brukerplan.no/BrukerPlan%C3%85rsrapport2017%20Digital.pdf>

## Utvikling i levekårsindeks for mottakere med psykiske helseproblemer



Figur 5: Mottakere med psykiske helseproblemer. Levekårsindeks 2015-2017. Kilde: Asker kommune

### 5.2.3 Hvordan har pårørendemedvirkningen vært i ettervern og rehabiliteringsarbeidet?

PHR opplyser at pårørende involveringen skjer etter ønske fra brukeren selv og ikke skiller seg fra arbeidet med involvering av pårørende ellers i behandlingsløpet. Det er også opplyst at det pågår arbeid med utarbeidelse av en plan for pårørendearbeid i PHR, og det er ansatt en egen erfaringskonsulent som blant annet skal bidra til en aktiv bruker- og pårørenderolle. Se kapittel 3.2.3 for en utdykning av arbeidet med pårørendemedvirkning.

I en forvaltningsrevisjon av Asker kommunes rusomsorg og ettervern fra 2013 ble det i forbindelse med evalueringen av pårørendemedvirkning i arbeidet med ettervern påpekt at: «I sosialtjenestens virksomhetsplan for 2012 var det planlagt pårørendeundersøkelse. Denne undersøkelsen er ikke blitt gjennomført. Det opplyses at dette tiltaket er overført og skal utføres i år.»<sup>15</sup> Denne ble gjennomført i 2013, men undersøkelsen er ikke oversendt revisor. Det har ikke vært gjennomført pårørendeundersøkelser etter dette.

Av intervjuene fremgår det at i etterverns- og oppfølgingsarbeid må mange av brukerne, som har gjennomgått rusbehandling, bygge opp igjen nettverket sitt eller etablere et nytt nettverk. Dette bistår ruskonsulent/koordinator med. Vi har også fått opplyst at ruskonsulent/koordinator gjentatte ganger spør om samtykke til involvering av pårørende ettersom det ofte avhenger av fasen man befinner seg i om man ønsker involvering av pårørende eller ikke.

## 5.3 VURDERING

### 5.3.1 Det er få skriftlige rutiner vedrørende kommunens arbeid med ettervern og oppfølging

Kommunen har ulike bo-, fritids- og aktivitetstiltak og oppfølging fra ruskonsulent/koordinator som inngår i oppfølgings- og ettervernsarbeidet. I tillegg har kommunen arbeidsrettede tiltak. Det er ikke lagt noen føringer for koordinators/ruskonsulents arbeid med oppfølging, og kommunen har heller ikke rutinebeskrivelser som omfatter arbeidet med ettervern og oppfølging. Det kunne etter vår vurdering vært tydeligere hva som ligger i arbeidet med ettervern, gjerne gjennom skriftlige rutiner og planer, for å sikre systematikk i oppfølgingen og at oppfølgingen blir mindre personavhengig.

Det er heller ikke oversikt over kommunes habilitering- og rehabiliteringstilbud.

<sup>15</sup> Se side.22 i Forvaltningsrevisjonsrapport, Rusomsorg og ettervern, Asker kommunerevisjon 2/2013.



### 5.3.2 Kartlegging av funksjonsområder viser en forverring i levekår for tjenestemottakere med rus- og ROP-utfordringer, men en forbedring for mottakere med psykiske helseproblemer

Den årlige kartleggingen av tjenestemottakere innen psykisk helse og rus viser at levekårene for mottakere med rus og ROP-problemer har forverret seg de siste tre årene. Andelen med indeks rød eller blålys (samlet 66,9 prosent i 2017) er også betraktelig høyere enn det nasjonale nivået (samlet 60,0 prosent i 2017<sup>16</sup>). Dette kan i noen grad skyldes at ikke alle tjenesteområdene i kommunen, men kun de som får oppfølging fra psykisk helse og rus, kartlegges.

Levekårsindeksen for mottakere med psykiske helseproblemer viser en forbedring der andelen mottakere med grønn indeks har økt kraftig i perioden, mens andelen med gul og rød indeks har sunket. Tallene vitner også om bedre levekår for tjenestemottakere med psykiske helseproblemer sammenlignet med nasjonale tall.

Etter vår vurdering kan dette indikere at habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet overfor tjenestemottakere med psykisk helseproblemer fungerer. Derimot tyder tallene på at habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet ovenfor tjenestemottakere med rus- og ROP-problemer ikke i like stor grad lykkes. Vi gjør oppmerksom på at det er en rekke andre faktorer som kan påvirke disse trendene, slik at en bedring eller forverring i levekår ikke automatisk kan tilskrives kommunens tjenestetilbud.

### 5.3.3 Pårørendemedvirkningen i etterverns- og oppfølgingsarbeidet skiller seg ikke fra annen pårørendemedvirkning

Involvering av pårørende i etterverns- og oppfølgingsarbeidet skjer etter ønske og samtykke fra brukeren selv, og skiller seg ikke fra arbeidet med involvering av pårørende ellers i behandlingsforløpet.

Det er ikke rutiner eller planer for involvering av pårørende i etterverns- og oppfølgingsarbeidet. Revisor er kjent med at det er opprettet en arbeidsgruppe som skal sørge for utarbeidelse av plan for pårørendearbeid i PHR. Informasjon om involvering av pårørende i etterverns- og oppfølgingsarbeidet bør inkluderes i den nye planen, eller at det opprettes en egen rutine for dette arbeidet.

## 5.4 KONKLUSJON: KOMMUNEN HAR ET TILSTREKkelig TILBUD OM ETTERVERN OG OPPFØLGING

Kommunen har et tilstrekkelig tilbud om ettervern og oppfølging. De fleste av kommunens tjenester kan benyttes både før, under og etter behandling. I tillegg har kommunen ulike bo-, fritids- og aktivitetstiltak samt oppfølging fra ruskonsulent/koordinator som særskilte tilbud i oppfølgings- og ettervernsarbeidet.

Resultatene fra BrukerPlan-kartleggingen viser at levekårene for brukere med rus og ROP-utfordringer har forverret seg de tre siste årene. Samtidig har levekårene for brukere med psykiske helseproblemer sett en forbedring. Antall brukere med psykiske helse og rus-problemer har dog økt kraftig i perioden.

Involvering av pårørende i denne fasen skiller seg ikke fra arbeidet med involvering av pårørende ellers i behandlingsforløpet. Det er derfor positivt at det er igangsatt et arbeid knyttet til brukermedvirkning og pårørendearbeid. Videre bør det gjennomføres regelmessige pårørendeundersøkelser slik at kommunen i større grad sikrer at erfaringer fra pårørende inngår i planleggingen, utviklingen og evalueringen av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten til kommunen.

---

<sup>16</sup> Informasjon vedrørende nasjonale BrukerPlan-tall er hentet fra:

<http://www.brukerplan.no/BrukerPlan%C3%85rsrapport2017%20Digital.pdf>

## 6 SYSTEMER OG VERKTØY FOR Å SIKRE ETTERELEVELSE AV LOVKRAV

I hvilken grad har kommunen et internkontrollsystem som sikrer at tjenestene til brukere med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet er i samsvar med krav i regelverket? For å vurdere dette har vi undersøkt følgende:

- Har kommunene etablert en koordinerende enhet?
- Har kommunen utpekt en koordinator for brukerne?
- Har brukerne fått utarbeidet individuelle planer? Inneholder disse minstekrav til opplysninger?
- Har kommunen et tilfredsstillende samarbeid med spesialisthelsetjenesten om individuell plan?
- Kan tiltaksplaner og mestringsplaner utfylle individuelle planer?
- Er bruken av kartleggingsverktøyet «BrukerPlan» tilfredsstillende?
- Benyttes journalsystemet Gerica for opplysninger om brukere?

### 6.1 REVISJONSKRITERIER

For å vurdere hvorvidt kommunen benytter verktøy som sikrer internkontroll og at relevante lover ivaretas, legger vi følgende kriterium til grunn:

*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.*

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3 kommunens ansvar
- Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 om individuell plan, § 7-2 om koordinator og § 7-3 om koordinerende enhet
- Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 om retten til individuell plan.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering § 16 og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 om samtykke til IP og forskrift om habilitering og rehabilitering § 18 om spesialisthelsetjenestens deltakelse.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering § 6 om individuell plan.

Denne fjerde problemstillingen om internkontroll er ikke fullstendig i et internkontrollperspektiv, men omhandler viktige verktøy for å sikre at lovkrav ivaretas.

Helse- og omsorgstjenesteloven angir at kommunene skal benytte individuell plan, koordinator og koordinerende enhet som virkemidler for å koordinere tjenestetilbudet til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Videre skal den koordinerende enhet ha det overordnede ansvaret for å ta imot meldinger om behov for individuell plan (IP), og å sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan. Det er også koordinerende enhet som peker ut koordinator.

Det er kommunens plikt å utarbeide en IP og å koordinere planarbeidet for brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, enten ifølge helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven. Brukeren har rett til å delta i arbeidet. I tillegg kan pårørende trekkes inn i arbeidet dersom brukeren og pårørende ønsker det. Planen skal utarbeides med samtykke fra den enkelte bruker eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende.

Innholdet i og omfanget av den individuelle planen skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker, og forskriften om habilitering og rehabilitering definerer minstekrav som planen skal inneholde. Kravene til innhold finnes i vedlegg 3.

Der brukeren ikke ønsker individuell plan, bør det på andre måter legges til rette for samhandling og koordinering av tjenester.

## 6.2 FAKTABESKRIVELSE

### 6.2.1 Koordinerende enheten og ansvarsområde

Asker kommune har en koordinerende enhet som er underlagt Brukertorget. Av Asker kommunes nettside fremkommer det at koordinerende enhet har ansvaret for å legge til rette for samarbeid internt og eksternt i kommunen. Videre skal enheten gi informasjon til brukere som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering eller rehabilitering. Enheten er også ansvarlig for det overordnede arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene.

Koordinerende enhet har det overordnede ansvaret for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene, både for innbyggere under og over 18 år. Koordinator er ofte den som har mest med brukeren å gjøre på tjenestesiden eller den som står brukeren nærmest.

Barne- og familieenheten har en stillingsbeskrivelse for koordinatorrollen for brukere under 18 år. Det er ikke en tilsvarende stillingsbeskrivelse av hva koordinatorrollen for tjenestemottakere over 18 år innebærer. Det står derimot noe om koordinators ansvar i «Rolleavklaring i individuell plan Asker kommune» i kommunens Felles ledelsessystem. I dokumentet står det at koordinator skal tilegne seg kunnskaper om brukers behov, inngå samarbeidsavtale med bruker om videre arbeid, avklare forventninger og roller, utvikle godt samarbeid med bruker og pårørende, invitere og lede ansvarsgruppemøter. I tillegg kreves deltakelse på kurs i verktøyet SamPro, møteledelse, og utarbeidelse av IP.

Det er et uttalt ønske hos Brukertorget at koordinatorrollen tydeliggjøres ytterligere.<sup>17</sup>

### 6.2.2 Hvordan benyttes verktøyet individuell plan i kommunens habiliterings- og rehabiliteringsarbeid?

Ifølge intervjuene skal IP utarbeides sammen med brukeren og de fagpersonene og hjelpeinstanser som er aktuelle for den enkelte, og brukere som har behov for å få etablert en ansvarsgruppe for samordning av tjenester, skal få hjelp til dette. Den individuelle planen er overordnet behandlingsplaner, tiltaksplaner, mestringsplaner osv. Bruker har rett til å delta i arbeidet med sin IP, og det skal legges til rette for dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. I Felles ledelsessystem ligger en rutinebeskrivelse for utarbeidelse av IP. Denne sier noe om saksgangen i søknad om IP.

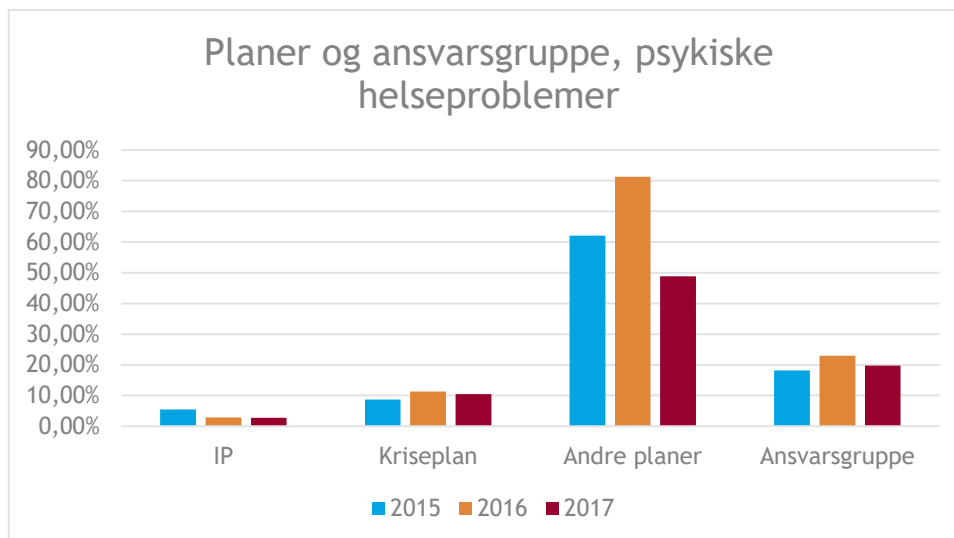
Kommunen benytter det elektroniske verktøyet SamPro som gir bruker og andre involverte parter tilgang til planen på internett. Hvem som får tilgang til verktøyet styres av brukeren selv. SamPro er et verktøy for bruker til å styre sin IP og erstatter ikke virksomhetens øvrige journalsystemer. Verktøyet er utviklet med utgangspunkt i «Forskrift om individuelle planer» og tilfredsstillende alle krav i loven<sup>18</sup>. Pr. 18.10.2018 er det totalt 189 aktive og 134 passive individuelle planer i SamPro. Av disse er ca. 117 av planene tilknyttet brukere under 18 år. Et uttrekk fra Geric viser samtidig at det er 71 brukere innen psykisk helse og rus som har vedtak/sak om langvarige og sammensatte tjenester i Geric.

Tabellen nedenfor viser prosentandel kartlagte tjenestemottakere i BrukerPlan-kartleggingen som har fått utarbeidet en IP. Antall kartlagte brukere er 555, og kartleggingen omfatter kun brukere som mottar tjenester fra PHR. Av de 555 brukerne som er kartlagt i BrukerPlan, har kun 21 fått utarbeidet individuell plan. For øvrig er også kriseplan, andre planer/tiltaksplaner, og ansvarsgruppe tatt med her:

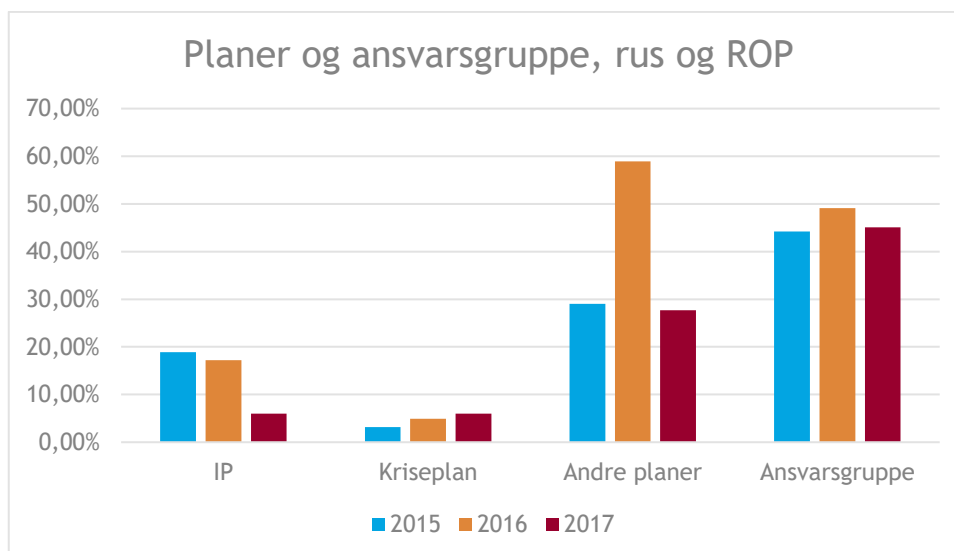
---

<sup>17</sup> Koordinatorrollen er ytterligere beskrevet i kapittel 5.2.1.

<sup>18</sup> <https://www.visma.no/samhandling/sampro/individuell-plan/>



Figur 6: Oversikt over andelen brukere med psykiske helseproblemer som har IP, andre planer og/eller ansvarsgruppe. Kilde: Asker kommune



Figur 7: Oversikt over andelen brukere med rus og ROP-utfordringer som har IP, andre planer og/eller ansvarsgruppe. Kilde: Asker kommune

Av tabellene fremkommer det at kun et fåtall av brukerne har fått utarbeidet IP, og at andelen brukere med IP har sunket de siste årene. De nasjonale tallene for 2017 viser at 7 prosent av brukere med psykiske helseproblemer hadde IP, mens 14 prosent av brukerne med rus og ROP-utfordringer hadde IP<sup>19</sup>. I Asker kommune hadde 2,7 prosent av brukere med psykiske helseproblemer fått utarbeidet IP, mens 6 prosent av brukere med rus og ROP-utfordringer hadde IP.

Det opplyses i intervjuer at mange i denne brukergruppen ikke ønsker en slik plan. Ifølge Helsedirektoratet kan «Et krav om individuell plan fremmes både skriftlig og muntlig. Kommunen og helseforetaket må i alle tilfeller dokumentere henvendelse om individuell plan for å kvalitetssikre sin saksbehandling. Dette er særlig viktig dersom kravet avslås<sup>20</sup>.» Av intervjuene fremgår det at tilbud om IP ikke dokumenteres, men at Brukerforbundet arbeider med en løsning i Gerica som skal sikre dokumentasjon av at det er gitt tilbud om dette.

<sup>19</sup> For mer informasjon om Brukerplan på nasjonalt nivå, se: <http://www.brukerplan.no/BrukerPlan%C3%85rsrapport2017%20Digital.pdf>

<sup>20</sup> Informasjonen er hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=om-individuell-plan-og-8179>

Videre fremgår det av intervjuene at SamPro oppleves som et dårlig verktøy ettersom man ikke får koblet på andre instanser som burde bidratt i utfyllingen, og fordi IP ser helt lik ut som tiltaksplanen i Gerica. Man unngår dermed å presse på for at bruker skal takke ja til IP.

I forskrift er det listet opp flere formalkrav til IP, som at planen skal inneholde en oversikt over klientens mål, ressurser og behov for tjenester. Det er ikke mulig å hente ut en fullstendig liste over alle brukere innenfor psykisk helse og rus som har IP i SamPro. Det er derfor vanskelig å avdekke hvor mange brukere med langvarige og koordinere helse- og omsorgstjenester som burde fått utarbeidet IP, og hvor mange som faktisk har IP.

Det er gjennomført stikkprøver på seks IPer. Av disse er det kun to som har fylt ut planen i tråd med kravene i forskriften. De andre fire planene er enten mangelfulle, eller er ikke fylt ut i det hele tatt.

Vi er informert om at det blir utarbeidet andre planer, herunder tiltaksplan og mestringsplan. Tiltaksplaner kan være rutiner for ulike oppgaver eller aktiviteter man skal utføre. Mestringsplaner handler om hvordan man skal mestre ulike aspekter i hverdagen. Det ble i intervju hevdet at tiltaksplaner i Gerica ikke erstatter en IP, men at tiltaksplaner i tillegg til all annen informasjon i Gerica, som for eksempel kontaktinformasjon til alle involverte samarbeidsparter og deres roller i oppfølgingen, vil erstatte en IP. Koordinerende enhet på sin side opplyser at tiltaksplaner og andre planer ideelt sett burde være en del av IP.

Det ble i intervjuer med kommunen bekreftet at det samarbeides med spesialhelsetjenesten om IP i de tilfeller det er aktuelt, og at samarbeidet er tilfredsstillende.

### 6.2.3 Bruk av verktøy og systemer

Som nevnt i kapittel 6.2.2 benyttes verktøyet «BrukerPlan» for karlegging av tjenestemottakere med rusproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Kartleggingen sier noe om omfanget og karakteren av rus og psykiske helseproblemer i kommunen, og gjøres årlig.

Det er kun PHR i kommunen som benytter seg av BrukerPlan per i dag. I intervju med kommunens kontakt for BrukerPlan ble det opplyst at dette kan føre til dårligere kvalitet på resultatene, og at kartleggingen vil bli mer solid om flere enheter deltar. Fra 2019 vil NAV også inkluderes i kartleggingen.

Ifølge opplysninger fra intervju med kommunens ansatte har det tidligere år vært vanskelig å svare ut spørsmålene i BrukerPlan noe som førte til mye feilutfylling. Dette skal ha blitt endret på før årets kartlegging.

Journalsystemet Gerica benyttes av virksomhetene PHR og Brukertorget. BFE benyttet tidligere Gerica, men har gått over til å bruke Gerica Familie. BFE opplyser at de til sammen har syv ulike journalsystemer som ikke «kommuniserer». Dette opplever virksomheten som en stor utfordring da det er tungvint, går ut over tjenestemottakeren og rettssikkerheten til tjenestemottakeren. I samarbeid med andre virksomheter i kommunen opplever BFE derimot at tilgangen har vært for stor, og BFE gikk derfor over til å bruke Gerica Familie i stedet for Gerica.

Vi er kjent med at man opplever problemer med overføring av personer som har mottatt tjenester fra BFE, men som har fylt 18 år og dermed skal over i systemet for voksne. Ved overføring til Brukertorget starter man med helt blank mappe i Gerica, og det har tidligere vært vanskelig å få skriftlig informasjon fra BFE.

NAV har ikke tilgang til Gerica eller SamPro. I stedet bruker virksomheten verktøyene Sosio for sosial stønad, og Arena for den statlige delen av NAV. De opplever ikke manglende tilgang til Gerica som et problem ettersom det er av hensyn til taushetsplikten.

## 6.3 VURDERING

### 6.3.1 Kommunen ivaretar kravet om koordinerende enhet og koordinatortilbud

Det er opprettet koordinerende enhet i Asker kommune. Denne ser ut til å legge til rette for et helhetlig tilbud til personer med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Videre er det oppnevnt koordinatorene for alle brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det fremgår likevel av intervjuer at koordinatortrollen i større grad kan

gjøres tydeligere ved at det utarbeides rollebeskrivelser hvor koordinators oppgaver og ansvar fremgår.

### 6.3.2 Kun et fåtall av kommunens brukere med behov for langvarig og koordinert tjenestetilbud har individuell plan

Informasjon fra intervjuer og BrukerPlan-kartleggingen viser at det er svært få personer som har psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer, som har IP til tross for at flere har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Revisjonens vurdering er at kommunen ikke i tilstrekkelig grad ivaretar plikten om å sørge for at IP utarbeides for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Videre oppfyller ikke flertallet av de kontrollerte individuelle planene minstekravene i forskrift. En av utfordringene ser ut til å være misnøye blant koordinatorene og ruskonsulenter med SamPro som valgt verktøy.

Bruk av IP er viktig da brukere som aktivt medvirker i utformingen av eget tjenestetilbud er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser, samtidig som man sikrer et mer helhetlig og koordinert tilbud. Revisjonen mener derfor det er viktig å sørge for at IP blir godt forankret hos alle virksomhetene som skal benytte verktøyet.

### 6.3.3 Kommunens systemer for kartlegging og journalføring av brukere synes å fungere tilfredsstillende

Journalssystemet «Geric» benyttes av PHR og Brukertoget for opplysninger om brukere. Systemet ser ut til å fungere godt i de fleste tilfeller, men vi har fått opplyst at det tidligere har oppstått problemer ved overføring av brukere som har fylt 18 år, og som skal over i systemet for voksne tjenestemottakere.

Det gjennomføres årlig en kartlegging av omfanget og karakteren av rus og psykiske helseproblemer i kommunen. Pr. i dag er det kun PHR som benytter kartleggingsverktøyet «BrukerPlan.» Det er etter vårt syn behov for at flere enheter deltar i denne kartleggingen for å gjøre resultatene mer solide.

## 6.4 KONKLUSJON: KOMMUNENS SYSTEMER OG VERKTØY LEGGER TIL RETTE FOR AT LOVKRAVENE IVARETAS

Kommunens systemer og verktøy legger til rette for at lovkravene ivaretas. Koordinerende enhet er opprettet og det benyttes verktøy og systemer for å følge brukernes tjenestetilbud og kartlegge deres utvikling over tid.

På lik linje med de fleste andre kommuner har kun et fåtall av Asker kommunes tjenestemottakere innen psykisk helse og rus individuell plan. Dette underbygges av kommunens egen statistikk og revisjonens kontroll av individuelle planer. Det er anbefalt av Helse- og omsorgsdepartementet at individuell plan skal benyttes som et verktøy for å sikre at brukere får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Kommunen bør derfor vurdere om det er mulig å øke antallet brukere med individuell plan, for eksempel gjennom opplæring av egne ansatte i SamPro. Vi vil samtidig presisere at det er positivt at koordinatorfunksjonen ivaretas, og at det blir opprettet ansvarsgrupper for mange av brukerne, selv om det ikke blir utarbeidet individuell plan.

# 7 HØRINGSUTTALELSE

Ofi §5

---

**Notat**

---

**Til:** BDO**Fra:** Rådmannen**Kopi:** Kontrollutvalget i Asker kommune**Saksnr./Arkivkode**  
18/8883 - 217**Sted**  
ASKER**Dato**  
16.11.2018

---

**Rådmannens uttalelse til rapport fra forvaltningsrevisjon psykisk helse og rus – Asker kommune**

Rådmannen takker for oversendt forvaltningsrevisjonsrapport.

Revisjoner anses som viktige bidrag til kommunens læring og forbedringsarbeid.

Rådmannen ser det som positivt at rapporten konkluderer med at Asker kommune har et bredt tjenestespekter både for de over og under 18 år.

Både tjenesteområdet Helse og omsorg og Oppvekst har vært berørt av forvaltningsrevisjonen.

Tjenestene inkluderer ulike forbyggende tiltak og oppfølgingstiltak samt tilbud av tjenester til pårørende som involveres når bruker ønsker dette. Revisor omtaler at kommunen i stor grad legger til rette for samhandling mellom tjenestene som er involvert. Det finnes formelle samarbeidsavtaler med en rekke aktører for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud.

Revisjonen viser at Asker kommunes tilbud i hovedsak er godt, men det er identifisert forbedringspotensialer på enkelte områder. Revisor har forslag til 3 tiltak:

1. Det bør avklares hvordan vedtak skal formuleres og hvordan virksomheten for Psykiske helse og rus skal involveres i denne prosessen, herunder hvordan definere hvilket tjenestetilbud en bruker skal motta
2. Det bør klargjøres koordinatorens oppgaver, ansvar og roller

### 3. Det bør avklares nærmere hvem som er målgruppen for lavterskeltilbudet

Asker kommune er sertifisert etter ISO-standard 9001:2015 Ledelsessystemer for kvalitet. I ISO-standarden er det krav om at kommunen skal etablere, implementere, vedlikeholde og kontinuerlig forbedre kvalitetsledelsessystemet og prosessene som ligger i dette.

Asker kommune har siden 2007 benyttet Felles ledelsessystem som kvalitetsledelsessystem. I dette ligger de overordnede prosesser for ledelse, planer, beredskap, styring og forbedring, men også prosesser og rutinebeskrivelser for saksbehandling og tjenesteleveranser for alle tjenesteområder.

I tråd med ISO-standarden beskriver den enkelte prosess hensikten med prosessen, krav i lover og forskrifter, egne krav, styrende dokumenter, ansvar og myndighet, trinnene og rekkefølgen (flytkart) i prosessen.

I forbindelse med implementering av Temaplan psykisk helse og rus 2015 – 2018<sup>21</sup> ble psykisk helse- og rustjenesten slått sammen. Omorganiseringen har medført vesentlige organisatoriske endringer i virksomheten. Det har vært jobbet mye med å utvikle både kultur, struktur samt gode prosesser og rutiner i felles ledelsessystem, og det jobbes fortsatt med dette.

Det pågår for tiden et prosjekt med overgang fra Felles ledelsessystem til nytt kvalitetsledelsessystem SIMPLI. Helse og omsorg er pilot i dette prosjektet og er derfor allerede i gang med å gjennomgå, vedlikeholde og forbedre alle prosesser for tjenestene, også de prosesser og rutiner som eies av Brukertorget og Psykisk helse og rus.

Behov for nye eller justerte samhandlingsrutiner mellom virksomheter i Oppvekst og i Helse og omsorg samt andre samarbeidspartnere, vil bli vurdert i etterkant av revisjonen og gjennom implementering av SIMPLI for Oppvekst.

Tiltak og videre prosess på de ulike forbedringsområdene gjennomgås og iverksettes. Kommunens avviks- og forbedringssystem vil bli benyttet til å følge opp implementering av tiltak i etterkant av revisjonen.

---

<sup>21</sup> Sak 77/14, vedtatt av kommunestyret 10.6.2014



## 8 VEDLEGG

### 8.1 VEDLEGG 1: METODE

Forvaltningsrevisjon er gjennomført i henhold til RSK 001 - Standard for forvaltningsrevisjon. Dette innebærer blant annet at rådmannen har fått en orientering om oppdraget før oppstart, og en mulighet for å uttale seg om utkast til rapport før endelig rapportering. Rådmannens kommentarer til rapporten finnes i kapittel 8.

Revisjonen har bestått av dokumentanalyser, stikkprøver og intervjuer.

#### Dokumentanalyser

Revisjonen har innhentet:

- Samarbeidsavtaler og rutinebeskrivelser mellom interne og eksterne virksomheter
- Virksomhetenes virksomhetsplan, herunder årshjul og rutinebeskrivelser
- Oversikt over kommunens tjenestetilbud, inkludert forebyggende tiltak, for målgruppen, herunder barn og ungdom under 18 år
- Oversikt over antall brukere med IP
- Oversikt over antall brukere med IP på nasjonalt plan
- Venteliste på bolig med stasjonær bemanning
- Oversikt over kjøpte langtidsplasser for målgruppen siste 3 år
- Rapport fra forvaltningsrevisjon om ettervern og rehabilitering fra 2013

#### Stikkprøver

Vi har gjennomført stikkprøver av innholdet i seks personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighets individuelle planer.

#### Intervjuer

Det er gjennomført 13 intervjuer i forbindelse med revisjonen. Følgende personer fra kommunen er intervjuet:

- Fra Brukertorget
  - Virksomhetsleder
  - Avdelingsleder bolig, økonomi og koordinering
  - Avdelingsleder tjenestetildelingen
  - 2 saksbehandlere i tjenestetildeling av nødvendig bistand og bolig
  - 2 rådgivere ved koordinerende enhet
- Fra Psykisk helse og rus
  - Virksomhetsleder
  - Avdelingsleder og fagkoordinator fra ROP-boligene
  - 2 koordinatorene
  - 2 ansatte i FAT
  - 1 ansatt med ansvar for Brukerplan
- Fra NAV
  - Virksomhetsleder
  - Koordinator rus
  - Koordinator psykisk helse
  - 2 saksbehandlere
- Fra Barne- og familieenheten
  - Virksomhetsleder
  - Mellomleder med ansvar for helsesøster i skolen og Utekontakten
  - Mellomleder med ansvar for familie- og nettverksavdelingen
  - 1 person fra tverrfaglig samarbeidssystem

- 1 person fra ambulanseteam
- 1 person fra psykisk helseteam

Alle informantene har fått referat til gjennomlesning og har godkjent disse.

## 8.2 VEDLEGG 2: AKTØRER OG TJENESTETILBUD INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

Nedenfor finnes en oversikt over de mest sentrale aktørene innen psykisk helse og rus i Asker kommune og deres tjenestetilbud.

### Aktører og tjenestetilbud innen psykisk helse og rus for personer over 18 år

Brukertorget, Psykisk helse og rus (PHR) og NAV er de aktørene som er mest involverte i kommunens tjenestetilbud til personer over 18 år med utfordringer innen psykisk helse og rus.

#### **Brukertorget**

Brukertorget er bestillende enhet og fatter vedtak etter forvaltningsloven om tildeling av bistand og bolig. Brukertorget speiler prinsippet om «én dør inn» for kommunens innbyggere, ved at man har plassert ansvaret for informasjon, rådgivning og vedtak knyttet til kommunens tjenestetilbud innenfor helse og omsorg på ett sted.

I tillegg har Brukertorget en koordinerende enhet, som skal være et bindeledd for samarbeid internt i kommunen og eksternt med andre aktører. Det er koordinerende enhet som står for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Koordinatoren skal ifølge helse- og omsorgstjenestelovens § 7-2 sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. En individuell plan er et virkemiddel for å tilpasse tjenestetilbudet til brukerens behov. Planen skal brukes i samarbeidet mellom brukeren og ulike involverte tjenesteytere, samtidig som den skal gi en oversikt over tiltak og mål man jobber etter. Planens utgangspunkt skal være brukerens egne mål og behov. En viktig del av koordinatorens arbeid er å bidra til samhandling på tvers av avdelinger i kommunen og med andre instanser. Av våre intervjuer fremgår det at denne samhandlingen koordineres både løpende og gjennom formelle møter med representanter fra ulike avdelinger og instanser. Brukertorget har opplyst at det ikke er utarbeidet en egen stillingsbeskrivelse for koordinatrollen, men at Helse- og omsorgsdepartementet har laget en veileder. Revisor har i Felles ledelsessystem funnet en rollebeskrivelse med tilhørende ansvar og myndighet for koordinator knyttet særskilt til arbeidet med individuell plan. Bruken av individuell plan er begrenset i Asker kommune, og det er ukjent i hvilken grad den nevnte rollebeskrivelsen er gjort kjent blant koordinatorene. Koordinerende enhet har et tredelt kurs for å gi opplæring i hva som ligger i koordinatrollen og det relevante lovverket. Fra 2019 gjøres dette kurset obligatorisk for å bli godkjent som koordinator.

#### **Psykiske helse og rus**

PHR er utførende enhet og står for det operative tjenestetilbudet. PHR leverer tjenester i hele spekteret, fra åpne og kortsiktige lavterskeltilbud til døgnbemannede boliger for personer med alvorlige og langvarige utfordringer. Virksomhetens tjenestetilbud kan oppsummeres som følger:

- Aktivitets- og dagtilbud: diverse kurs og gruppetilbud, Aktivitetshuset, Grindestua,
- Mestringshuset: forebyggende tilbud til personer med mildere til moderate psykiske helseutfordringer eller avhengighet
- Fleksible ambulante tjenester (FAT): tilpasset oppfølging og behandling til personer med moderate til alvorlige utfordringer innen psykisk helse og/eller rus
- Lavterskel døgntilbud: boliger på Nedre Sem gård for personer med kortvarige behov for oppfølging
- FACT-team: oppsøkende behandling og oppfølging i samarbeid med distriktpspsykiatrisk senter for personer med alvorlige utfordringer innen rus og psykiatri
- Botilbud: bemannede boliger for personer med langvarige psykiske lidelser, rusutfordringer og store omsorgsbehov

Dette tjenestetilbudet er tilpasset omsorgstrappen som PHR jobber etter. Formålet med trappen er å ha et differensiert tjenestetilbud til brukere med ulik behovsgrad. PHR har i intervju opplyst at det i tidligere perioder har vært et klart skille mellom «innskrevet» og «utskrevet», mens man

i dag er mer opptatt av løpende og tilpasset behandling hvor brukere beveger seg mellom trinnene.



Figur 1: PHRs omsorgstrapp med tilhørende tjenestetilbud (Kilde: Psykisk helse og rus, Asker kommune)

## NAV

NAV yter i mange tilfeller økonomisk bistand gjennom sosialstøtte, dagpenger eller arbeidsavklaringspenger til personer med problemer innenfor psykisk helse og rus. Av intervjuene fremgår det at disse problemene i mange tilfeller først avdekkes gjennom personens kontakt med NAV, før vedkommende deretter blir henvist videre til Brukertorget og eventuelt PHR. NAV har ansatt egne koordinatorene for både rus og psykisk helse som bistår brukere med problemer innenfor disse områdene. Denne bistanden gjelder særlig spørsmål knyttet til arbeidsavklaring og uførhet, brukernes dialog med Brukertorget i forbindelse med vedtaksprosessen og deltakelse i ansvars- og samarbeidsmøter med andre instanser som yter tjenester til brukeren.

## Andre aktører

I tillegg til disse er en rekke andre aktører involvert i tjenestetilbudet i ulik grad. Dette inkluderer fastlegene, hjemmesykepleien, hjemmehjelpen og eiendomsavdelingen, i tillegg til flere andre.

- Fastlege skal ifølge forskrift om fastlegeordningen i kommunene dekke alle allmennlegeoppgaver innen somatikk og psykisk helse og rus. Dette inkluderer utredning, behandling og oppfølging av pasienter med problemer innenfor psykisk helse og rus. Fastlegen skal videre henvise pasienter til spesialisthelsetjeneste, særlig relevant her er DPS, og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester ved behov.
- Hjemmesykepleien yter somatisk bistand i hjemmet, eksempelvis gjennom sårstell og utdeling av medisiner.
- Hjemmehjelpen gir praktisk bistand i form av eksempelvis vasking og handling.
- Eiendomsavdelingen er involvert som leiekontraktsmotpart når en bruker får vedtak om bolig, og står for utdeling av nøkler og det formelle rundt leieforholdet.
- Støttekontakttjeneste
- Aktiv på dagtid
- Aktiv fritid
- Fontenehuset

## Aktører og tjenestetilbud innen psykisk helse og rus for personer under 18 år

Det er Barne- og familie enheten som i all hovedsak har ansvaret for tilbudet til personer under 18 år.

### Barne- og familieenheten

BFE er den sentrale aktøren i kommunens tilbud innenfor psykisk helse og rus til personer under 18 år. BFE jobber i hele tjenestespekteret, fra generell forebygging på makronivå til spesiell oppfølging på individnivå. Av fem avdelinger i BFE er det særlig to med tilhørende underavdelinger som er relevante med hensyn til psykisk helse og rus:

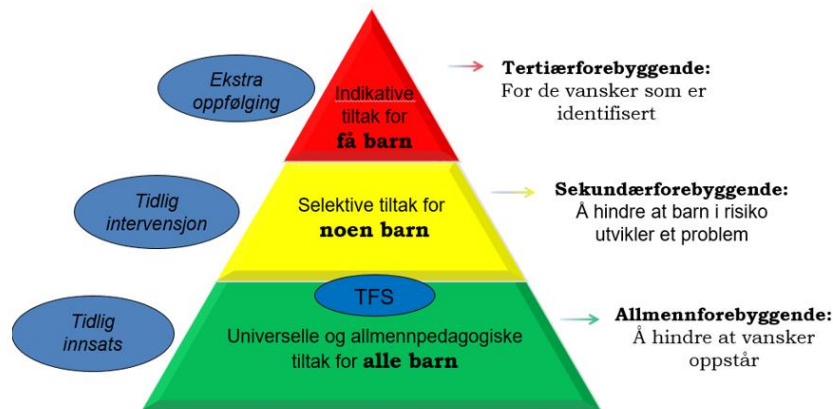
- Skolebarn og ungdom
  - Skolehelsetjenesten: en fortsettelse av oppfølgingen av små barn på helsestasjonen og finnes på alle barneskoler, ungdomsskoler og videregående skoler i kommunen. Ifølge kommunens nettsider er skolehelsetjenestens formål å «fremme fysisk og psykisk helse, fremme gode og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade». Tjenesten er videre en del av kommunens lovbestemte helsetjeneste, og består av helsesøster, skolelege og fysio- og ergoterapeut.
  - Helsestasjon for ungdom/helsestasjon for gutter: tilbyr ifølge kommunens nettsider samtale med helsesøster, sexologisk rådgiver og lege, prevensjonsveiledning, innsetting av P-stav og spiral, testing og behandling av kjønns sykdommer, graviditetstester, nødprevensjon, rustesting, støttesamtaler og henvisning til andre instanser.
  - Oppsøkende ungdomsarbeid/Utekontakten: ifølge kommunens nettsider kan Utekontakten treffes i Asker sentrum, på fritidsklubber, ved skolene eller ved deres kontor. Tjenestetilbudet oppsummeres slik på kommunens nettsider: «Utekontakten er et frivillig tilbud og du bestemmer selv om du vil ha kontakt med oss. Her er det voksne du kan prate med, og vårt mål er at du som ungdom i Asker skal ha det bra. Vi er vant med og liker å snakke med ungdom om ting dere er opptatt av».
- Familie- og nettverksavdelingen
  - Psykologisk forebyggingsteam<sup>22</sup>: følgende beskrivelse gis på kommunens nettsider: «Psykologisk forebyggingsteam tar imot henvendelser fra barn, ungdom, foreldre, gravide, familier og fagpersoner i Asker kommune som er bekymret for, eller har spørsmål om, den psykiske helsen til barn og ungdom (mellom 0 og 23 år). Teamet er tverrfaglig organisert og består av psykologer og familieterapeuter og tilbyr forebyggende psykisk helsearbeid. Dette er et lavterskeltilbud, og teamet og tilbyr rask hjelp uten henvisning fra lege. Ved behov hjelper vi til med henvisning videre. Vanlige henvendelser knytter seg blant annet til tristhet, nedstemthet/sorg, traumatiske opplevelser, problemer i forhold til venner eller familie, foreldrerollen, graviditet, samspill mellom foreldre og barn, uro, sinne, angst/fobier, rus og stress. Ved behov samarbeider vi med skoler, barnehager, skolehelsetjeneste, helsestasjon, PP-tjeneste, familieveiledere, familiekonsulenter, fastleger, BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling), barnevernstjeneste, sykehus m.m.»
  - Ambulant team psykisk helse: følgende beskrivelse gis på kommunens nettsider: «Ambulant team jobber direkte med barn og ungdom med psykiske vansker, i tett samarbeid med familien og andre tjenesteytere. Teamet består av fire fagpersoner som også er tilgjengelige to ettermiddager i uken. Ved alvorlige psykiske vansker kan det gis mer langvarig oppfølging. Vi kan bistå i forhold til aktiviteter (skole/job) og legge til rette for sosial trening. Vi kan koordinere tjenestetilbudet og samarbeide om Individuell plan».

BFE har bygget sitt tjenestetilbud rundt følgende faseinndeling:

- Allmennforebyggende: hindre at vansker oppstår gjennom universelle og allmennpedagogiske tiltak for *alle* barn
- Sekundærforebyggende: hindre at barn i risiko utvikler problemer gjennom selektive tiltak for *noen*
- Tertiærforebyggende: håndtering av identifiserte vansker for *noen få*

Denne faseinndelingen kan også illustreres gjennom denne tjenestepyramiden:

<sup>22</sup> Har byttet navn til Psykisk helseteam, se 3.2.4. Oppdatert informasjon vil snart legges ut på kommunens hjemmesider.



Figur 2: BFEs tjenestepyramide (Kilde: BFE)

Innenfor psykisk helse og rus jobber BFEs avdeling for skolebarn og ungdom primært i grønn, noe i gul sone og litt i rød sone. BFEs Familie- og nettverksavdeling, med psykisk helseteam, ambulerende team psykisk helse og familiekonsulenter og -veiledere, jobber primært i gul og rød sone.

### 8.3 VEDLEGG 3: INNHOLDET I INDIVIDUELL PLAN

Planen skal ifølge forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator inneholde § 19 inneholde følgende hovedpunkt:

- a) en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester
- b) en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- c) en angivelse av hvem som er koordinator
- d) en oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet
- e) en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse
- f) en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- g) en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- h) pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i) en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater.

## KONTAKT

**TINA-IRENE AMUNDSEN**

Senior Associate

m: +47 993 57 800

e: Tina-Irene.Amundsen@bdo.no

BDO AS, et norsk aksjeselskap, er deltaker i BDO International Limited, et engelsk selskap med begrenset ansvar i henhold til garanti, og er en del av det internasjonale BDO-nettverket, som består av uavhengige selskaper i de enkelte land. Foretaksregisteret: NO 993 606 650 MVA. Medlem av Den Norske Revisorforening.

Leveransen er utarbeidet for oppdragsgiver, og dekker kun de formål som med denne er avtalt. All annen bruk og distribusjon skjer for oppdragsgivers regning og risiko. BDO AS eller BDO Advokater AS vil ikke kunne gjøres ansvarlig overfor en tredjepart.