



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

**SAMHANDLING INNEN
RUSOMSORG OG
PSYKISK HELSEARBEID**

HAMAR KOMMUNE 2022

Postboks 84, 2341 Løten
Telefon: 62 43 58 00
<https://www.revisjon-ost.no>
E-post: post@rev-ost.no
Org. nr.: 974 644 576 MVA

Forord – om rapporten

Denne rapporten er bygget opp pedagogisk med et kort sammendrag som går gjennom hovedfunnene og konklusjonen i forvaltningsrevisjonsprosjektet i første kapittel.



Vi har valgt å benytte en «trafikklysmode» for å illustrere hva vi mener er i henhold til krav på området, det som er godkjent med merknad, og det som ikke er i henhold til krav på området. Hver vurdering blir merket med henholdsvis grønt, gul/oransje og rødt.

Vi gjør oppmerksom på at vurderinger med gul/oransje og rødt vil følge av beskrivelser av de mangler og/eller forbedringsmomenter vi mener at tjenesten har. For

leseren vil det derfor være nyttig å lese gjennom vurderingene som framgår av underkapitlene for hver problemstilling, i tillegg til den informasjonen leseren får i sammendraget.

Rapporten er for øvrig utarbeidet med et digitalt tilsnitt og innehar lenker til ulike seksjoner av rapporten. Dette skal gjøre det enklere for leseren å navigere i rapportens innhold. Det er også lenket til de kilder som er digitalt tilgjengelige, for en mer interaktiv opplevelse av rapporten.

Rapporten er bygget opp etter NKRFs krav til sluttrapport i Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). Dette innebærer minstekravene til

- sammendrag ([kap. 1](#)),
- bakgrunn for prosjektet ([kap. 2](#)),
- formål og problemstillinger ([kap. 3](#)),
- metode for revisjonen ([kap. 5](#)),
- revisjonskriterier ([vedlegg A](#)),
- presentasjon av data ([kap. 6-10](#)),
- vurderinger ([kap. 6-10](#)),
- konklusjon ([kap. 11](#)),
- anbefalinger ([kap. 12](#)),
- kommunedirektørens uttalelse ([kap. 13](#)) og
- referanser ([kap. 14](#))

I tråd med RSK 001, ønsker vi å fremheve at vi vektlegger at forvaltningsrevisjoner skal «bidra til et godt beslutningsgrunnlag for de folkevalgte styring og kontroll, og å bidra til læring».

Vi vil takke kontrollutvalget for oppgaven, og administrasjonen for tilrettelegging for en best mulig og effektiv gjennomføring av forvaltningsrevisjonsprosjektet.

Vi håper at leseren finner nytte i rapporten og vil benytte denne videre i forbindelse med en trygg og god forvaltning av tjenesteområdet.

Løten, den 7. oktober 2022

Magnus Michaelsen
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Kristin Fragell Lillevold
Utøvende forvaltningsrevisor

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	5
2	Innledning.....	7
2.1	Bakgrunn for prosjektet	7
2.2	Leseveiledning	7
3	Formål og problemstillinger	10
3.1	Avgrensninger.....	10
4	Psykisk helse og rus i Hamar kommune	10
4.1	Tjenester og organisering.....	10
4.2	Tidligere tilsyn fra Fylkesmannen	13
5	Metode for revisjonen.....	13
5.1	Dokumentstudier	13
5.2	Intervjuer	14
5.3	Gjennomgang av vedtak.....	15
5.4	Dataenes pålitelighet og gyldighet	15
6	Kommunens internkontroll	16
6.1	Revisjonskriterier for problemstilling 1	16
6.2	Helhetlig styringssystem og årlig gjennomgang	16
6.3	Mål for tjenesten	17
6.4	Oppgaver, organisering og regelverk	19
6.5	Kartlegging av kompetansebehov	21
6.6	Avvik- og risikovurdering	22
6.7	Medvirkning fra brukere og ansatte i forbedringsarbeidet	25
6.8	Revisors vurdering	25
7	Helhetlig og koordinert tjenestetilbud	28
7.1	Revisjonskriterier for problemstilling 2	28
7.2	Interne samhandlingsaktører for tjenesten psykisk helse og rus	28
7.3	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	36
7.4	Koordinerende enhet	39
7.5	Overganger mellom pakkeforløp og videre oppfølging i kommunen	40
7.6	Kriseplaner.....	40
7.7	Sammenhengen i tjenestetilbudet og innhenting av brukererfaringer	41
7.8	Revisors vurdering	42
8	Samarbeid med frivillige organisasjoner	44
8.1	Revisjonskriterier for problemstilling 3	44

8.2	Frivillige tiltak i kommunalt planverk	44
8.3	Forpliktende samarbeid	44
8.4	Andre tiltak i samarbeid med frivillige organisasjoner	47
8.5	Revisors vurdering	49
9	Brukermedvirkning	50
9.1	Revisjonskriterier for problemstilling 4	50
9.2	Brukermedvirkning på individnivå	50
9.3	Metoder for innhenting av brukererfaringer på systemnivå	53
9.4	Revisors vurdering	54
10	Tjenestetilbudet under pandemien	55
10.1	Revisjonskriterie for problemstilling 5	55
10.2	Rapportering til Statsforvalteren under pandemien	55
10.3	Virksomhetenes erfaringer fra pandemien	55
10.4	Revisors vurdering av revisjonskriterie 21 – oppfølging under pandemien	57
11	Konklusjon	59
12	Anbefalinger	60
13	Kommunedirektørens uttalelse	61
14	Referanser	64
	Vedlegg A: Revisjonskriterier	68
	Vedlegg B: Organisasjonskart	81
	Vedlegg C: § 3-2 i helse og omsorgstjenesteloven	83

1 Sammendrag

Formålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet har vært å etterse om kommunen arbeider med å sikre at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykiske helsetjenester har et helhetlig og koordinert tilbud som er i tråd med lovverket og statlige føringer. Dette vil innebære et fokus på kvalitetsarbeid, samhandling og brukermedvirkning. Det har også vært et formål å se hvordan tjenestene er ivaretatt under koronapandemien. Formålene har blitt undersøkt gjennom fem ulike problemstillinger. Hovedfunn i undersøkelsen er:

Hovedfunn

1. Kommunens styringssystem på helse- og omsorgsområdet som også berører tjenester innen psykisk helse og rus har vært mangelfullt de siste to-tre årene, spesielt når det gjelder risikokartlegging og håndtering av avviksmeldinger.
2. Kommunen har etablert ulike samhandlingsarenaer, men overganger mellom ulike tjenestetilbud framstår som sårbare.
3. Kommunen har gode strategier og tiltak for brukermedvirkning, blant annet i samarbeid med ideelle stiftelser.
4. Risikoen for økt uhelse og sårbarhet blant hjemmeboende brukere kan ha blitt forsterket på grunn av mangelfull kartlegging og oppfølging under koronapandemien.

Tjeneste psykisk helse og rus ble omorganisert i slutten av 2019, og vår undersøkelse viser at kommunen ikke har hatt på plass et helhetlig og dokumentert styringssystem for virksomheten de siste to-tre årene, men at arbeidet med dette er gjenopptatt våren 2022 etter pandemien. Mest mangelfullt framstår risiko- og avvikhåndteringen, samt tilstrekkelige rapporteringsrutiner som samlet skal utgjøre et vesentlig kunnskapsgrunnlag i arbeidet med å sikre regeletterlevelsen i tjenestetilbudet. Undersøkelsen tyder videre på at det er manglende tillit internt til dagens organisatoriske plassering av tjeneste psykisk helse og rus blant noen av lederne, snart tre år etter omorganiseringen. Det kan stilles spørsmål ved om organiseringen er tilstrekkelig evaluert med tanke på å sikre samarbeid og helhet i tjenestetilbudet til brukerne. Samtidig viser undersøkelsen at kommunen har jobbet aktivt med å tilpasse tjenestetilbudet etter nasjonale føringer på området, også i selve utformingen av ulike team og soner som dekker sentrale brukergrupper og innsatsområder i tiltakskjeden.

Undersøkelsen viser at kommunen har etablert samarbeid og mange ulike samhandlingsarenaer både internt og med spesialisthelsetjenesten. Samtidig avdekker undersøkelsen at det er sårbarheter i overgangene i tjenestetilbudet til barn/unge og til tjenester for voksne, og i overgangen mellom tjenester for hjemmeboende og tjenestetilbudet i institusjon. Også i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og videre oppfølging i kommunen, viser undersøkelsen tydelig at det er flere risikoområder med tanke på å ivareta et helhetlig tilbud for noen av brukergruppene, dette gjelder tilrettelagt oppfølging i bemannede boliger spesielt. På tjenestenivå viser undersøkelsen at det er etablert koordinering rundt enkeltbrukere, samtidig som flere ledere etterspør mer strukturert samhandling og informasjonsflyt på systemnivå. Det sistnevnte mener revisjonen er viktig for å styrke og videreutvikle helhet og koordinering i tjenestetilbudet.

Hamar kommune har undertegnet intensjonsavtale med kommunens Frivilligsentral, samt samarbeidsavtaler med de ideelle stiftelsene Sagatun Brukerstyrt Senter og CRUX. Utover dette er det også etablert en rekke aktivitetstilbud i samarbeid med ulike frivillige organisasjoner. Kommunens nåværende strategi for frivilligheten er fra 2010, og revisjonen mener det er bra at man er i ferd med å utarbeide et nytt strategidokument som også bør omfatte samarbeid rundt målgrupper innen psykisk

helse og rus. Undersøkelsen synliggjør at de ideelle stiftelsene bidrar med viktige tiltak spesielt på lavterskelnivå, og at mye frivillighet og brukervedvirkning blir mobilisert gjennom tiltakene.

Undersøkelsen viser at brukervedvirkning gjennomgående er ivarettatt i ulike rutinebeskrivelser, samt i måten vedtaksbrev er utformet på. Det framstår også som at tjeneste psykisk helse og rus har implementert arbeidsmetoder som sikrer god medvirkning fra brukerne. Ansettelsen av to erfaringsmedarbeidere er et eksempel på dette. Man planlegger videre gjennomføring av brukerundersøkelse i samarbeid med Mental Helse Hamar-Løten, etter tre år hvor slike undersøkelser ikke har blitt gjennomført. Dette er bra for å sikre en bredere innhenting av brukererfaringer på systemnivå.

Undersøkelsen viser at kommunen har opprettholdt tjenestetilbudet under pandemien i tråd med nasjonale råd og anbefalinger på flere områder og i tett samarbeid med kommuneoverlegen. Dette har bidratt til at man unngikk store smitteutbrudd. Det kan stilles spørsmål ved om kommunen var for restriktive i sine retningslinjer rundt kontakt med brukerne, samtidig som man heller ikke i tilstrekkelig grad hadde et system for å fange opp og kartlegge forverret tilstand og sårbarhet, spesielt blant hjemmeboende brukere.

På bakgrunn av undersøkelsen er revisjonens anbefalinger til kommunedirektøren:

Hamar kommune bør sørge for:

- å fullføre arbeidet med å få på plass et fullstendig styringssystem, spesielt med tanke på risiko- og avvikshåndtering, evaluering av risikoområder i organisasjonen, samt rapporteringsrutiner som bidrar til kunnskapsbasert planlegging og sikring av tjenestetilbudet.
- å sikre at samhandling på systemnivå i tilstrekkelig grad bidrar til å styrke og videreutvikle helhet og koordinering i tiltakskjeden, spesielt med tanke på sårbare overganger mellom tjenester til barn/unge og voksne, fra hjem til institusjon, og fra spesialist- til kommunehelsetjeneste og videre oppfølging i bemannede boliger.
- at frivillige tiltak til målgruppen er beskrevet og forankret i aktuelle plandokumenter i kommunen.
- i etterkant av pandemien å gjennomgå og evaluere rutiner for risikokartlegging og oppfølging av de mest sårbare brukergruppene innen psykisk helse og rus under pandemien, med hensyn til å forebygge økt uhelse i lignende fremtidige situasjoner.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn for prosjektet

I henhold til kommuneloven § 23-2, punkt c, skal kontrollutvalget påse at det blir gjennomført forvaltningsrevisjon i kommunen. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak (§ 23-3, første ledd).

Kontrollutvalget i Hamar kommune fattet 7. desember 2021, sak 73/21, vedtak om å bestille en forvaltningsrevisjon rettet mot samhandling innen rusomsorg og psykisk helsearbeid. I forbindelse med behandling av prosjektplanen 17. januar 2022, sak 05/22, kom et samlet kontrollutvalg med innspill om at samarbeid/samhandling med frivillige organisasjoner måtte fremheves ved at en tar inn en egen problemstilling som omhandler dette.

Basert på norske og internasjonale studier anslår rapporten Psykisk helse i Norge at rundt 16–22 prosent av den voksne befolkningen oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder (FHI, 2018).¹ De vanligste psykiske lidelsene blant voksne er angstlidelser, depresjon og rusmiddellidelser. Psykiske lidelser og rusmiddellidelser opptrer ofte samtidig og Folkehelseinstituttet informerer videre om at psykiske lidelser spenner fra lettere tilstander, til alvorlige lidelser som i tillegg er forbundet med uførhet, fysiske sykdommer og redusert forventet levealder (FHI, 2022).

Kommunene har et stort ansvar for personer med rus- og/eller psykiske problemer, et ansvar som følger av blant annet helse- og omsorgstjenesteloven. Tjenestene må samarbeide godt fordi mennesker med komplekse problemer trenger et koordinert og sammenhengende tilbud. Rusomsorg og psykiske helsetjenester er derfor et satsningsområde som statlige myndigheter har vært opptatt av de senere år og det har resultert i flere opptrappingsplaner, diverse offentlige utredninger og ulike retningslinjer og veiledere. Sentrale tema som er løftet fram er blant annet forebyggende og oppsøkende arbeid, brukarmedvirkning og gode pasient-/brukerforløp, og et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

2.2 Leseveiledning

For å gi leseren en innledende oversikt, gjengis under en liste over de tjenester og enheter det refereres til gjennom rapporten. I undersøkelsen er det gjort intervjuer med representanter for noen av disse tjenestene, og dette er nærmere beskrevet i metodekapittelet ([kapittel 5](#)). Videre er en tabell med kort definisjon av sentrale begreper og betegnelser som er brukt i rapporten, hvorav mange er knyttet til tjenester innen psykisk helse og rus. Flere av definisjonene er i tillegg gjengitt i fotnoter underveis i rapporten.

¹ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Tjeneste/enhet	Beskrivelse
Kommunalområder	Hamar kommune er organisert i fire kommunalområder: Helse og omsorg Opplæring og oppvekst Kultur og frivillighet By, miljø og arbeid
Tilrettelagte tjenester til hjemmeboende	«Tjeneste psykisk helse og rus» er plassert i denne enheten som er organisert under «kommunalsjef for helse og omsorg».
Tjeneste psykisk helse og rus	Består av oppfølgingsteamene «samtaleteam», «aktivitet og mestring», «STYRK» og «forsterket funksjon», tre bemannede boliger til målgruppen (Farmen, Kåtorp kjeller og Solhellinga), samt en egen sone i hjemmebaserte tjenester for brukere under psykisk helse og rus.
Koordinerende enhet	Har overordnet ansvar for individuell plan og koordinator. Er organisatorisk plassert under «enhet for tildeling av helse og omsorgstjenester» i kommunalområde helse og omsorg.
Utekontakten	Driver blant annet oppsøkende arbeid blant ungdom, kommunalområde oppvekst og opplæring.
Frivilligsentralen	Tilrettelegger for frivillig aktivitet, mottar statlig og kommunalt driftstilskudd, kommunalområde kultur og frivillighet.
Frisklivssentralen	Driver ulike helsefremmende tiltak, kommunalområde helse og omsorg.
Fastlegene og kommuneoverlegen	Fastlegene er selvstendige næringsdrivende med egne private virksomheter. Kommunelegen er medisinsk faglig rådgiver for kommunen, er organisatorisk plassert under samfunnsmedisinsk enhet i Hamarregionen, kommunalområde helse og omsorg.
NAV	Består av en statlig og kommunal del med ulike ansvarsområder, blant annet sykefraværsoppfølging og økonomisk sosialhjelp.
Sagatun Brukerstyrt Senter	Ideell stiftelse som har driftsavtale med Hamar kommune.
CRUX Hamartiltakene	Ideell diakonal stiftelse som består av tiltakene «Arbeideren» og «Barm», har driftsavtale med Hamar kommune.
Spesialisthelsetjenesten	Ulike avdelinger under Sykehus-Innlandet: • Sannerud psykiatriske sykehus • Distrikt psykiatrisk senter (DPS) • Psykoseklinikken • Ambulant akutenhet (AAE) • Allmennpsykiatriske poliklinikker • Barne- og ungdomspsykiatrisk senter (BUP)
Private rusinstitusjoner	Private ideelle institusjoner som gir tilbud til rusmiddelmissbrukere.
Mental Helse	Medlemsorganisasjon for alle mennesker med psykiske helseproblemer, pårørende og andre interesserte.

Begrep	Forklaring
Erfaringsmedarbeider/ Erfaringskonsulent	Ansatte med egen brukererfaring. I rapporten brukes begrepene erfaringskonsulent og erfaringsmedarbeider om hverandre.
EQS	Elektronisk hjelpemiddel til støtte i arbeidet med blant annet dokumentstyring, avvikshåndtering og prosedyrer.
FACT	Flexible Assertive Community Treatment (fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam), et samarbeid mellom kommuner og DPS.
FIT	Et digitalt tilbakemeldingsverktøy hvor klienten skal svare på fire spørsmål rundt opplevelser av behandlingen.
Framsikt	Framsikt er en skybasert løsning for helhetlig virksomhetsstyring.
GERICA	En elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrativt system for hele pleie- og omsorgssektoren.
Hovedforløp	Tre ulike hovedforløp benyttes for å beskrive pasienters problemer og behov innen psykiske helsetjenester og rusomsorg. Hovedforløpene skal bidra til å skille tiltak innen: «Forebygging», «Kartlegging og utredning» og «Behandling og oppfølging».
Individuell plan	En plan for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, som beskriver mål og tiltak.
IPS	Individuell jobbstøtte (IPS) er et samarbeid mellom NAV og helsetjenesten og gir tilbud til personer som har det vanskelig psykisk eller har utfordringer med rus.
Koordinator	En rolle ansatte blir tildelt for å sikre samhandling og samordning av tjenestetilbudet til brukeren.
KORUS	De regionale kompetansesentrene på rusfeltet.
Kriseplan	Kriseplanen er pasientens plan og skal presisere varselsymptomer, hvilke tiltak som skal settes inn og hvem som skal kontaktes.
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en del av Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten.
LOS-funksjon	Har som oppgave er å bidra til å løse ungdom som står i fare for å falle ut av ordinær skolegang, samt å løse dem til riktig lokal instans i det lokale tjenesteapparatet.
Oppfølgingsplan/ tiltaksplan	Sidestilt med individuell plan.
Pakkeforløp	Pakkeforløp for psykisk helse og rus skal gi pasient eller pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid.
Rask psykisk helsehjelp	Et korttids behandlingstilbud i kommunen for personer over 16 år med mild til moderat angst, depresjon, begynnende rusproblemer og/eller søvnvanter.
Recovery-orientert praksis	Fokuserer på det som er viktig for hver enkelt bruker, og hva som fremmer og øker mulighetene for å oppleve mestring.
ROP-brukere	Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse
SLT	Et hjelpemiddel/en modell for å samordne rus og kriminalitetsforebyggende tiltak for barn og unge.
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er den norske betegnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå.

3 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen er:

... å se etter at kommunen arbeider med å sikre at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykiske helsetjenester har et helhetlig og koordinert tilbud som er i tråd med lovverket og statlige føringer. Dette med fokus på kvalitetsarbeid, samhandling og brukermedvirkning. Det er også et formål å se hvordan tjenestene er ivarettatt under koronapandemien.

Formålet belyses gjennom å besvare følgende problemstillinger:

1. Hvordan sikrer Hamar kommune at tjenestetilbudet innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverk og statlige føringer?
2. I hvilken grad sikrer Hamar kommune at pasienter/brukere innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud?
3. Legges det til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner for å sikre et godt tjenestetilbud?
4. Etterlever Hamar kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?
5. Hvordan er tjenestene innen rusomsorg og psykisk helsearbeid blitt ivarettatt under koronapandemien?

3.1 Avgrensninger

Revisjonen er avgrenset til primært å omhandle tjenestetilbudet innen rusomsorg og psykisk helsearbeid til voksne, det vil si fra 18 år. Undersøkelsen vil likevel inkludere unge ned til 16 år når det gjelder enkelte tjenester, for å kunne belyse samhandling rundt overgangen i tjenestetilbudet fra barn/unge til voksne, og hvor det erfaringsmessig er en risiko for avvik. Spesielt er dette aktuelt for å belyse problemstilling 2 i undersøkelsen, som omhandler et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Kommuneledelsen fikk i den innledende fasen av prosjektet oversendt dokumentet «Revisjonskriterier» ([vedlegg A](#)), med utledninger til de ulike revisjonskriteriene i undersøkelsen. Som beskrevet i vedlegg A, vil det av hensyn til revisjonens omfang være aktuelt å avgrense hva vi undersøker. På bakgrunn av en faglig vurdering etter datainnhenting, er ett av kriteriene som omhandlet samarbeid rundt journalføring ikke tatt med i den endelige presentasjonen av data i kapittel 7 Helhetlige og koordinerte tjenester. Av samme grunn er det gjort små justeringer i enkelte revisjonskriterier, spesielt knyttet til kapittel 6 om kommunens internkontroll.

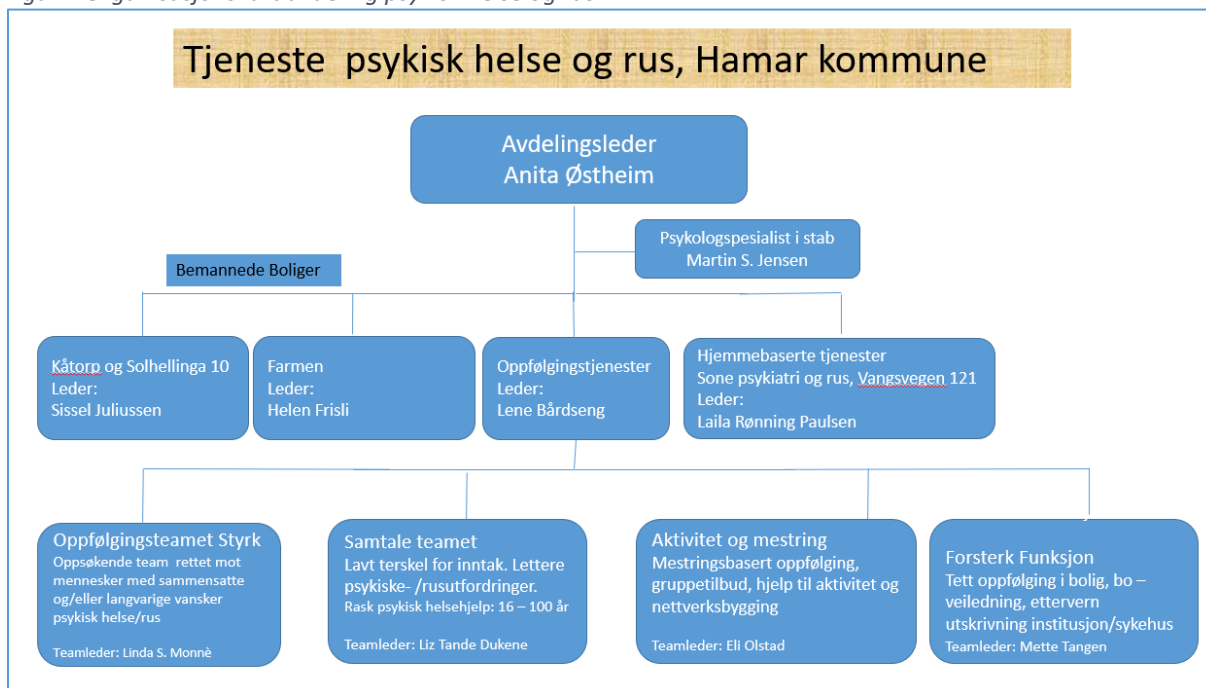
4 Psykisk helse og rus i Hamar kommune

4.1 Tjenester og organisering

Organisasjonskart ([vedlegg B](#)) for kommunalområde helse og omsorg, viser at «tjeneste psykisk helse og rus» er organisert under «tilrettelagte tjenester til hjemmeboende» (TTH). Figuren på neste side beskriver mer detaljert de ulike tjenesteområdene i avdeling psykisk helse og rus. Som figuren viser består tjenesten av flere oppfølgingsteam: STYRK, samtaleteamet, aktivitet og mestring, og forsterket funksjon. I tillegg viser figuren hva som er bemannede boliger for målgruppen, samt at en egen sone i hjemmebaserte tjenester gir tjenester til personer innen psykisk helse og rusomsorg, og er geografisk plassert i Vangsvegen 121² sammen med flere av de andre teamene.

² Her er følgende team/tjenester lokalisert: Samtaleteam, aktivitet og mestring, STYRK, samt en sone fra hjemmetjenesten.

Figur 1 Organisasjonskart avdeling psykisk helse og rus



Kilde: Hamar kommune 2022

I hvert team er det ansatt en teamleder som har ansvar for faglig oppdatering, fordeling av henvisninger og oppfølging av at dokumentering ivaretas i GERICA.³ Etter en omorganisering i 2019 ble tjenesten psykisk helse og rus inndelt etter tre hovedforløp beskrevet i en nasjonal veileder fra Helsedirektoratet «Sammen om mestring».⁴ Inndelingen etter de tre hovedforløpene⁵ er gjengitt i tabellen under:

Tabell 1 Avdelinger sortert etter hovedforløp 1, 2 og 3

Hovedforløp	Beskrivelse	Tjeneste-inndeling
Hovedforløp 1	Milde og kortvarige problemer	Samtaleteam og etter hvert også «rask psykisk helsehjelp» ⁶
Hovedforløp 2	Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	Aktivitet og mestring, ulike aktivitetstilbud, psykoedukasjon ⁷ og gruppetilbud
Hovedforløp 3	Alvorlige og langvarige problemer/lidelser	Oppfølgingsteamet STYRK og etter hvert også Forsterket Funksjon

Kilde: Hamar kommune 2022

³ GERICA er en elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrativt system for hele pleie- og omsorgssektoren

⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne> (Helsedirektoratet 2014)

⁵ De tre hovedforløpene skiller seg fra hverandre med hensyn til problemets art, alvorlighetsgrad og varighet, relevante mål og tiltak, ansvars plassering og samarbeidsrelasjoner (Helsedirektoratet 2014)

⁶ Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et korttids behandlingstilbud i kommunen for personer over 16 år med mild til moderat angst, depresjon, begynnende rusproblemer og/eller søvnvansker.

<https://napha.no/content/13931/rask-psykisk-helsehjelp>

⁷ Psykoedukasjon er et tilbud om systematisk, strukturert og didaktisk informasjon om psykiske lidelser og deres behandling. Gjennom psykoedukasjon lærer pasienten og pårørende om lidelsen, og hvordan mestre denne bedre. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/psykoedukasjon-til-akuttpsykiatriske-pasienter>

Administrasjonen viser videre til at «samtaleteamet» og «aktivitet og mestring» gir tilbud til alle som henvender seg, og at man for disse tjenestene ikke fatter enkeltvedtak.⁸ Dette innebærer en endring i forhold til tidligere praksis, og medfører at man nå tilbyr tjenester etter flere ulike ledd i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 *Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester*. Paragrafen inneholder til sammen seks ledd.⁹ Tjenesten arbeider nå i all hovedsak etter paragrafens fjerde ledd, *Utredning, diagnostisering og behandling*. Etter alminnelig rettsoppfatning anses ikke konsultasjoner, diagnostisering, behandling og henvisninger som enkeltvedtak, men som «[fa]ktiske, eventuelt prosessuelle handlinger». Dette betyr at reglene om enkeltvedtak ikke gjelder for disse handlingene.¹⁰ I tillegg ytes det tjenester etter § 3-3 *Helsefremmende og forebyggende arbeid*, herunder råd, veiledning og opplysning, hvor det heller ikke er krav om enkeltvedtak. Andre tjenester gjengitt i tabell 2, som tjenester i regi av «oppfølgingsteamet STYRK» og «forsterket funksjon», «sone fra hjemmebaserte tjenester», samt «boligene», skriver på sin side enkeltvedtak for de tjenestene de gir.

I tabellen under er en oversikt over antall ansatte i de ulike tjenestene innen psykisk helse og rus:

Tabell 2 Antall ansatte i avdeling psykisk helse og rus

Tjeneste-enhet	Antall ansatte	Kommentar
Samtaleteamet	12	Hvorav 3 har ansvar for Rask Psykisk helsehjelp
Aktivitet og mestring	6	
Oppfølgingsteamet STYRK	10	Hvorav én ressurs er kun i «Gatelaget» ¹¹ + 2 på prosjektmidler – én i samarbeid med NAV og en erfaringskonsulent med midler fra Statsforvalter ut 2022
Forsterket funksjon og bo-oppfølging	6+2	De 2 er på prosjektmidler fra Statsforvalter ut 2022.
Sone i hjemmebaserte tjenester	16	
Solhellinga 10 (bemannet bolig)	15,42	
Kåtorp kjeller (bemannet bolig)	7,28	
Farmen (bemannet bolig rus)	10,65	
FACT¹²	2	Interkommunalt samarbeid 4 kommuner og DPS
Administrasjon /stab	7	1 virksomhetsleder, 4 soneledere, 1 psykologspesialist, 1 administrativ
Totalt	≈94	

Kilde: Hamar kommune 2022

Som det kommer fram i tabellen har virksomheten flere prosjektstillinger, hvorav to av disse er erfaringskonsulenter/erfaringsmedarbeidere.¹³ Revisjonen er gjort kjent med at disse vil fortsette på prosjektmidler ut år 2023, hvor man etter dette må vurdere om stillingene skal gå over i vanlig drift.

⁸ Dette forklares med at enkelte tjenester innen psykisk helse og rus har dreid fokus til å bli mer opptatt av endringsarbeid, og mindre av vedlikehold/støtte eller bistand.

⁹ Se Vedlegg C: § 3-2 i helse og omsorgstjenesteloven

¹⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-helse-og-omsorgstjenester-og-transport/forvaltningslovens-anvendelse>

¹¹ Gatelaget er et samarbeid med fotballklubben HAMKAM

¹² FACT er Flexible Assertive Community Treatment, Fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam. Et interkommunalt samarbeid med DPS Hamar/Elverum.

<https://www.hamar.kommune.no/helseogomsorg/psykisk-helse-og-rus/tjeneste-psykisk-helse-og-rus/>

¹³ Erfaringskonsulenter er ansatte med egen brukererfaring, og det har blitt gitt tilskuddsmidler til slike ansettelser fra Statsforvalteren. I rapporten brukes begrepene erfaringskonsulent og erfaringsmedarbeider om hverandre.

Administrasjonen informerer videre om antall henvisninger/søknader på ulike tjenester i 2021, samt antall aktive brukere av tjenester per 30.4.2022, gjengitt i tabellen under:

Tabell 3 Antall nye henvisninger og aktive brukere

Tjenesteenhet	Nye henvisninger/søknader i 2021	Antall aktive brukere per 30.4.2022
Samtale-teamet	757	325
Aktivitet og mestring	188	144
Rask psykisk helsehjelp (fra 16 år)		73
Oppfølgingsteamet STYRK	72	226
Forsterket funksjon	35	35
Sone i hjemmebaserte tjenester	44	127
Bemannede boliger		23
Totalt	1096	953

Kilde: Hamar kommune 2022

Totalt var det med andre ord rundt 1000 henvisninger/søknader i 2021, og nærmere 1000 aktive brukere av ulike tjenester per 30.4.2022. Kommunen kommenterer i oversendt dokumentasjon at det de siste fire årene har vært en betydelig økning i henvendelser (fra rundt 380 til opp imot 1000 henvendelser årlig). Under pandemien var det cirka 200 færre henvendelser, mens det i 2022 ifølge administrasjonen kan se ut til at det igjen er en økning. Revisjonen etterspurte også antall henvisninger/søknader om plass i bemannede boliger, men har ikke fått tall på dette oversendt. Ifølge intervju med virksomhetsleder er det ikke venteliste på plass i bemannede boliger.

4.2 Tidligere tilsyn fra Fylkesmannen

Revisjonen er gjort kjent med at tjeneste psykisk helse og rus var gjenstand for tilsyn fra Fylkesmannen i Hedmark i 2014. Tilsynet ga kommunen avvik blant annet for manglende kartleggingsrutiner, mangelfulle vedtaksrutiner, og uklarhet rundt ansvarsforholdene ved opprettelse av individuell plan og koordinator.

5 Metode for revisjonen

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon som er fastsatt i styret i NKRF – kontroll og revisjon i kommunene. Standarden definerer hva som er god revisjonsskikk innen kommunal forvaltningsrevisjon. Valg av metode vil variere etter formålet med forvaltningsrevisjonen og hvilke problemstillinger man ønsker svar på. For å sikre et bredt og godt datagrunnlag har revisjonen benyttet flere metoder for å besvare problemstillingene. I denne forvaltningsrevisjonen er det benyttet dokumentstudier, intervjuer og stikkprøver av vedtak som metode.

5.1 Dokumentstudier

Skriftlig dokumentasjon er en viktig kilde til informasjon om kommunens rutiner og praksis. Dokumentstudier innebærer gjennomgang og vurdering av relevant dokumentasjon opp mot fastsatte revisjonskriterier. Eksempler på dokumentasjon i undersøkelsen er:

- Planverk
- Dokumentasjon av kommunens internkontroll/kvalitetssystem
- Samarbeidsavtaler
- Prosedyrer og rutinebeskrivelser

- Stillingsbeskrivelser
- Rapporteringer

Det er foretatt dokumentbestilling i to omganger. Det er videre etterspurt dokumenter per epost og i forbindelse med intervjuer, samt at flere oppfølgende skriftlige spørsmål har blitt besvart per epost. I rapporten refereres dette til som «informasjon fra administrasjonen/kommunen», eller med henvisning til den bestemte lederfunksjonen, for eksempel «teamleder informerer i epost om». Aktuelle dokument vil bli omtalt der det er relevant under den enkelte problemstilling, og dokumenter og referanser det er henvist til gjengis i rapportens referanseliste, [kapittel 14](#).

5.2 Intervjuer

Det ble innledningsvis gjennomført et oppstartmøte (4.4.2022) der følgende deltakere var til stede:

- kommunedirektør
- kommunalsjef helse og omsorg
- virksomhetsleder psykisk helse og rus

Formålet med møtet var å informere kommuneadministrasjonen om forvaltningsrevisjonen, samt gi mulighet for spørsmål og innspill til undersøkelsen tema og innretning.

Det er videre, i perioden 13. juni til 7. juli 2022, gjennomført intervjuer med ledelse og nøkkelpersoner i ulike enheter som er sentrale for brukergruppen. Til intervjuene er det utarbeidet temapunkter som er sendt de ulike personene før intervjuet. Intervjuene ble gjennomført som delvis strukturerte intervjuer. Det vil si at det ble utarbeidet en intervjuguide med forhåndsdefinerte spørsmål. Etter våre vurderinger passet delvis strukturert intervjuform godt for denne undersøkelsen, ettersom vi da har mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål underveis. Følgende personer ble intervjuet:

- Leder tilrettelagte tjenester til hjemmeboende (TTH)
- Tjeneste psykisk helse og rus
 - Virksomhetsleder
 - Soneleder oppfølgingsteamene
 - Soneleder/arbeidsleder Farmen (bemannede boliger)
 - Soneleder HBO (sone innen hjemmebaserte tjenester)
 - Teamleder STYRK
 - Teamleder forsterket funksjon
 - Konstituert teamleder samtaleteam
 - Erfaringsmedarbeider
- Leder NAV
- Leder DPS
- Leder CRUX Hamartiltakene
- Leder Sagatun Brukerstyrt Senter
- Leder Utekontakten
- Leder Frivilligsentralen
- Telefonintervju leder Mental Helse Hamar-Løten
- Telefonintervju med leder for koordinerende enhet

Intervjuene omfatter til sammen 18 personer. Planlagt intervju med kommuneoverlegen kunne ikke gjennomføres, grunnet dennes fravær i hele intervjuperioden. Alle intervjureferater har blitt gjennomgått og verifisert av den aktuelle informanten.

5.3 Gjennomgang av vedtak

For å få et inntrykk av hvordan vedtak er utformet med tanke på retten til medvirkning, har revisjonen fått oversendt et tilfeldig utvalg på fem vedtak. Det presiseres at gjennomgangen er gjort for å skaffe et innblikk i hvordan brukermedvirkning etterleves på individnivå. Utvalget er lite og vil ikke nødvendigvis være representativt for hvordan vedtaksbrevene utformes.

5.4 Dataenes pålitelighet og gyldighet

Pålitelige data sikres ved å være nøyaktig under innsamling og analyse av data. Kravet til gyldighet innebærer at dataene skal være relevante for å besvare problemstillingene i undersøkelsen. Et problem med datagrunnlaget kan være at vi ikke finner tilstrekkelig informasjon gjennom de dokumentene vi har etterspurt. Dette problemet er redusert ved å bruke flere ulike metoder for å besvare de samme spørsmålene. Ved å kombinere ulike metoder for å belyse samme fenomen kan forholdene beskrives fra flere sider. Dersom inntrykket vi får er lignende ut fra bruk av flere metoder styrkes kvaliteten og gyldigheten til undersøkelsen. Revisjonen mener dataene denne rapporten bygger på samlet sett er pålitelige og gyldige og gir et forsvarlig grunnlag for revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

6 Kommunens internkontroll

Problemstilling 1:

Hvordan sikrer Hamar kommune at tjenestetilbudet innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverk og statlige føringer?

6.1 Revisjonskriterier for problemstilling 1

For å sikre at tjenestetilbudet er i tråd med lovverket og statlige føringer skal kommunen etablere et system for internkontroll. Hva internkontrollen skal omfatte er punktvis presisert i oversikten over revisjonskriterier under. For en full utledning av revisjonskriteriene, se [vedlegg A](#). Tabellen er interaktiv, og leseren kan gå rett til den enkelte vurdering ved å trykke på det enkelte kriteriet. Vurderingene er knyttet til de data som er samlet inn og blir gjengitt i delkapitlene nedenfor. Vi gjør derfor leseren oppmerksom på at vurderingene må sees opp imot de innhentede data i prosjektet.

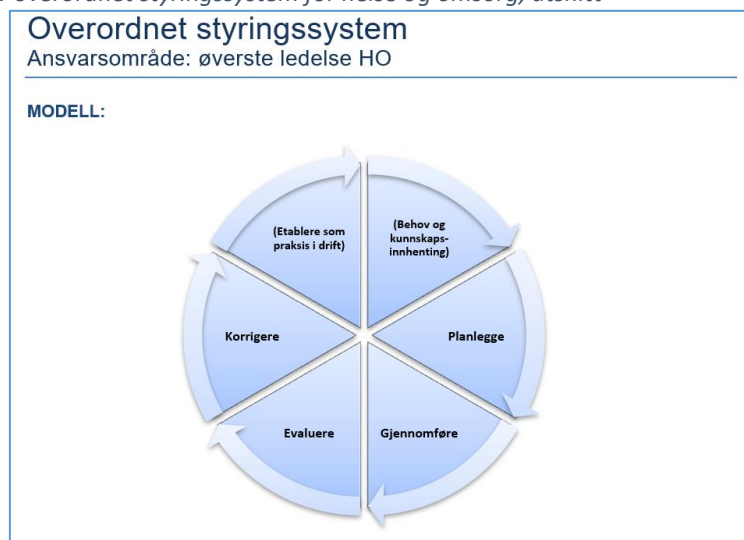
- | | | |
|---|----------------------------|---|
|  | Kriterie 1 | Kommunen må beskrive mål, oppgaver og organisering, samt ha oversikt over regelverk, kompetansebehov, risikoområder og avvik som et grunnlag for å kunne planlegge aktiviteter. |
|  | Kriterie 2 | Kommunen bør ha et system for å avdekke risiko knyttet til samarbeid og overganger i tjenestetilbudene, samt sette inn tiltak ved behov. |
|  | Kriterie 3 | Kommunen må tilgjengeliggjøre virksomhetens oppgaver, organisering og planer for de ansatte, samt iverksette kompetansetiltak og andre tiltak for å lukke avvik og forebygge svikt. |
|  | Kriterie 4 | Kommunen må evaluere aktiviteter gjennom kontroll og vurdering av de gjennomførte aktivitetenes effekt, blant annet ved bruk informasjon om egen virksomhet. |
|  | Kriterie 5 | Kommunen må minst én gang årlig gjennomgå hele styringssystemet for å vurdere om ønskede mål og resultater oppnås. |
|  | Kriterie 6 | Kommunen må rette opp uforsvarlige forhold med korrigerende kort- og/eller langsiktige tiltak. |
|  | Kriterie 7 | Kommunen må sikre medvirkning fra medarbeidere og brukere/pasienter og pårørende i alle faser av forbedringsarbeidet. |

6.2 Helhetlig styringssystem og årlig gjennomgang

Sentralt i kommunens internkontroll er et styringssystem som skal sikre planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenestene. Det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med revisjonskriteriene oppgitt i tabellen. Oppgavene i styringssystemet vil imidlertid ofte være delegert. Kommunen har oversendt dokumentet «Delegering av kommunedirektørens myndighet, reglement for Hamar kommune» (2020), som beskriver at myndighet i kommunen delegeres fra kommunestyret til kommunedirektøren. Videre delegeres kommunedirektørens myndighet til kommunalsjefer og stabssjefer.

Kommunen skal én gang i året gjennomgå hele styringssystemet for å vurdere om ønskede mål og resultater oppnås. Kommunalsjef for helse og omsorg informerer i e-post per 27. mai om at helse- og omsorgsavdelingen etter omorganiseringsprosessen i 2019, la vekt på faglig kvalitet, og en tydelig struktur som understøtter målene og som er bedre rustet til å møte morgendagens utfordringer. Avdelingen skulle det påfølgende året arbeide med nye prosedyrer og nytt styringssystem. Dette arbeidet ble så vidt påbegynt før Covid 19-pandemien måtte prioriteres. Arbeidet med nytt styringssystem har derfor ikke blitt prioritert før innledende arbeid våren 2022. I et dokument kommunen har oversendt beskrives det som skal være gjeldende struktur for styringssystemet i henhold til Forskrift om kvalitet og ledelse i helse og omsorg.

Figur 2 Beskrivelse av overordnet styringssystem for helse og omsorg, utsnitt



Kilde: Hamar kommune 2022

Dokumentet operasjonaliserer oppgaver knyttet til de fire pliktene gjengitt i figuren og som er forskriftsfestet, men dokumentet utgjør ifølge kommunalsjefen kun et «innledende arbeid» og er ennå ikke datert eller lagt i kvalitetssystemet EQS. Opplæring i systemet skal være gjennomført i hele helse og omsorg før sommeren 2022, samt at rapportering i henhold til systemet iverksettes fra september dette året.¹⁴ Da kommunen ikke har hatt et helhetlig styringssystem på plass de siste tre årene, gjengir delkapitlene under i større grad hvorvidt kommunen har hatt dokumentasjon og beskrivelser på plass, og i mindre grad hvorvidt den aktuelle dokumentasjonen har blitt benyttet systematisk i prosessen med å styre virksomheten.

6.3 Mål for tjenesten

I Hamar kommunes «Kommunedelplan for helse og omsorg 2018-2030» (vedtatt i kommunestyret 20.06.2018), defineres ulike mål for tjenestene. Hovedmålsettingen til planen er «[ø]kt mestring for brukeren og tjenester av god kvalitet til de som trenger det». For å nå målet har kommunen valgt fem satsningsområder:

¹⁴ Kommunalsjefen skriver i epost per 30.05.2022 at det skal gjennomføres en hel dag med ledergruppen i helse og omsorg den 10.6 hvor gjennomgang av nytt styringssystem gjennomgås og legges til grunn for planlegging, styring, evaluering og korrigering i hele organisasjonen. «Dette var planlagt utviklet, som en tydelig forbedring av tidligere internkontroll, fra primo 2020 i en helt ny organisasjonsstruktur. Et system som skulle gjenspeile ny struktur. Som kjent har det ikke vært rom for annet enn prioritert drift i hele pandemi perioden. Derfor er arbeidet intensivert nå».

- Tidlig ute med tilpasset hjelp
- Mestring og deltakelse
- Tjenester som virker sammen
- Tjenester der folk bor
- Frivillige og pårørende som ressurs

Kommunedelplanen beskriver at det å «[s]tyrke tjenester innen rus og psykisk helse, og rehabilitering som følge av samhandlingsreformen» er et tiltak med økonomiske konsekvenser 2018-2030 (kapittel 6.2). Videre beskrives det at kommunen skal «[u]tvikle et bredt lavterskeltilbud innen psykisk helse i samarbeid mellom frisklivscentralen og psykisk helseteam» (kapittel 6.4). Her heter det også at det skal rapporteres på tiltakene i årsmeldinger. Årsmelding for 2021 viser tabellen «Status måltall» for tjenesteområdet helse og omsorg, hvor hovedmål og delmål er gjengitt.

Figur 3 Årsmelding 2021, utsnitt

Status måltabell							
Hovedmål	Delmål	Statusbeskrivelse delmål	Indikator	Ønsket resultat	Oppnådd resultat	Beskrivelse mål	
5. I 2030 er Hamar en trygg og inkluderende kommune med rom for alle.	Mestring og deltakelse Frivillige og Pårørende som ressurs	2021 har i hovedsak vært preget av Covid og restriksjoner i antall samarbeidspartnere. Arbeidet med videreutvikling av samarbeidsområder med frivillige har derfor vært relatert til mindre grupper og i avgrensede områder.	Økt antall arenaer for brukere og frivillige innenfor tjenesteområdene til Helse og omsorg, direkte mot brukere				
	Tjenester der folk bor	I forbindelse med etablering av alternative dagtilbud til mennesker med demens, har det i større grad blitt gitt tilbud i det enkelte hjem for å avlaste pårørende og gi aktivitetstilbud innen kravene til smittevern. Dette tilbudet har vært svært positivt og vi vil forsette med dette alternativet for mennesker som av ulike årsaker ikke kan delta i felles dagtilbud.	Økt antall brukere som mottar hjelp i eget hjem				
	Tjenester som virker sammen	Tverrfaglig samarbeid er svært viktig på de fleste arenaer. Innenfor rehabilitering er dette grunnleggende viktig. Samling av den tverrfaglige kompetansen inne rehabilitering har gitt en raskere og mer individuell tjeneste til aktuelle pasienter/brukere. Dette er viktige satsningsområder for at den enkelte skal gjenvinne tilstrekkelig egen omsorgsevne til å bo i hjemme lengst mulig. Rehabiliteringstjenesten har blitt styrket i dette arbeidet og det er et økende antall brukere som rehabiliteres i eget hjem.	Økt tverrfaglig innsats				

Kilde: Framsikt 2021

Kommunen kommenterer under måltabellen at arbeidet innen psykisk helse har stort fokus på endrede behov i befolkningen og at raskere psykisk helsehjelp er et svært viktig tiltak for å i størst mulig grad bistå den enkelte til rask egenmestring. Når det gjelder rapportering på tall, forteller virksomhetsleder at de har en årlig rapportering til SINTEF,¹⁵ samt i årsmeldingen. Videre beskriver virksomhetsleder at hun i alle ledermøter med sine ledere har tett oppfølging på økonomi, tjenesteutvikling og andre temaer som omhandler hensiktsmessig daglig drift. Videre rapporterer alle soneledere hver måned til henne på økonomi for sin avdeling (i Framsikt).¹⁶ Utover dette uttrykker virksomhetsleder at det har vært lite etterspørsel etter tall fra kommuneledelsens side, og i figuren over er det også manglende måltall under «ønsket og oppnådd resultat». Virksomhetsleder mener det blant annet kunne vært nyttig med en registrering på hvor mange som avslutter tjenestene årlig, samt på antall brukere som ikke møter opp. Det virksomheten imidlertid ofte henviser til er et økende antall henvisninger. Virksomhetslederens nærmeste overordnede, leder for tilrettelagte tjenester til

¹⁵ SINTEF et uavhengige forskningsinstitutter som siden 2007 årlig samlet inn årsverkstall for psykisk helsearbeid i alle landets kommuner på oppdrag fra Helsedirektoratet.

¹⁶ Framsikt er en skybasert løsning for helhetlig virksomhetsstyring.

hjemmeboende (TTH), forteller at de har rapportering på måloppnåelse i måneds- og tertialrapporter. Når det gjelder status for tjenesteområdet psykisk helse og rus, forteller også hun at det stadig blir nevnt at dette er et voksende område.

6.4 Oppgaver, organisering og regelverk

6.4.1 Oppgavebeskrivelser

Administrasjonen har oversendt flere rutiner som beskriver oppgaver tillagt ulike deler av tjenesten. Eksempler på dette er «Lokal rutine for beskrivelse av tjenestene og lovmessige avklaringer i Tjeneste for psykisk helse og rus i Vangsvegen 121». Rutinen omtaler innholdet i tjenestetilbudet i de ulike teamene lokalisert i Vangsvegen 121, samt målgrupper og lovgrunnlaget for de ulike tjenestene. Rutinen er lagret i EQS som er kvalitetssystemet kommunen benytter.¹⁷ Kommunen har videre oversendt stillingsbeskrivelser for flere av teamene, for eksempel for samtaleteamet hvor det heter at leder for tjeneste psykisk helse og rus har ansvar for utforming, revisjon og godkjenning av rutinen, samt gjøre den kjent for ansatte. I rutinen beskrives også de ulike arbeidsoppgavene som tilligger teamet nærmere, samt hvilke ansatte som er ansvarlige for de respektive oppgavene. En lignende rutine foreligger for oppfølgingsteamet STYRK og for forsterket funksjon. Dokumentet «Ansvarsområder ledelse og stab i Tjeneste for Psykisk helse og rus» beskriver oppgaver for konkrete personer med lederansvar i tjeneste psykisk helse og rus (virksomhetsleder, soneleder og teamledere).

6.4.2 Regelverk

Som beskrevet i kapittel 4 viser administrasjonen til ulike ledd i helse- og omsorgstjenestelovens paragraf 3-2 Diagnose, utredning og behandling, som et sentralt regelverk for de tjenestene som ytes innenfor psykisk helse og rus. Utover helse- og omsorgstjenesteloven henviser administrasjonen til pasient- og brukerrettighetsloven, forvaltningsloven og helsepersonelloven som sentrale, samt at de arbeider etter Forskrift om pasientjournal og har satt seg inn i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, Proposisjon til Stortinget 91L (2010-2011) og Veileder for saksbehandling (IS2442) (02/2016).

6.4.3 Organisering av tjenesten

Når det gjelder organisering av tjenesten viser administrasjonen til organisasjonskartene. Både virksomhetsleder for psykisk helse og rus, og soneleder for oppfølgingsteamene uttrykker i intervju at de opplever dagens organisering, hvor tjenesten er en del av «tilrettelagte tjenester til hjemmeboende», er lite hensiktsmessig. Virksomhetsleder utdyper i epost (23.8.2022) at dagens organisering hvor tjeneste psykisk helse og rus (TPHR) ble organisatorisk plassert under tilrettelagte tjenester for hjemmeboende (TTH), skjedde i forbindelse med en omorganisering i 2019. Begrunnelsen var ifølge henne at tjenestene skulle inndeles etter «fag», for å styrke kompetanse innad i de ulike fagområdene. Virksomhetsleder uttrykker at TPHR har en annen målgruppe enn resten av den tjenesten de er samorganisert med,¹⁸ samt andre arbeidsmetoder, samhandlingsarenaer og fagutviklingsområder. De andre fagområdene i TTH opplever hun at har felles brukere, felles forståelse og drar veksler på hverandre da faget er mer sammenfallende.

Både virksomhetsleder og soneleder for oppfølgingsteamene uttrykker det som uheldig at mange av de avgjørelsene som tas innen TPHR må gå en sløyfe innom leder for TTH, for så å gå videre til kommunalsjef. Ofte er det avgjørelser som ifølge dem kunne gått direkte fra virksomhetslederen i TPHR til kommunalsjef, og dermed fått en større faglig tyngde. Soneleder uttrykker at det ikke er tilstrekkelig kompetanse i leddet «over», med hensyn til tjenesten psykisk helse og rus. Dette gjør at

¹⁷ EQS er det elektroniske hjelpemiddelet som alle virksomhetene i Hamar kommune bruker til støtte i arbeidet med blant annet dokumentstyring, avvikshåndtering og prosedyrer (kommunedelplan helse og omsorg).

¹⁸ Hjemmesykepleie, fysisk rehabilitering, palliativ, demens og generell hjemmesykepleie (epost per 23.8.2022)

det ifølge henne kjennes usikkert om den riktige argumentasjonen blir formidlet videre slik den skal, og hun mener at de per i dag er i en «søyle» der det «kun er hjemmesykepleien som gjelder». Soneleder mener derfor at tjeneste psykisk helse og rus bør være en egen søyle på lik linje med tjenester til funksjonshemmede.

Leder for tilrettelagte tjenester til hjemmeboende (TTH) beskriver i intervju at hun er kjent med at det er en misnøye rundt dagens organisering blant flere av lederne i tjenesten psykisk helse og rus. Hun viser samtidig til at dagens organisering er begrunnet i en tidligere gjennomgang Agenda Kaupang hadde av det som den gang var en distriktsmodell, og hvor organiseringen ble vurdert å være alt for fragmentert. Hun forteller videre at helse- og omsorgstjenesten i dag er organisert i en matrisemodell,¹⁹ hvor TTH er inndelt i fem fagområder. TTH har i dag tjenester på tre hovedsøylar/fagområder: «Hverdagsmestring», «demens» og «psykisk helse og rus». Dernest er det fagområde «rehabilitering og mottak», og fagområde «lindrende», som jobber i matrise i hele helse og omsorg. Tanken er blant annet å ha team som jobber «innover» i tjenesteapparatet, og at brukeren skal beholde primærkontakten istedenfor at de flyttes på. Et annet mål er å kartlegge brukerne godt slik at de får riktige tjenester.

Lederen mener at de i dag har en kompleks modell som bør prøves ut over en lengre periode. Mye stoppet opp på grunn av pandemien og det er først nå de kan ta opp igjen utprøvingen av ny modell. De har også vært gjennom mange omorganiseringer tidligere. Lederen mener at målet nå er å skape mer helhet og sammenheng i tjenestene. Når det gjelder evaluering av nåværende organisering, forteller hun at kommunalsjefen hadde en runde med dialog i de ulike enhetene i fjor, men at flere av de ansatte ikke nødvendigvis oppfatter dette som en evaluering. Leder mener man nå må forholde seg til den modellen man har og at det har gått for kort tid til å kunne evaluere hvordan denne fungerer.

Fra et brukerperspektiv forteller virksomhetsleder at man med dagens organisering kan oppleve at noen brukere faller «midt imellom», med hensyn til det å bo i eget hjem eller i bemannet bolig. Tjenesten forsøker å ivareta disse gjennom oppfølgingsteamet forsterket funksjon, som jobber tett på de som bor i egen bolig, men som trenger mer oppfølging enn det de får gjennom STYRK og NAV. Etter tre måneder evalueres det hvorvidt oppfølgingen skal forlenges. Flere ledere revisjonen har snakket med kommenterer denne gruppen brukere og flere opplever at det er et udekket behov for bemannede boliger og institusjonsplasser i kommunen, og at det burde vært flere plasser for personer i «aktiv rus».

6.4.4 Tilgjengeliggjøring for ansatte

I intervju med ulike ledere kommer det fram at rutiner og funksjonsbeskrivelser for virksomheten tilgjengeliggjøres ved at alle nyansatte får beskjed om å bruke den første uka til å gjøre seg kjent med rutiner og dokumentasjon som ligger i kvalitetssystemet EQS. Videre tilføyer flere ledere at de har en fadderordning ved nyansettelser, og at en rutine/opplæringskontrakt ligger inne i EQS på hva fadderens skal gå gjennom med den nyansatte.

Virksomheten har videre etablert en fast møtestruktur som ifølge administrasjonen ivaretar behovet for overføringer, henvisninger og informasjon med mer. Hensikten med en egen lokal rutine for møtestrukturen er at alle ansatte i teamene STYRK, samtaleteam, aktivitet og mestring, forsterket funksjon (FF) og ledergruppen skal være kjent med møtestrukturen. Videre skal rutinen bidra til at alle

¹⁹ En matriseorganisasjon er kompleks og flerdimensjonal. Den kombinerer gjerne flere typer organisasjonsformer, slik at en ansatt kan ha flere ledere alt etter fagområde og funksjon. <https://ndla.no/nb/subject:1:433559e2-5bf4-4ba1-a592-24fa4057ec01/topic:2:183188/topic:2:117506/resource:1:97728>

skal «[v]ite hva som foregår av faste aktiviteter i tjenesten for å sikre deltagelse og engasjement». Fellesmøter benyttes også til å presentere teamene for hverandre og for nyansatte. Det avholdes teammøter hver 14. dag hvor man går igjennom det som er relevant. Et eksempel er at det er gjort endringer i et kartleggingsskjema som mange benytter, slik at kartleggingen skal bli mest mulig samlet og lik. Da har alle ansatte blitt tatt med og har kunnet komme med endringsforslag, før rutinen godkjennes hos ledelsen.

Soneleder for hjemmebaserte tjenester forteller i intervju at virksomhetsleder informerer på mail ved eventuelle endringer de må ta hensyn til. Det soneleder savner er å kunne videreformidle informasjon til alle ansatte på jobbmail. Men de ansatte har ikke tilgang på jobbmail hjemmefra, og da må dette sendes på privat mail til enkelte ansatte som ikke er så ofte på jobb, noe hun opplever er tungvint og u hensiktsmessig i 2022.

6.5 Kartlegging av kompetansebehov

Administrasjonen har oversendt årlig overordnet kompetanseplan for 2021 og 2022. Her vises det til at kompetanseplanene skal gi struktur og prioriteringer av kompetansehevede tiltak i inneværende år.

Et dokument administrasjonen har oversendt viser til de fem fokusområdene i kommunedelplanen, samt til fem fokusområder ledergruppen har vedtatt i 2021,²⁰ og som skal være retningsgivende for tjenesteutviklingen. I dokumentet som er et excel-skjema stilles spørsmålet: Hva trenger din enhet av kompetanseheving for å møte dagens behov og fremtidens helsetjeneste? Videre er det oppgitt antall personer som er aktuelle for kompetanseheving innen ulike områder. Det foreligger også excel-skjema hvor ledere skal kartlegge og vurdere kompetansebehov hos ansatte for høst/vår 2020/2021 og for høst 2022/vår 2023. Her framkommer det navn på ansatte som er aktuelle for videreutdanning i form av fagskole, bachelor- og mastergrad. Eksempel på skjema er vist i figuren under:

Figur 4 Skjema for kartlegging av kompetansebehov, utsnitt

2.4. Videreutdanning og mastergradutdanning (påbygg bachelorutdanning)					
Utdanningstype	Antall personer	Navn - egen liste, hvis fler enn en	Oppstart	Avsluttes	Merknader (nærmere om hvilken annen utdanning)
a. Psykisk helsearbeid og rusarbeid	1,00		2022	2024	PAO
b. Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge					Lindrende
c. Eldreomsorg/demens	1,00		2022	2023	
d. Kreftomsorg/lindrende pleie	2,00		2022	2024	
e. Habilitering/rehabilitering					
f. Veiledning					
g. Lederutdanning	1,00		Vinter 2022	Vår 2022	Psykisk helse og rus
h. Annen videreutdanning og/eller masterutdanning	1,00		Vinter 2022	Vår 2022	Psykisk helse og rus,
h. Annen videreutdanning og/eller masterutdanning	1,00		Vinter 2022	Vår 2022	Psykisk helse og rus, kognitiv terapi
Sum :	7,00				

Kilde: Hamar kommune 2022

Leder for tilrettelagte tjenester til hjemmeboende forteller at de har etablert et kompetanseårshjul, med ulike fokusmåneder og mål. Revisjonen har fått oversendt kompetanseårshjulet som blant annet viser at «brukermedvirkning og pårørendearbeid» skal være fokusområdet i september, og en av sonelederne beskriver at årshjulet kan bidra til at de får fokus på områder som ellers kunne «glippe» i en travel arbeidshverdag.

²⁰ Brukermedvirkning og pårørendearbeid, Kulturbygging med fokus på etikk og holdninger, Rehabilitering, Ernæring, Digitale verktøy.

6.6 Avvik- og risikovurdering

«Lokal rutine for avvikshåndtering, anmeldelse og ivaretagelse av ansatt» skal ifølge beskrivelsen gjelde for ansatte i tjeneste psykisk helse og rus i Vangsvegen 121 «[v]ed hendelser i arbeid tilknyttet brukere av tjenesten, deres pårørende og samarbeidspartnere». Rutinen beskriver at når en ansatt opplever en hendelse på jobb som er uønsket, skal vedkommende avviksmelde dette inne i EQS. Eksempler på avvik som rutinen nevner kan være: skrive journal på feil bruker, klage på samarbeidspartner, bruker får ikke den tjenesten han eller hun har rett på jfr. tolkning av lovverk, trusler, selvmord, trakassering og brudd på lovverk, som helse- og omsorgstjenesteloven og arbeidsmiljøloven. Kommunen har også oversendt prosedyren «Internkontroll – håndtering av avvik i helse og omsorg», ²¹ som ifølge beskrivelsen gjelder for alle områder og ansatte. Her heter det blant annet at «øverste leder» skal sikre at det finnes oversikt over avvik, og skal sørge for at evalueringer og erfaringer trekkes inn i planleggingen.

Kommunen har oversendt oversikt over meldte avvik fra tjenesten psykisk helse og rus i 2021. Oversikten viser at det er flere meldte avvik i bemannede boliger, og i hjemmetjenestesone for tjenesten psykisk helse og rus, enn for de andre teamene. Eksempelvis hadde samtaleteamet bare fire meldte avvik i 2021, mens den bemannede boligen Solhellinga hadde 76 meldte avvik, hvorav vold/trusler om vold og legemiddelhåndtering utgjorde de fleste avvikene.

Rutine «EQS-brukerveiledning – Opprette tiltak» gjelder for kommunalområde helse og omsorg, og beskriver hva som skal være fremgangsmåten for å opprette tiltak etter uønskede hendelser, avvik og skademeldinger. Her heter det at det er leder med personalansvar som skal ta en samtale med den ansatte som har meldt avviket og behandle avviksmeldingen. Brukerveiledningen beskriver videre trinn for trinn hvordan tiltaket opprettes, og settes på en «tiltaksansvarlig». Avviket kan ifølge rutinen ikke lukkes før den som skal utføre tiltaket har dokumentert at det er utført og godkjenner har godkjent tiltaket. Rutinen ble sist revidert i 2015.

Flere ledere i tjeneste psykisk helse og rus beskriver i intervju at det meldes avvik, men ikke i tilstrekkelig grad. Leder for TTH beskriver at hun mener de har en lang vei å gå når det gjelder avviksmeldinger og forteller at de nå begynner litt på «skrætsj» når det gjelder kunnskap om hvordan de skal bruke systemet EQS. Dette har de nylig hatt fokus på i forbindelse med en heldagssamling i regi av kommunalsjefen, hvor internkontroll og styringssystem stod på dagsorden. Virksomhetsleder forteller at det de får mest avvik på er at hjemmesykepleien har lagt ut feil medisiner – men at dette skjer sjelden og at det ifølge henne aldri har oppstått alvorlige hendelser. Når avviksmeldingen kommer til virksomhetsleder, er den ofte allerede løst på teamnivå. Når det gjelder avvik knyttet til legemiddelhåndtering følges dette, ifølge soneleder for hjemmebaserte tjenester, opp gjennom påminnelser om nøyaktighet, samt at man ser på rutiner knyttet til medisinerrommet. Hun mener dette har blitt bedre etter at de nå har en person fast inne hele dagen på ukedager, som ivaretar medisinhåndtering og bemanner «hovedtelefonen», da de har veldig mange henvendelser fra brukere på denne. Utover den interne håndteringen av avvik, er det ifølge henne ikke etterspurt ytterligere rapportering på avvik til virksomhetslederen i tjeneste psykisk helse og rus.

Kommunen har utarbeidet en helhetlig ROS-analyse 2022, og virksomhetsleder for psykisk helse og rus forteller at kommunen har en felles mal for ROS-analyse/risikokartlegging, som ligger i EQS. Virksomhetsleder forteller videre at de har gjort ROS-analyse for boligene, men at de på området har litt å gå på. Teamleder STYRK informerer i epost 21.6.2022 om at det ikke er gjennomført risikokartlegging i teamet, men at de har en sikkerhetsrutine som hver enkelt ansatt har ansvar for å

²¹ Gjeldende fra 23.8.2022

følge. Også virksomhetsleder beskriver at de følger tett opp når det gjelder risiko for de ansatte i den praktiske hverdagen.

6.6.1 Risikoområder i forbindelse med samarbeid og overganger

6.6.1.1 Påpekte risikoområder i forbindelse med samhandling og overganger

Tjenesten psykisk helse og rus har en rekke samarbeidsparter både internt i kommunen og eksternt, blant annet med spesialisthelsetjenesten, og dette beskrives nærmere i kapittel 7. 2. og 7.3. Som en del av internkontrollen, skal kommunen fange opp risikofaktorer knyttet til samarbeidet og overgangene i tjenestetilbudet, samt sette inn tiltak for å forebygge svikt i form av manglende helhet og koordinering. I undersøkelsen beskriver flere ledere, samt erfaringsmedarbeider, ulike faktorer som de mener utgjør risiko når det gjelder å få etablert hensiktsmessig samarbeid og gode overganger. Dette nevnes her i en punktliste, og flere risikofaktorer omtales ytterligere under ulike senere kapitler:

- Overgang i tjenestetilbudet til barn/unge og voksne
- Overgang til kommunen i forbindelse med utskrivningsklare pasienter
- Overgang til egen/kommunal bolig
- Manglende tilgang på koordinatører
- Uklarhet rundt hvem som «eier» brukerne
- Mangel på institusjonsplasser/omsorgsplasser/sykehjemsplasser tilpasset brukergruppen

Som kommentert i kapittel 6.4.3 påpeker flere av lederne i tjenesten psykisk helse og rus at de mener dagens organisering i seg selv kan være et hinder for god samhandling og gode overganger. Lederen for utekontakten beskriver i intervju at hun kan oppleve at helse og omsorg er et enormt stort område og at psykisk helse og rus kan «drukne litt» fordi de andre feltene er så ressurskrevende. Samtidig erkjenner hun at det ikke alltid hjelper å flytte på «boksene», og mener det har skjedd mye bra etter omorganiseringen.

En av teamlederne uttrykker at mange av deres brukere eksempelvis også kunne blitt fulgt opp av tjenester for funksjonshemmede. Hun opplever det som en utfordring at så snart noen har en rus-historikk, så blir det vanskeligere med samarbeid og uenighet rundt hvem som «eier» pasienten. Psykisk helse og rus kan komme med tjenester på rus-biten, men teamleder mener det burde vært mer tverrfaglige team rundt disse brukerne. Det samme gjelder eldre pasienter. Det finnes ikke egne sykehjemsplasser for målgruppen – så hvem har ansvaret, hvem «eier» pasienten? Også soneleder for oppfølgingsteamene påpeker overgangen fra hjem til sykehjem som sårbar, og hun mener kommunen må rigge seg til å ta imot tjenestens brukere, som også har vanlige somatiske plager. Så snart du har hatt en periode med rus, mener hun det er dette som blir det fremtredende når man skal vurdere tjenestebehovet til brukeren. Det samme gjelder personer med funksjonshemming. Også her er det en uenighet om hvem som «eier» disse brukerne, hvis det også er rus inne i bildet. Det kan ifølge soneleder oppleves som andre virksomheter er «livredde» for å eie brukere innen psykisk helse og rus, og hun mener kompetanse på området må bygges i de ulike virksomhetene.

Flere ledere påpeker at det er mye å hente på bedre samarbeid rundt ungdom og barn, og at det er lite hensiktsmessig å arbeide etter aldersskiller. Leder THH forteller at overgangen i tjenester til barn/unge og voksne er noe det skal satses mye mer på, og at dette er en voksende utfordring. Hun forteller at det er bevilget midler til å bygge opp et tilbud til barn og unge som faller utenfor, som startes opp som et prosjekt høsten 2022. Kommunen vil søke om tilskudd videre også for 2023. En av sonelederne uttrykker at målet må være å unngå at ungdom kommer inn i tjenesten, og at man derfor også må jobbe mer med foreldregruppa. Hun mener man har manglet dette med gode overganger fra barn og ungdom til voksen, og at man framover bør gjøre ting på en helt annen måte.

6.6.1.2 Igangsatte og planlagte tiltak for å sikre samarbeid og overganger

Et møte kommunen viser til som skal bidra til å sikre gode overganger er «Koordineringsforum for Hamar kommune og BUP Hamar», ²² hvor representant fra BUP, tjenesteledere fra barnevern, helsestasjon, PPT, tildelingsenheten og utekontakten, psykolog fra helsestasjonen, pakkeløpskoordinator i kommunen og fastleger har mulighet til å drøfte saker. Leder for utekontakten beskriver i intervju at en representant fra tiltaket «rask psykisk helsehjelp» ²³ også deltar i koordineringsforumet. Tilbudet om rask psykisk helsehjelp for personer ned til 16 år, er ifølge henne et tiltak som skal bidra til å gjøre overgangen mellom tjenester til barn/unge og voksne smidigere.

Dokumentet om koordineringsforumet beskriver at

«[a]lle i møtet kan ta med saker til drøfting. Hver sak ender med en konklusjon om hvem som gjør hva og hvem som tar saken videre. Den tjenesten som «tar med seg» sak til drøfting, er ansvarlig for å innhente samtykke fra de det gjelder, og er ansvarlig for å dokumentere konklusjon i sitt eget journalsystem».

Sitatet tydeliggjør kriterier for og ansvarfordeling i samarbeidet. Dokumentet omtaler videre «[k]ompliserte saker hvor det ikke er funnet gode løsninger gjennom ordinær ansvarsgruppe», som en av sakstypene koordineringsforumet kan behandle. Videre beskrives det at forumet kan «[d]røfte og finne frem til tiltak for barn som er ferdig behandlet i BUP og har behov for videre oppfølging i kommunen». Overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten er med andre ord her et tema, samt hvordan aktørene ivaretar samarbeidet i overgangen. I koordineringsforumet er målgruppen personer under 18 år.

Virksomhetsleder for psykisk helse og rus beskriver i epost at ulike overganger kan være et tema i disse møtene, men bemerker samtidig at det er viktig å ivareta taushetsplikten når mange tjenester er til stede samtidig, og at de fleste overgangene derfor skjer direkte mellom tjenestene etter en henvisning. Dette tas opp i det interne fordelingsmøtet/inntaksmøtet som tjenesten har to ganger per uke. I de store møtene, som i koordineringsforum, kan det tas opp enkeltsaker mer anonymt, og informeres om ulike ungdomsmiljøer, samt at man blir bedre kjent med hverandres tjenester. ²⁴

Kommunen har videre oversendt rutiner som beskriver koordinerende enhets rolle for å «[s]ikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, herunder med fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret, samt med relevante tjenesteytere i andre sektorer». ²⁵ Koordinatoren har slik det framkommer av rutinene en viktig rolle i å sikre samhandling og samordning av tjenestetilbudet til brukeren. Leder for koordinerende enhet forteller i telefonintervju at hun mener det er en stor fordel at tjenester for alle aldersgrupper er samlet i «enhet for tildeling», og at de slik sett har god oversikt og kan følge godt med. Hun understreker at de starter tidlig med planlegging med tanke på hva som skal skje med brukeren etter fylte 18 år, blant annet når det gjelder behovet for bemannet bolig. I forbindelse med overganger følger ofte koordinator med til nye tjenester er på plass, og man ser om det fortsatt er behov for koordinator, hvor den nye tjenesten i tilfelle overtar koordinatoransvaret.

²² Også benevnt som TUT-møter, se tabell 5

²³ Konstituert teamleder for samtaleteam forteller at tilbudet om rask psykisk helsehjelp er et lavterskeltilbud. Helseyskepleier ved videregående skoler har tatt utdanning i modellen, og ivaretar i praksis mange av de yngste brukerne.

²⁴ Flere møtearenaer som skal bidra til å sikre overganger i tjenestetilbudet, er beskrevet i kapittel 7.

²⁵ Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator er ytterligere beskrevet senere i rapporten.

6.7 Medvirkning fra brukere og ansatte i forbedringsarbeidet

Med tanke på medvirkning fra ansatte kommer det fram i kommunens dokumentasjon at alle team har korte morgenmøter, fast veiledning og jevnlig fagmøter. Her drives kontinuerlig faglig oppdatering, og evaluering av tilbudene. Dette sikrer ifølge administrasjonen blant annet at «[m]edarbeidernes arbeid blir synlig for kollegaer og leder, at rutiner følges, dokumentasjon etterleves, og at man kan etterspørre ad hoc kollegaveiledning».

Videre benyttes ledermøter til fagdiskusjoner og fagutvikling, samt til planlegging av fagdager. Dette gir ifølge virksomhetsleder en kontinuerlig oppfølging av fagutvikling og evaluering av drift. Virksomhetsleder påpeker at psykisk helse og rus fortsatt er en ganske ny tjeneste etter omorganiseringen i 2019, og at to år med pandemi forsinket prosessen med videre fagutvikling. Som et ledd i evalueringen er det satt i gang et prosjekt for hele avdelingen i opplæring i adferdsanalyse – som skal bidra til å kunne måle effekt av det virksomheten utfører. I tillegg til opplæring i adferdsanalyser skal virksomheten også gjennomføre kurs i motiverende intervju i regi av KORUS²⁶ i august. Dette også for å videreutvikle fag og kompetanse, samt gi en felles plattform for hele tjenesten, slik at man tenker mer likt og kan gi en mer likeverdig tjeneste til alle. Disse tiltakene er satt i gang etter felles oppmelding av behov fra de ansatte og en muntlig kontinuerlig evaluering av faget. Dette bidrar ifølge virksomhetsleder til at de ansatte får et forhold til sine oppgaver og en delaktighet i utvikling av tjenesten.

Når det gjelder medvirkning fra brukere framhever flere av de ansatte erfaringskonsulentenes medvirkning til forbedringsarbeid. Virksomheten har to erfaringskonsulenter, og virksomhetsleder beskriver at det er jobbet litt med å forme erfaringskonsulentens rolle. Rollen er nå knyttet opp imot ledelsen, og er blant annet med på undervisningsopplegg, fagutvikling, inntaksmøter og ledermøte. I intervju med erfaringskonsulenten bekrefter hun at hun har fått muligheten til å komme med flere selvstendige forslag, og at hun blir lyttet til. Hun har deltatt i ulike omstillingsprosesser i tjenesten, og også bidratt som «medforsker».²⁷ Hun har videre stilt ulike spørsmål til hvordan de er organisert innad, og hvordan de jobber, og om dette er en effektiv måte å jobbe på. Hun har blant annet foreslått at teamene hospiterer hos hverandre for å få innsikt i hverandres arbeid og brukergrupper. Hun har også videre deltatt i fokusgruppe i forbindelse med utarbeidelse av ny boligplan i kommunen.

6.8 Revisors vurdering

6.8.1 Vurdering av revisjonskriterie 1 – beskrivelser og oversikt som grunnlag for planlegging

Undersøkelsen viser at kommunen har nedfelte mål for tjenesten, samt beskrevet ansvarsområder, oppgaver og organisering. Gjennom en omorganisering i 2019 har tjenesten psykisk helse og rus gått gjennom regelverket og gjort endringer for å tilrettelegge og videreutvikle tjenestetilbudet. Det kan til dels framstå noe vanskelig å få oversikt over hvilke rutiner som gjelder for hvilke team og enheter, da det er opprettet mange «lokale» rutiner. Kommunens rutiner for kompetansekartlegging framstår imidlertid som godt strukturert. Undersøkelsen viser at flere kommunale ledere selv erkjenner at det i for liten grad er en god nok praksis for avvikshåndtering i alle deler av tjenesten, og revisjonen støtter at man i etterkant av pandemien gjenopptar implementering av rutiner som også bør omfatte tilfredsstillende rapportering på området. Det kan slik vi vurderer det stilles spørsmål ved i hvilken grad

²⁶ KORUS er de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KORUS).

²⁷ I forskning brukes mange modeller for medvirkning, der rollen som medforsker (co-researcher) i økende grad presenteres som et ideal. I slike prosjekter er brukeren medlem av forskningsteamet på lik linje med akademiske forskere. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/forskeren-forklarer-brukermedvirkning-i-forskning/>

kommunen bruker kunnskap om sårbarhet og risiko knyttet til selve organiseringen i den videre planleggingen av virksomheten. Vi mener revisjonskriterie 1 delvis er etterlevd.

 *Kommunen må beskrive mål, oppgaver og organisering, samt ha oversikt over regelverk, kompetansebehov, risikoområder og avvik som et grunnlag for å kunne planlegge aktiviteter.*

6.8.2 Vurdering av revisjonskriterie 2 – risikoområder for samarbeid og overganger

Undersøkelsen synliggjør at ledere reflekterer rundt flere risikoområder i forbindelse med samarbeid og ulike overganger i tjenestetilbudet. Undersøkelsen viser videre at kommunen har iverksatt flere tiltak som kan bidra til å forhindre svikt, som etablering av tverrfaglige samarbeidsmøter, rutiner for koordinerende enhet og tjenesten rask psykisk helsehjelp. Risikoområder som ulike ledere beskriver i undersøkelsen, som overgang fra hjem til institusjon, tjenester til barn/unge og voksne, og overgang fra spesialisthelsetjeneste til bemannede boliger, tilsier at kommunen i ytterligere grad bør systematisere arbeidet med å avdekke slike områder, som et grunnlag for å kunne sette inn tiltak.

Vi mener at revisjonskriterie 2 delvis er etterlevd.

 *Kommunen bør ha et system for å avdekke risiko knyttet til samarbeid og overganger i tjenestetilbudene, samt sette inn tiltak ved behov.*

6.8.3 Vurdering av revisjonskriterie 3 – tilgjengeliggjøring og iverksetting

Kommunen har samlet virksomhetens oppgaver, organisering og planer i kvalitetssystemet EQS, og alle ansatte har et ansvar for å sette seg inn i dette. Tjeneste psykisk helse og rus har også en fadderordning for nyansatte, samt flere møtearenaer for planlegging og informasjonsdeling. På denne bakgrunn vurderer vi at kravet om tilgjengeliggjøring for de ansatte er tilstrekkelig ivarettatt. Kommunen har den siste tiden iverksatt tiltak for å heve ansattes kompetanse knyttet til bruken av EQS. Tjeneste psykisk helse og rus har også satt i gang andre kompetansehevende tiltak i metoder som «adferdsanalyse» og «motiverende intervju» for å skape mer helhet og felles faglig plattform blant alle ansatte, noe vi vurderer kan bidra ytterligere til å forebygge svikt. Da kommunen ikke har hatt på plass et godt nok system for avvikshåndtering i alle deler av tjenesten, mener vi det knytter seg usikkerhet til hvorvidt kravet om å iverksette konkrete tiltak for å lukke avvik og forebygge svikt i tilstrekkelig grad er ivarettatt.

Vi mener at revisjonskriterie 3 i det alt vesentlige er etterlevd.

 *Kommunen må tilgjengeliggjøre virksomhetens oppgaver, organisering og planer for de ansatte, samt iverksette kompetansetiltak og andre tiltak for å lukke avvik og forebygge svikt.*

6.8.4 Vurdering av revisjonskriterie 4 – evaluering og kontroll

Det er etablert flere møtefora, som fag- og teammøter, hvor evaluering av fag og tjenester er et tema. Samtidig mangler det formuleringer av ønsket og oppnådd måloppnåelse i årsmeldingen i Framsikt, og i enkelte intervjuer kommer det fram at det er «lite etterspørsel etter tall fra kommuneledelsens side», og at det ikke rapporteres på avvik utover den interne håndteringen av avviket. På bakgrunn av innhentet data kan det framstå som kommunen i større grad bør evaluere, samt kontrollere tiltak på bakgrunn av innhentet informasjon.

Vi mener at revisjonskriterie 4 delvis er etterlevd.

 *Kommunen må evaluere aktiviteter gjennom kontroll og vurdering av de gjennomførte aktivitetenes effekt, blant annet ved bruk informasjon om egen virksomhet.*

6.8.5 Vurdering av revisjonskriterie 5 – årlig gjennomgang av styringssystemet

Kommunen har siden omorganiseringen i 2019 ikke hatt et helhetlig system eller dokumentert praksis for en årlig gjennomgang av hele styringssystemet. Årsaken er ifølge ledelsen en nødvendig prioritering av tjenester under pandemien, og arbeidet med styringssystemet er gjenopptatt våren 2022. Revisjonen har forståelse for dette, men vil samtidig påpeke at internkontrollbestemmelser i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring var gjeldende lovverk både før og under pandemien, og at behovet for et fungerende styringssystem var spesielt viktig under en sårbar periode med pandemi.

Vi mener revisjonskriterie 5 ikke er etterlevd.

 *Kommunen må minst én gang årlig gjennomgå hele styringssystemet for å vurdere om ønskede mål og resultater oppnås.*

6.8.6 Vurdering av revisjonskriterie 6 – korrigerende tiltak

Med utgangspunkt i data revisjonen har innhentet, framstår det som at kommunen i noen grad iverksetter korrigerende tiltak grunnet uforsvarlige forhold. Dette er primært knyttet til de avvik som meldes, for eksempel med hensyn til legemiddelhåndtering, samt til mer langsiktige utfordringer når det gjelder satsningen på forebyggende tiltak rettet mot barn/unge, og ulike overganger i tjenestetilbudet. Undersøkelsen viser videre til at flere ledere per i dag mener det er en mangel på tilrettelagte plasser i bolig og institusjon til brukergruppen, noe revisjonen vurderer vil kunne utgjøre en risiko med tanke på å opprettholde et forsvarlig tjenestetilbud. Som tidligere beskrevet vurderes ikke kommunen å ha tilstrekkelig gode systemer for risikokartlegging og avvikshåndtering i hele virksomheten, noe som er en viktig forutsetning for å kunne sette inn korrigerende tiltak.

Vi mener revisjonskriterie 6 delvis er etterlevd.

 *Kommunen må rette opp uforsvarlige forhold med korrigerende kort- og/eller langsiktige tiltak.*

6.8.7 Vurdering av revisjonskriterie 7 – medvirkning fra medarbeidere og brukere/pasienter

Vi mener undersøkelsen viser at tjeneste psykisk helse og rus gjennom tilgjengeliggjøring og involvering i tilfredsstillende grad tilrettelegger for at ansatte skal kunne være delaktige i forbedringsarbeidet. Medvirkning fra brukere mener vi i lys av to år med pandemi er tilstrekkelig ivarettatt gjennom ansettelser av erfaringsmedarbeidere som kommer med viktige innspill i forbedringsarbeidet, selv om dette ivaretar brukermedvirkningen mer indirekte.

Vi mener revisjonskriterie 7 er etterlevd.

 *Kommunen må sikre medvirkning fra medarbeidere og brukere/pasienter og pårørende i alle faser av forbedringsarbeidet.*

6.8.8 Oppsummert vurdering – kommunens internkontroll

Samlet framstår det som tjeneste psykisk helse og rus har på plass mange rutinebeskrivelser som er tilgjengeliggjort, og at det er etablert en møtестruktur som ivaretar mye av behovet for planlegging og evaluering. I lys av regelverket mener vi at kommunen har et forbedringspotensial når det gjelder systematisk kartlegging av risikoområdet. Gode systemer for å kartlegge, rapportere og melde avvik er en forutsetning for å kunne ha oversikt, planlegge og iverksette korrigerende tiltak i forbedringsarbeidet. Vi mener undersøkelsen synliggjør flere risikoområder som aktualiserer behovet for et godt styringssystem.

7 Helhetlig og koordinert tjenestetilbud

Problemstilling 2:

I hvilken grad sikrer Hamar kommune at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud?

7.1 Revisjonskriterier for problemstilling 2

Kommunen skal på flere måter tilrettelegge for samhandling med ulike tjenesteaktører slik at brukere får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Presiseringer av hva dette innebærer er gjengitt i kortform i oversikten over revisjonskriterier under. Fullstendig utledning av kriteriene framgår av [vedlegg A](#). Fargekoden er basert på vurderingen av det enkelte kriteriet, og ved å trykke på kriteriets nummer blir man tatt med til den enkelte vurderingen som kommer senere i teksten. Dataene som ligger til grunn for vurderingene framgår i de neste kapitlene og må tas høyde for dersom man bare leser våre vurderinger.

	Kriterie 8	Kommunen må sikre godt samarbeid på tvers av tjenester ved å etablere samhandlingsarenaer og formalisere samarbeidet gjennom avtaler og rutiner, blant annet med NAV-kontoret, fastlegene og spesialisthelsetjenesten.
	Kriterie 9	Kommunen må følge opp kommunens egne vedtatte mål for samarbeid rundt helsefremmende og forebyggende tiltak og lavterskeltilbud.
	Kriterie 10	Kommunen må ha en koordinerende enhet med overordnet ansvar for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinatorene.
	Kriterie 11	Kommunen må sikre gode overganger mellom pakkeforløp og videre oppfølging i kommunen.
	Kriterie 12	Kommunen bør ved behov utarbeide kriseplaner som spesifiserer samhandling og ansvar for ulike aktører.
	Kriterie 13	Kommunen må innhente pasient/bruker erfaringer for å sikre at tjenester og samhandling bidrar til helhet og koordinering.

7.2 Interne samhandlingsaktører for tjenesten psykisk helse og rus

På revisjonens forespørsel har administrasjonen oversendt oversikt over samarbeidsparter både internt i kommunen og eksternt med spesialisthelsetjenesten. I det følgende presenteres to tabeller som er en liste over de samhandlingsarenaer og aktører kommunen har oppgitt som mest sentrale.²⁸ Innholdet i tabellene gjengis i sin helhet slik kommunen har utfyllt disse, og ulike forkortelser m.m. er forklart i [leseveiledningen](#), samt i fotnoter.

²⁸ Samhandling med frivillige aktører omtales i kapittel 8.

Tabell 4 Oversikt over internt samarbeid

Samhandlingsarena	Deltagere	Formål	Kommentar fra kommunen
Ledermøter i Tilrettelagte tjenester til hjemmeboende (TTH).	Lederne i TTH	Samhandling mellom de ulike avdelingene organisert i tjenesten (Palliativ, demens, Rehabilitering, Hverdagsmestring)	En gang per uke
Leder-/arbeidslagsledermøte internt i tjenesten psykisk helse og rus	Ledelsen og de ulike teamene	Informasjon, brukerflyt, søknader til bemannet bolig, samarbeid rundt fagutviklingsbehov, kapasitet i teamene, økonomistyring, turnuser, aktuelle saker mm.	Annenhver torsdag Referatføres
Inntaksteam	Leder for tjenesten, soneleder for teamene i Vangsvegen 121, teamledere for de 3 teamene (samt Forsterket funksjon ved behov) og merkantilt ansatt.	Alle henvendelser gjennomgås og fordeles ut ifra beskrivelse av behov fra de som har bedt om hjelp.	2 dager i uken Det kan være opp imot 30 henvendelser pr uke
Hjemmebaserte tjenester (HBO)	En sone fra hjemmebaserte tjenester (HBO) og STYRK	Gir sårstell, deler ut LAR medikasjon og vil etter hvert sette Buvidal-injeksjoner i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (LAR).	Mange felles brukere Samlokalisert
Bygg, miljø og arbeid	Ansatte i kommunenes boligsosiale enhet som står for fordeling av kommunale boliger.	Melder opp mennesker med behov for bolig, bytte bolig, som sliter med å bo og trenger bo-oppfølgning. Saker hvor bygg-avdelingen oppdager mennesker med lav boevne og kobler på vår tjeneste for oppfølging.	Annenhver tirsdag
NAV	NAV, samtale-team, aktivitet og mestring og STYRK.	Treffer brukere (m/ansatte her) som har vansker med å komme til NAV (gr. rus, angst, annet)	Første mandagen i måneden NAV har også 2 medarbeidere som har kontortid i våre lokaler en fast dag i uken.
IPS ²⁹ (Individuell jobbstøtte)	Ansatte i Aktivitet og mestring, samt andre som har aktuelle søkere til dette tilbudet.	Ta opp søkere inn til IPS, samt drøfte pågående brukersaker, ta opp aktuelle søkere for å finne om IPS er hensiktsmessig.	Møter 1 gang pr måned. IPS har også kontordag i vår lokaler, som regel 1 dag pr uke, eller etter behov.
Fastleger	Ansvarsgruppemøter i pasientsaker Fastlegene Alle LAR-pasienter og de med langvarige, sammensatte rus/psykiske lidelser	Samarbeid rundt den enkelte bruker, medisinstyring, deling av felles info med bruker til stede.	Ofte initiert fra DPS sitt LAR team Møtene avtales fra gang til gang
TUT – «ungdomsmøte» (koordineringsforum)	Utekontakt, BUP, barnevern, helsestasjon for	Hjelpe unge som sliter	Siste fredag i måneden

²⁹ Målet med tjenesten Individuell jobbstøtte (IPS) er å hjelpe personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og personer med rusmiddelproblemer, som ønsker å delta i arbeidslivet, ut i ordinært, lønnet arbeid. Metodikken bygger på et forpliktende samarbeid mellom helsetjenestene og NAV.
<https://napha.no/content/20131/individuell-jobbstotte-ips> [15.6.2022]

	ungdom, politi, oppfølgingstjenesten (skole).		De som har samarbeidssaker møter
CRUX Arbeider`n	Koordinatorerne møter med eller uten bruker.	Lavterskeltilbud for mennesker i aktiv rus. Utdeling av brukerutstyr, matutdeling, låne vaskemaskin, dusj, samtaler, treffsted mm	Annenhver torsdag Arbeider`n får tilskudd fra Hamar kommune for å ivareta krav om lavterskeltilbud til mennesker i aktiv rus
Politi	Teamleder i STYRK, virksomhetsleder, eller andre som dette kan være aktuelt for der og da.	Et sikkerhetstiltak (for STYRK) for å være i forkant av oppsøkende virksomhet i belastende miljøer.	Sporadiske møter Før Korona: Møter hvor politiet informerte om miljøer med utfordrende volds-/ utageringstilstander (v/rus og psykoser)
Sagatun Brukerstyrt Senter	Ansatte i Aktivitet og Mestring, koordinatorene fra STYRK og de som har brukere som trenger dette tilbudet.	Ulike tilbud til mennesker med psykiske utfordringer,	Treffsted, kafe, kurs i selvstyrking/recovery ³⁰ (til brukere og fagmiljøer), musikkterapeut, turer sammen med tjenesten her mm.
Innfordringen	Innfordringsavdeling, eiendomsavdeling og NAV, STYRK	For å hindre at mennesker som er i ferd med å bli kastet ut av kommunal bolig får hjelp til å betale husleien (hjelp til økonomistyring.	Hver 4. mandag.
Frisklivsentralen	Ansatte som følger brukere som ønsker tilbud i Frisklivssentralen, ansatte som holder kurs sammen	For enkeltbrukere: overføre til tilbud i Frisklivssentralen. Kurs: Ansatte her i tjenesten og i FRiskl.se holder mestringkurs sammen og har forberedelse, gjennomføring og evaluering sammen om kursene.	1 møte pr måned samt at ansatte her og i Friskliv holder mestringkurs sammen. (Livsglede, hverdagsmestring)

Kilde: Hamar kommune 2022

Tabellen viser at representanter fra tjenesten psykisk helse og rus deltar på en rekke ulike samhandlingsarenaer med andre tjenester og sektorområder i kommunen. Leder for tilrettelagte tjenester til hjemmeboende (TTH) beskriver i intervju at de har overordnede samtaler som omhandler samhandling, og mange gode møtearenaer i forhold til brukerflyt og opptak til institusjonsplasser og bolig. Dette mener hun ivaretar helheten og det tverrfaglige samarbeidet. Avdeling psykisk helse og rus er representert på flere arenaer og det er etablert et stormøte kalt fagutvikling og kvalitet (FUK), samt et kompetanseårshjul med fokusmåned og mål. Det er også ifølge lederen opprettet flere ressursgrupper hvor representanter fra avdelingene sitter i de ulike ressursgrupper.

I det følgende presenteres først innhentet data som kan belyse kommunens mål om samarbeid rundt lavterskeltilbud, jamfør tiltak beskrevet i kommunedelplan for helse og omsorg, hvorav flere lavterskeltilbud er etablert i samarbeid med ideelle stiftelser og frivillige organisasjoner. Videre presenteres hvordan samarbeidet mellom sentrale tjenesteleverandører fungerer i kommunen, slik dette kommer fram i tabellen over, samt i intervju med lederne for ulike enheter.

³⁰ Se kapittel 7.3

7.2.1 Samarbeid om lavterskeltilbud

Kommunen har, som nevnt, i kommunedelplanen definerte mål om etablering av lavterskeltilbud, og at dette blant annet skal skje i samarbeid mellom frisklivssentralen og psykisk helseteam. Listen i tabell 5 ovenfor viser at tjenesten samarbeider med frisklivssentralen blant annet om gjennomføring av mestringskurs. Tilbudet består ifølge rutinen av rullerende undervisninger med fem forskjellige temaer, som er relevante for de fleste brukere. Hver undervisning etterfølges av erfaringsutveksling, som igangsettes av en person som har egen erfaring om temaet.

Videre er det et samarbeid knyttet til lavterskeltiltak i regi av Sagatun Brukerstyrt Senter og CRUX Arbeideren.³¹ Leder ved Sagatun Brukerstyrt Senter forteller i intervju at de er faste bidragsytere i det ovenfor nevnte mestringskurset, hvor de deltar med brukernes egenerfaringer. Videre forteller hun at aktivitet og mestring er det oppfølgingsteamet som senteret samarbeider mest med, og at de blant annet arrangerer en del felles aktiviteter, sist en tur til Gaustadtoppen. De har også søkt om prosjektmidler i fellesskap. Det har ikke vært avholdt samarbeidsmøter på systemnivå, noe som blant annet kan skyldes to år med pandemi, og hvor mye av samarbeidsstrukturene ifølge lederen har falt litt sammen. Virksomhetsleder for psykisk helse og rus sitter imidlertid i senterets styre, og senteret har også en fast kontaktperson i kommunen. Lederen påpeker at det står i planen at det skal avholdes faste samarbeidsmøter, og at dette nå bør komme på plass igjen. Manglende samarbeidsmøter har også vært et kapasitetsspørsmål.

Teamleder STYRK utdyper at tjenesten har faste møter med lavterskeltilbudet CRUX Arbeideren, og at kommunen skal bistå tilbudet med helsetjenester. Dette har ifølge henne ligget litt brakk etter korona, men skal på plass igjen etter sommeren. Da skal STYRK ha tilstedeværelse på Arbeideren og bistå med kontakt med NAV, fastlege eller andre ting som brukere har behov for hjelp til. Det skal ifølge henne være en lav terskel for å henvise til oppfølging fra STYRK eller andre team i tjenesten for psykisk helse og rus. Hjemmesykepleien har innredet et rom i Vangsvegen hvor de kan bistå med sårstell for brukere av Arbeideren ved behov. Tiltakene Sagatun og CRUX blir nærmere beskrevet i kapittel 8, og for begge tiltakene foreligger det formelle samarbeidsavtaler.

Når det gjelder lavterskeltilbudet som tidligere ble gitt ved det kommunale tiltaket SIRA-huset,³² beskriver virksomhetsleder at dette på det meste hadde 20 brukere. Etter en vurdering av ressursmessige hensyn ble tilbudet vinteren 2022 overflyttet til team aktivitet og mestring, hvor alle har fått et videre tilbud. Virksomheten har også et ønske om at disse brukerne skal kunne knytte seg til Frivilligsentralen som frivillige. Lederen for Mental Helse Hamar-Løten forteller i intervju at de legger vekt på at det bør etableres gode møteplasser, og engasjerte seg derfor i forbindelse med nedleggelse av SIRA-huset. Han forteller at brukere følte seg overkjørt av kommunen, og opplevde ikke at de ble tatt med i prosessen. Kommunen forholdt seg til erfaringskonsulenten, men lederen understreker at denne ikke kan representere brukerne på samme måte.³³ Tidligere brukere av SIRA skulle slik lederen forsto dette få nye tilbud gjennom Frivilligsentralen og Sagatun Brukerstyrt Senter. Leder av Frivilligsentralen forteller i intervju at hun ikke var forberedt på å motta gruppen på ti personer som kom på et arrangement sammen med ansatte fra psykisk helse og rus. Dette var problematisk da det ifølge henne forutsettes at deltakere hos Frivilligsentralen er mer selvhjulpne. Lederen mener tjenesten burde ha tatt kontakt på telefon først, slik at man kunne hatt en nærmere dialog, og at det

³¹ Tiltakene beskrives nærmere i kapittel 8. Det andre tiltaket i regi av CRUX, Barm, beskrives i samarbeidsavtalen med kommunen som et høyterskeltilbud, og ikke som et lavterskeltilbud.

³² SIRA-huset ble tidligere drevet som «en møteplass for vekst og psykisk helse, og et trygt og sosialt fellesskap» (fra artikkel i Hamar Arbeiderblad, 27.3.2022)

³³ Leder for Mental Helse Hamar-Løten presiserer at brukermedvirkning bør utgjøres av en «treenighet» bestående av brukerne selv, ansatte erfaringskonsulenter i tjenesten og brukerorganisasjoner.

da sikkert hadde løst seg. I tilfellet med gruppen på ti brukere burde man ifølge lederen heller ha startet en egen gruppe, for så å se om disse ble bedre og bedre og etter hvert kunne delta på lik linje med andre brukere av Frivilligsentralen.

Brukere av SIRA-huset var personer med angstutfordringer og leder av Mental Helse beskriver at opprettelsen av væresteder som SIRA-huset i sin tid var en del av opptrappingsplanen innen psykisk helse. Hensikten var at folk kunne komme et sted å ha noen å snakke med. Timingen med nedleggelsen rett etter en periode med pandemi betegner lederen som «grusom».

En rekke ulike lavterskeltilbud er også etablert i samarbeid med frivillige organisasjoner. Dette er beskrevet nærmere i kapittel 8. Der vises det blant annet til samarbeidet med sportsklubben HamKam om «Gatelaget», som er et tilbud om fotballtrening til målgruppen i Hamar og omkringliggende kommuner. Også her foreligger det en samarbeidsavtale, og en egen ansatt i tjenesten psykisk helse og rus har koordineringsansvar for tilbudet.

7.2.2 Samarbeid med NAV

Flere av lederne samt erfaringsmedarbeideren fremhever NAV som en sentral samarbeidspart for målgruppen innen psykisk helse og rus. En av tjenestene som er aktuell for målgruppen innen psykisk helse og rus er ifølge leder for NAV sykefraværsoppfølging. Dette er organisert i senter fra sykefraværsoppfølging som er et fireårig prosjekt. Videre innebærer tiltaket om individuell jobbstøtte (IPS) en utvidet oppfølging fra veiledere i NAV-kontoret, etter henvisning fra psykisk helsevern. NAV har også en egen ungdomsavdeling, kalt «miniNAV kontor».

Det er også tilsatt en veileder som både er ansatt i NAV og tjenesten psykisk helse og rus, og som har tilgang til alle nødvendige fagsystemer. Ordningen ble etablert etter bestilling fra kommunedirektøren og er et fireårig prosjekt. NAV-lederen mener det er viktig å ha dedikerte ansatte til denne målgruppen, og at veilederen bidrar til at en større andel får innfridd sine rettigheter til uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger.

Soneleder for oppfølgingsteamene forteller at NAV er til stede i Vangsvegen 121 en dag i uka, fra kl. 13 og ut dagen. Da er de tilgjengelige for ansatte på vegne av eller sammen med brukere. Målgruppen er langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp og brukere som er aktuelle for arbeidsavklaringspenger (AAP). Det er også et samarbeid med NAV gjennom et såkalt «Helseprosjekt», som er et helsekartleggingsprosjekt under program for økonomisk sosialhjelp og som handler om å avklare helserettigheter. Målet er å få ned andelen langtidsmottakere av sosialhjelp.

Teamleder STYRK synes samarbeidet med NAV fungerer ganske godt, og beskriver at de har små forhold, og at det er lett å få tak i hverandre. Hun skulle imidlertid ønske det var noe lettere for brukerne å komme i kontakt med NAV. Her er det mange brukere som ifølge henne blir avhengig av å gå via dem, slik at ansatte i psykisk helse og rus blir veien inn til NAV. Dette bidrar ikke til å gjøre brukerne selvstendige. Hun beskriver at enkelte i NAV oppgir sitt direktenummer til brukere, mens andre ikke gjør det, og at hun hadde ønsket en mer enhetlig praksis slik at brukere slapp å gå gjennom ansatte i STYRK. Konstituert teamleder for samtaleteamet beskriver at ansatte fra NAV som er til stede i Vangsvegen går i en turnusordning, noe som innebærer at det er helt tilfeldig om disse er saksbehandler for den aktuelle brukeren som trenger bistand. Ordningen avhjelper likevel noe mener hun. Konstituert teamleder mener videre at veilederen som er ansatt både i NAV og tjeneste psykisk helse og rus burde hatt tilgang til alle saker for brukere i tjenesten, slik at han kunne slått opp i saker hos brukere som har spørsmål. Dette kunne avhjulpet mye mener hun. Hun påpeker også at det tidligere har vært månedlige møter med NAV, men at dette har «fadet litt ut». Her kunne man løfte frem ulike saker, og dette vil også kunne hjelpe på samarbeidet.

Leder i NAV uttrykker at det kan være en utfordring å få til gode overganger i tjenestene med kommunale enheter som har høyt arbeidstrykk. Hun opplever at en del samhandling er personavhengig og foregår på veiledernivå. På systemnivå er det ikke faste møtepunkter, selv om veien likevel kan oppleves kort og det foregår en del samhandling. Lederen etterlyser mer strategisk samarbeid, og at initiativet gjerne bør kunne komme fra tjenesten psykisk helse og rus. Hun har blitt informert om at tjenesten psykisk helse og rus har høyt arbeidstrykk, og at de har lange ventelister. Hun undrer seg over hvorvidt dette gjør at de sammen ikke får jobbet mer utviklingsrettet, og de har ingen faste fora på ledernivå. Hun sitter heller ikke i kommunedirektørens ledergruppe, og får derfor ikke anledning til å informere alle kommunalsjefer parallelt. Revisjonen har i epost til flere virksomhetsledere per 11.8.2022 etterspurt hvorvidt det foreligger en avtale mellom NAV og kommunen som definerer hvordan kontoret skal samhandle med representanter for kontorets brukere og kommunens øvrige tjenestetilbud,³⁴ men har ikke fått svar på dette fra noen av lederne.

7.2.3 Samarbeid med fastlegene

Virksomhetsleder informerer i epost per 27.6.2022 om at samarbeidet med fastlegene bygger på «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelse, (punkt 8.8.5)». ³⁵ Rutiner for dette skal nytilsatte sette seg inn i løpet av de første fjorten dagene i ny jobb. Virksomheten har videre oversendt rutiner hvor samarbeid med fastlegene er kommentert, for eksempel i lokal rutine for stillingsbeskrivelse i samtaleteamet, hvor det heter at alle ansatte skal bistå brukere i kontakt med NAV og fastleger. I rutine for koordinators rolle heter det at koordinator skal «[s]ikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, herunder med fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret». Virksomhetsleder for psykisk helse og rus opplever at de har en godt innarbeidet og faglig måte å jobbe på, ved at fastlegene deltar i ansvarsgrupper som de aller fleste av brukere med sammensatte utfordringer har, og det derfor er etablert et tett samarbeid med fastlegene der brukeren har gitt samtykke.

Fastlegene har en egen sats som de benytter til samarbeidsmøter, slik at dette er hensyntatt også i deres private bedrift. Ledere revisjonen har intervjuet har litt ulike oppfatninger av samarbeidet med fastlegene, men hovedsakelig beskrives dette som godt, og at det er enkelt å nå fastleger via e-link. ³⁶ En teamleder opplever dog at enkelte fastleger er noe trege til å besvare e-linker, og en av sonelederne opplever at fastleger er de som oftest er fraværende i ansvarsgruppemøter. Også leder for DPS beskriver i intervju samarbeidet med fastlegene som sentralt, og at dette stort sett fungerer godt. Revisjonen har fått oversendt Sykehuset Innlandets rutine «Samarbeid - Akuttinnleggelser i psykisk helsevern» som beskriver ulike retningslinjer ved samarbeidet: «Det er ofte tre parter som skal ivareta pasienten; fastlege, kommunal psykiatritjeneste og spesialisthelsetjeneste. Alle impliserte parter bør inviteres til utskrivningsmøte, og de bør prioritere deltakelse». Leder for DPS uttrykker at hun savner å få fastlegene som gruppe i tale, noe som er vanskelig da de har hver sin virksomhet og selvstendige praksiser. De har imidlertid samarbeidsmøter hvor fastlegene inviteres en eller to ganger i året, med faglig innlegg om for eksempel på utredning og behandling. Møtene blir godkjent for legespesialiteten. Revisjonen etterspurte i epost per 11.8.2022 en bekreftelse fra kommuneledelsen på hvorvidt det foreligger samarbeidsavtale med fastlegene i kommunen, og eventuelt andre rutiner/prosedyrer som

³⁴ Jf. Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen

³⁵ IS-1948 Nasjonale faglige retningslinjer, Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling

³⁶ E-link er elektronisk meldings-utveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger.

beskriver hensikt og ansvarsforhold i samarbeidet som også inkluderer tjenesten psykisk helse og rus, men har ikke mottatt svar på dette.

7.2.4 Samarbeid med hjemmetjenesten

En sone for hjemmebaserte tjenester er plassert i Vangsvegen 121. Leder for tilrettelagte tjenester til hjemmeboende uttrykker at modellen med en egen hjemmetjenestesone tilknyttet psykisk helse og rus gjør at man får en mer sammenhengende «tråd» i tjenestene. Også leder for denne sonen beskriver at hun opplever dagens organisering som hensiktsmessig, og at en egen hjemmetjenestesone for psykisk helse og rus skaper tettere samarbeid. Dette bekreftes av alle lederne revisjonen har intervjuet.

Sonen består av 16 årsverk (hvorav to hjemmehjelpere), og til sammen 23 ansatte går i turnus. Til sammen har de ifølge soneleder per i dag 159 brukere i aldersgruppen 18 – 66 år. Videre beskriver hun at de har noen felles brukere med team forsterket funksjon, og at disse for eksempel kommer inn når bruker har større behov enn hva hjemmetjenesten kan dekke. De har også brukere som mottar tjenester fra team STYRK, og de var samlokalisert med disse frem til jul. Nå sitter de i hver sin etasje, og i samme etasje som samtaleteamet.

Sonen gir tjenester til 36 LAR-brukere, og har derfor mye samarbeid rundt disse. Videre er det noe samarbeid i forbindelse med sykehusinnleggelses og med Sanderud.³⁷ Fastlegene er de daglig i kontakt med på e-link, med hensyn til medisineringen. Sonen bistår også de bemannede boligene med medisiner, det vil si at de leverer medisiner til ansatte på Farmen som selv deler ut medisiner til brukerne der. Ved Kåtorp kjeller skjer dette en gang i uken, mens bemannede boliger ved Solhellinga håndterer medisinaladministrering selv.

Sonelederen mener at kommunen i dag har mangel på plasser i omsorgsbolig/institusjon, og at brukere med utfordringer innen rus og psykisk helse faller mellom to stoler. Når brukere skal inn et sted beskriver soneleder at det kan være ulike meninger om «hvor man skal gjøre av brukeren». Dette gjelder spesielt personer i alderen 60-70 år med store utfordringer i forhold til å ivareta egen helse og bolig, og som trenger plass på institusjon. Brukergruppen skulle, slik soneleder ser det, hatt tilbud om flere plasser tilpasset dem. Hun viser til at de har fått tildelt plass til enkelte brukere på «psykiatridelen» i omsorgsbolig på Kløverenga, men at de trenger noe utover dette. Det er videre planer i forbindelse med noen plasser på en sykehjemsavdeling ved Prestrudsenteret som trolig vil rette seg mot denne gruppen forteller hun. Hun påpeker at det ikke vil bli færre personer i denne gruppa fremover.

7.2.5 Samarbeid med utekontakten rundt «ungdomsgruppa»

Lederen for utekontakten forteller i intervju at hun også er konstituert SLT-koordinator.³⁸ Hun forteller at mye av det de driver med er tett knyttet til hverandre og handler om koordinering på tvers. Formålet er å forebygge rus og psykisk uhelse, og målgruppen er 13-25 år.³⁹ Mandatet er oppsøkende arbeid på ungdommens arena, og tilstedeværelse både fysisk og digitalt. Tjenesten er derfor tilgjengelig på andre tider enn det som er normalt. De har åpent alle dager, jobber i turnus, og tirsdag og torsdag har de kveldsvakt til kl. 22, og annenhver fredag til 23:30/01:30. Organisatorisk er de plassert i kommunalområde oppvekst og opplæring, og utgjør per i dag fem årsverk, hvorav noen går på

³⁷ Sanderud er ett av to psykiatriske sykehus i Sykehuset Innlandet.

³⁸ SLT-modellen er et hjelpemiddel for å samordne rus og kriminalitetsforebyggende tiltak for barn og unge.

³⁹ Lederen viser til Årsrapporten for 2021 som viser til 165 nyregistrerte ungdommer, og at de til sammen hadde 400 aktive ungdommer, men at ikke alle følges opp like mye. Mange kom inn via fritidsveilederen. De ser også at årstider har mye å si for antall kontakter med ungdommene i den oppsøkende virksomheten – fra 418 i september til 80 i desember. Tjenesten har også 600 følgere på Instagram, og 1000 på FB.

engasjement i prosjekt. Tre og en halv stilling er fast. Tilbudet regnes for et lavterskeltilbud, hvor folk tar direkte kontakt uten henvisning. De holder til i Rådhuset, men har ikke eget lokale for oppmøte. Kontakt skjer derfor via telefon og epost, og sosiale medier. En del kommer de i kontakt med via samhandlingsparter. De har også en del ekstraoppgaver, blant annet som fritidsveileder opp mot aktiviteter, og hvor målgruppen er ned til seks år. Her har man en egen kontingentkasse som skal bidra til at barn i lavterskelfamilier kan være med på aktiviteter. De har også en LOS-funksjon⁴⁰ som benyttes opp imot elever med bekymringsfullt høyt fravær i ungdomsskolen.

Utekontakten er ifølge lederen avhengige av å samarbeide med veldig mange instanser. Ofte er dette ungdomsskolene og videregående skole, og i tillegg helsestasjonen, barnevern, psykisk helseteam, BUP, politiet, frivillige aktører som Natteravnene, Røde kors og fritidsklubber. Hun beskriver at de også har en del tverrfaglig samarbeid gjennom SLT-samarbeidet.

Kommunen har ifølge lederen strevd noe over tid med overgangen fra barn/unge til voksentjenester, og utekontakten ble opprettet fordi det har vært et vakuum mellom disse tjenestene. I deres mandat ligger det at de kan følge over fra et system til et annet, og de tenker at de har en ekstra oppgave i det å passe ekstra på i overgangene. De prøver derfor å hjelpe ungdommen til å søke på ulike tiltak, og møter sammen med dem til de er over i noe annet. En del av deres ungdommer klarer ikke dette selv, og det er derfor viktig at de er «hands on». Hun forteller at en representant fra rask psykisk helse også deltar i TUT-møtene. Lederen tenker at de har en vei å gå, og at samarbeidet per i dag er mer avklart på området rus enn innen psykisk helse hvor hun opplever at de mangler noe koordinering i overgangene.

Også virksomhetsleder og soneleder for oppfølgingsteamene uttrykker at det kan være en stor utfordring å få til gode overganger når det gjelder ungdomsgruppa som følges opp av utekontakt og SLT-koordinator. Soneleder beskriver det som at de har vært på to ulike «tuer», og at de har ønsket å få til mer samarbeid. Hun mener det kan bli en forbedring når tjenesten fra 1. juli overtar oppfølging rundt rusavtalene⁴¹ som tidligere lå hos politiet. Hun mener det er mye å hente på bedre samarbeid rundt ungdom og barn, og at det er lite hensiktsmessig å arbeide etter aldersskiller.

7.2.6 Samarbeid med Frivilligsentralen

Når det gjelder samarbeidet rundt brukere innen psykisk helse og rus, beskriver lederen av Frivilligsentralen at mange frivillige kan bli litt engstelige, og at det ikke alltid er så lett å skaffe frivillige til dette formålet. Hun mener likevel at det lar seg gjøre om man spør på riktig måte, og de frivillige i første omgang får lov til å prøve seg. Lederen forteller om appen FRIDA pluss, som er et elektronisk administrasjonsverktøy som de bruker, og har benyttet siden 2016. Gjennom appen kan brukere, ansatte og pårørende bestille hjelp til alle døgnets tider. De får forespørselen opp på skjermen, og sender spørsmål til ulike interessegrupper. Man spør for eksempel 50 frivillige, og får raskt svar av en som vil ta på seg oppdraget. Personvernet er godt ivaretatt og bare de som tar på seg oppdraget får ytterligere informasjon om hvilken bruker det gjelder. Alle frivillige har også undertegnet taushetserklæring, samt at brukere har undertegnet samtykke. De opplever at det er færre fra psykisk helse og rus som benytter appen sammenlignet med andre brukergrupper, og at tjenesten ofte tar direkte kontakt på telefon fordi de ønsker å gi ytterligere informasjon rundt oppdraget.

Lederen forteller at alle tilbudene i regi av Frivilligsentralen i utgangspunktet er åpne for alle. Sentralen har en rekke ulike aktiviteter som for eksempel: lesegrupper, seniorkameratene, mjølkerampa, seniortrim, bordtennis, håndarbeidsgrupper, treffpunkt damegruppe, sosial gruppe 18 pluss, mye for

⁴⁰ Se [leserveiledning](#).

⁴¹ Prop. 92 L (2020 –2021) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.).

barn og unge, ungdomsklubb, språkopplæring, angstgruppe og mannegruppe. Alt i alt ønsker de å være en møteplass for hele kommunen, og dermed også for brukere innen psykisk helse og rus som er i stand til å greie seg selv. Det er inngått en intensjonsavtale med kommunen som er undertegnet av kommunedirektøren og styrelederen i Frivilligsentralen i 2020. Her heter det blant annet at et av formålene er å «[t]ilrettelegge for lokale møteplasser som knytter enkeltmennesker med ulike behov og frivillige sammen». Intensjonsavtalen beskriver at denne skal vurderes årlig.

Lederen beskriver videre at hun opplever at det er mer «hemmelighold» rundt henvendelser om brukere fra psykisk helse og rus, og at dette er strengere enn ellers i helse og omsorg. Dette mener hun er lite hensiktsmessig når brukere allerede har underskrevet samtykkeerklæring og de frivillige har skrevet under på taushetserklæring. Hun opplever at «lukketheten» er noe som henger igjen fra gammelt av, og opplever at tjenesten holder litt for mye på personvernbiten, noe som er til hinder for å få til samarbeid rundt hjelp til brukerne. Generelt ønsker hun seg en enda mer åpen dialog med tjenesten psykisk helse og rus, slik at de kan samarbeide om løsninger for denne målgruppen.

Lederen ser også en utfordring ved at det er dårlig samhandling på systemnivå. Hun beskriver at hun tidligere holdt foredrag for virksomhetene og informerte om Frivilligsentralen. Hun opplever at informasjon som går til øverste ledelse ikke nødvendigvis kommer nedover i systemet, slik at man får informert de ansatte «på golvet» om tilbud i regi av Frivilligsentralen, for eksempel at de kan ha et tilbud til «ensomme Kåre» som bor alene hjemme. Hun opplever at de ikke får markedsført seg nok slik det er i dag, og at kommunen også burde bistått med å gi informasjon i fellesmøter.

7.3 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Tabell 5 viser det kommunen oppgir som sentrale eksterne samarbeidsparter og hva som er formålet med samarbeidet. Også denne tabellen er en direkte gjengivelse av hva kommunen selv har oppgitt.

Tabell 5 Oversikt over samarbeid med eksterne aktører

Samarbeidsarena	Deltagere	Formål	Kommentar fra kommunen
AAE (akutt ambulant enhet ved DPS)	DPS/TSB, barnevern, Nav, Samtale-team, AAE og STYRK, BUP (deltar en gang i måneden)	Overføring av pasienter som AAE har fått henvendelse om og som skal ha oppfølging i kommunen. Generell info.	Fast møter annenhver onsdag
TSB ⁴² (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling)	Sammen med HBO og virksomhetsleder psykisk helse og rus	Videreutvikle samhandling, orientere om russituasjonen i nærområdet, informere om kapasitet, pågang og ulike fagtemaer.	Ca. annenhver måned Det er også jevnlig brukermøter rundt felles brukere og koordinator i kommunen og behandler i TSB - poliklinikken
LAR ⁴³	Regelmessige ansvarsgruppemøter med de som mottar LAR-tilbud	Sørge for at LAR-brukere følges opp og har kontinuitet i behandlings - tilbudet sitt. Sørge for at det er god oppfølging både i LAR og kommune.	

⁴² Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er den norske betegnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå. At tjenestene er tverrfaglige, betyr at de skal utføres av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/om-tsb/introduksjon-til-tsb> [15.6.2022]

⁴³ Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en del av Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten. <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar/> [15.6.2022]

FACT⁴⁴ (Flexible Assertive Community Treatment) Fleksibelt oppsøkende team	Styringsgruppen (leder er virksomhetsleder psykisk helse og rus) Teamet er et interkommunalt team organisert i DPS	Samarbeid rundt enkeltbrukere	Regelmessige møter
Veiledning fra Psykosepoliklinikken ved DPS	Psykologspesialist, leder for Solhellinga 10 med arbeidslagsleder og Virksomhetsleder.	Veiledningsmøter knyttet til felles pasienter	Annen hver måned
K4 – møter	Ledermøter med de 4 kommunene som DPS Hamar har som sitt nedslagsfelt og DPS enhetene	Temaer: Samarbeid, overganger mellom kommune – DPS. mm	4 ganger i året
Helse Sør-Øst (HSØ) sitt fagråd for TSB	Virksomhetsleder sitter som repr. for kommunene i HSØ sitt område		Utnevnt fra KS i HSØ sitt fagråd
Styret til Sagatun Brukerstyrt Senter	Virksomhetsleder psykisk helse og rus sitter i styret		
Styret i NOK (Støttesenter for incest utsatte)	Virksomhetsleder i Tjeneste psykisk helse og rus er vararepresentant til styret.		

Kilde: Hamar kommune 2022

Oversikten viser at tjenesten psykisk helse og rus har etablert samarbeid både på brukernivå knyttet til oppfølging av enkeltbrukere, samt på systemnivå hvor overgang fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste ifølge formålsbeskrivelsen ofte er et tema.

Kommunen har oversendt overordnet samarbeidsavtale mellom kommunen og Sykehuset Innlandet. Avtalen regulerer oppgaver som kommunen og Sykehuset Innlandet skal samarbeide om, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 om kommunenes plikt til å samhandle og samarbeide, og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 om innbyggernes rett til helsehjelp. Avtalen har varighet fra 1.3.2019-1.3.2023. Samarbeidsavtalen består av flere delavtaler. I delavtale 2 Koordinerte tjenester heter det at formålet er «[a]t den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet».

7.3.1 Samarbeid med DPS

Oversikten i tabell 6 viser til flere samarbeidsområder mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Sentralt står tiltak gjennom det som benevnes AAE, TSB, LAR og FACT (beskrevet i tabell 5 og i fotnoter), hvorav flere av tiltakene er organisert gjennom DPS Elverum-Hamar.

Leder for DPS informerer om at LAR (legemiddelassistert rehabilitering) er organisert som et team under TSB (tverrfaglig spesialisert behandling). TSB innebærer et lenger forløp, og LAR er en livslang behandling. Døgnpostene har også mye med kommunene og gjøre, samt psykoseklinikken, ambulant akuttenhet (AAE), tre allmennpsykiatriske poliklinikker og FACT som organisatorisk er plassert under AAE.

Alt i alt utgjør de ulike enhetene ifølge henne et vidt fagfelt med mange aktører og det samarbeides mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen på alle fagfeltene, som en del av en tiltakskjede. Lederen beskriver at kommunen skal være «i front» og at man er avhengig av raske overganger mellom

⁴⁴ FACT står for Flexible Assertive Community Treatment og kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>

spesialisthelsetjenesten og kommunen. Lederen beskriver at det er etablerte samarbeid rundt den enkelte, blant annet gjennom individuell plan og ansvarsgrupper. Samarbeidet kan være med ansatte i bolig for personer innen psykisk helse og rus, hjemmesykepleien, og fastlegene som sentrale aktører. Man har også faste etablerte samarbeidsmøter rundt ambulant akutenhet hver 14. dag. Denne enheten drar ut og driver hjemmebehandling, og vurderer om pasienten må innlegges, eller om man skal «sy sammen» tiltak hjemme for å unngå innleggelse.

Gjennom FACT-teamet, som er et samarbeidsprosjekt med fire kommuner (Ringsaker, Stange, Løten og Hamar kommune), samarbeider man rundt de brukerne med lavest funksjonsnivå. FACT-metoden innebærer at man er ambulant hjemme hos folk, og dette er en blanding av lavterskel og spesialisert behandling som er recovery-orientert. Man har besluttet at FACT skal legges i drift når prosjektperioden går ut i 2023, og videre drift er noe også kommunene ønsker. Man har fått tilskuddsmidler til teamet fra Statsforvalteren. En erfaringskonsulent jobber også i teamet, som likemann, og erfaringskonsulenten er ifølge lederen en forutsetning for at FACT skal fungere etter hensikten. Lederen bekrefter at det er en overordnet samarbeidsavtale med fastlegene i Sykehuset Innlandet, og at det er etablert et samarbeidsutvalg. I DPS sitt samarbeid er det involvert ni kommuner, og det er etablert et K4- og et K5-samarbeid. Det er utarbeidet et mandat for samarbeidet, som blant annet omhandler utveksling av informasjon, og å snakke om samarbeidsutfordringer. De møtes fire ganger i året og snakker om felles utfordringer. Samarbeidet har forvitret litt og lederen synes det har fungert dårlig den senere tiden. Kanskje skyldes dette at man har etablert FACT-teamet, og at mye av samarbeidet ifølge henne blir ivaretatt her.

Lederen av DPS forteller at de i tidligere faser møtte på noen utfordringer som hun mener blant annet kan skyldes at DPS har drifts- og lederansvaret for FACT, mens kommunen har personalansvaret for sine ansatte. Etter hvert har de jobbet sammen i mange år og kjenner hverandre godt, og lederen opplever at de har klart å «gå opp veien sammen», selv om det har gått opp og ned. Det foreligger en samarbeidsavtale for FACT som revisjonen har fått oversendt.

Det har også vært noe uro i samarbeidet rundt akutt Ø-hjelp, og hvor alvorlig syke utskrives til videre oppfølging i kommunen. Kommunen har vært opprørt over at pasienter blir skrevet ut for tidlig. Lederen mener det er viktig å få etablert et godt samarbeid rundt akuttarbeidet, og forstår at dette kan være krevende for kommunen.

Per i dag er det ikke etablert en ansvarlig gruppe på tvers av forvaltningsnivåene sykehus, DPS og kommune, og lederen for DPS mener dette er et behov. For «de etablerte pasientene» fungerer samarbeidet bedre, men for pasienter som ikke er kjent, og som kommer inn via akuttavdelingen, kan det i større grad «glippe» i overgangene uttrykker lederen. Her er man ikke godt nok forberedt mener hun. Det er spesielt på to områder hun opplever at kommunen har mangler, - innen bolig og tilpasset oppfølging. Her mener hun det er et «svart hull». Kommunen har etablert boliger, også med bemanning, men ikke som en type omsorgsplassering, eller som døgnpost. Dermed er det ifølge lederen begrenset hvor mye kommunen kan gå inn, fordi dette er pasientens egen bolig. Det innebærer at kommunen har mangler når det gjelder et «døgnbasert omsorgsnivå», og dette er en grunn til at spesialisthelsetjenesten og kommunen har problemer med å forstå hverandre, fordi de har forventninger til at kommunen skal ivareta pasienter på dette nivået, og dermed blir kommunen provosert. Lederen mener de har for dårlige oppfølgingsrammer i de boligene kommunen disponerer per i dag, spesielt har de fått tilbakemeldinger om at dette gjelder bemannede boliger ved Solhellinga. De har tilbudt kommunen veiledning i tilknytning til oppfølging i boligene. Lederen ser behov for institusjonsplasser til målgruppen. Tidligere kjøpte kommunen ifølge henne i større grad slike omsorgsplasser. Det samme gjelder rusinstitusjoner/omsorgsplassering som ble benyttet tidligere.

Lederen mener at slik det er nå blir overgangen til en egen bolig for stor, i og med at det ikke er mer aktiv oppfølging. Dette mener hun går utover pasientens ve og vel, og hun mener dette skyldes de statlige føringene som går på at behandling skal gis mer poliklinisk og ambulant. Mye av denne typen behandling som er «oppsøkende og pågående intervensjon» klarer ikke pasientene å nyttiggjøre seg. Til tider kan det virke invaderende på pasienten, og lederen mener man i noen tilfeller har tatt dette for langt.

Virksomhetsleder psykisk helse og rus beskriver at det har skjedd en dreining, ved at spesialisthelsetjenesten har lagt ned sengeplasser, og at pasienter sendes raskere ut til kommune for behandling. Det er ifølge henne vanskeligere enn tidligere å få et tilbud gjennom tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det har ført til et større trykk i kommunene som må gi tjenester til dårligere pasienter. Samtidig beskriver hun at det er en tett dialog mellom kommunen og TSB om ROP-brukere.

45

7.4 Koordinerende enhet

I prosedyren «Arbeidsoppgaver og ansvar for Koordinerende enhet i Hamar kommune» heter det at hensikten med koordinerende enhet er å ivareta overordnet ansvar for individuell plan og koordinator. Prosedyrene beskriver videre at koordinerende enhet forvalter lovverket ⁴⁶ på vegne av kommunalområdene by, miljø og arbeid, helse og omsorg, kultur og frivillighet, opplæring og oppvekst.

47

Leder for koordinerende enhet informerer i intervju om at enheten er organisatorisk plassert i enhet for tildeling av helse og omsorgstjenester. Enheten jobber bredt og saksbehandler saker for mer «overordnede tjenester» som omsorgsstønad, støttekontakt, koordinator og IP, praktisk bistand i form av personlige assistentordninger, tjenester til barn og unge, sykehjem, og bemannede boliger. Enheten jobber tett opp imot tjenestene og behandler søknader i samarbeid med disse, samt at det avholdes regelmessige inntaksmøter. 15 ansatte er tilknyttet enhet for tildeling, og 1,7 stillingshjemmel ivaretar koordinerende enhet, i tillegg til alle koordinatorene ute. Enheten skal tilsette barnekoordinator over ferien, da denne vil ligge under koordinerende enhet.

Lederen beskriver videre at de har utarbeidet prosedyrer på alle områder, og at det er samarbeidsmøter på systemnivå med kommunalsjefene og koordinerende enhet en gang i måneden. Den største utfordringen oppstår ifølge henne når det gjelder å skaffe nok koordinatorene, men på strukturnivå opplever hun at prosedyrene er gode og fullt mulig å etterfølge.

Når det gjelder overgangen i tjenester til barn/unge og voksne opplever leder av koordinerende enhet at dette fungerer godt i kommunen, men at det alltid finnes fallgruver og må passes på. Dette mener hun skyldes at Hamar kommune har brukt mye tid på overordnede drøftinger, blant annet når det gjelder brukere som «faller mellom to stoler». Hun opplever at de ulike enhetene tar ansvar, og ved de store kompliserte sakene er det ofte ledere selv som tar koordineringsansvaret. Hun mener også at det er en stor fordel at tjenester for alle aldersgrupper er samlet i Enhet for tildeling, og at de slik sett har god oversikt og kan følge godt med. Hun understreker at de starter tidlig med planlegging med tanke på hva som skal skje med brukeren etter fylte 18 år, blant annet når det gjelder behovet for

⁴⁵ ROP-brukere: Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.

⁴⁶ Lovverk det vises til er helse- og omsorgstjenestelovens § 7-3, og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6, som omhandler kravet om å etablere en koordinerende enhet, og enhetens overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan og koordinator.

⁴⁷ Kommunens oppfølging av retten til individuell plan og koordinator blir ytterligere omtalt i kapittel 9.

bemannet bolig. I forbindelse med overganger følger ofte koordinator med til nye tjenester er på plass, og man ser om det fortsatt er behov for koordinator som den nye tjenesten i tilfelle overtar.

7.5 Overganger mellom pakkeforløp og videre oppfølging i kommunen

Når det gjelder rutiner rundt oppfølging av pakkeforløp ⁴⁸ har dette ifølge virksomhetsleder ikke fungert etter intensjonen, heller ikke fra spesialisthelsetjenestens side. Hun mener likevel at alle som blir innlagt får en tett oppfølging gjennom hyppige samarbeidsmøter. Det ble tidligere bestemt at det er teamlederne for de fire oppfølgingsteamene som skal ha rollen som kommunal forløpskoordinator, men foreløpig har man ifølge henne ikke fått til gode forløp i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Teamleder i STYRK beskriver at pakkeforløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten enten tar kontakt med koordinerende enhet eller direkte med STYRK for å informere om behov for koordinering og eventuelt IP. Teamleders jobb er ifølge henne å ha kontakt med koordinerende enhet frem til brukersak er fordelt innad i teamet. Da er det primærkontakt som tar seg av det videre arbeidet med koordinering, sikre godt samarbeid med alle involverte parter, innkalle til samarbeidsmøter og følge opp bruker over tid. God kartlegging i starten av oppfølgingen skal sikre helhetlig oppfølging med utgangspunkt i pasientens mål, ressurser og behov.

Når det gjelder implementering av pakkeforløp, opplever lederen for DPS at den største utfordringen er myndighetenes manglende system for å systematisere data, da koding er et helt sentralt element i pakkeforløpene. Dette har vært et stort tema i Helse Sør-Øst. Dermed får man ikke ut rapporter og får ikke fulgt med på hvordan man ligger an. De kliniske enhetene er ifølge leder gode på pakkeforløp, og gjør alle elementene etter boka. Hun er kritisk til at alt ansvaret i pakkeforløpene er lagt på spesialisthelsetjenesten. På døgnpast er det etablert et samarbeid om bruk av såkalte PLO-meldinger, ⁴⁹ og det sendes systematisk meldinger til kommunen ved innleggelse. Man inviterer videre til samarbeid rundt overføring til kommunen, men lederen er ikke kjent med om man viderefører pakkeforløpet i kommunen.

7.6 Kriseplaner

Brukere som opplever tilbakevendende kriser som krever rask og kompetent intervensjon, bør i tillegg til en individuell plan ⁵⁰ få utarbeidet en kriseplan. Kriseplanen bør blant annet presisere varselsymptomer, hvilke tiltak som skal settes inn og hvem som skal kontaktes. Teamleder STYRK informerer i epost 21.6.2022 om at de ikke har full oversikt over hvor mange brukere/pasienter som har utarbeidet en kriseplan. Et eget tiltak i GERICA heter kriseplan, men teamleder forteller at de ofte opplever at brukere får utarbeidet kriseplan under innleggelser i spesialisthelsetjenesten og at de selv har en kopi av disse hjemme. Kommunen kan også motta en kopi av denne som scannes inn i den enkeltes journal. Utfordringen er at scannet dokument legges fortløpende i journal i GERICA og ikke legges inn under et tiltak. Dette gjør det ifølge teamleder vanskelig å telle i etterkant. Teamleder forteller også at flere unge brukere benytter appen «Min plan» som tilsvarer en kriseplan. ⁵¹ Dette er imidlertid ikke noe tjenesten har oversikt over, når det gjelder hvem og hvor mange som benytter denne appen.

⁴⁸ Om pakkeforløp: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/>

⁴⁹ PLO-meldinger er utviklet som nasjonal standard og til elektronisk bruk. Meldingene benyttes for å kommunisere om pasienter som er i behov av kommunale tjenester etter utskriving og sendes elektronisk fra journalen til pasienten og inn i journalen til pasienten i kommunen.

⁵⁰ Beskrives nærmere i kapittel 9.3

⁵¹ Om Min plan: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/min-plan-norsk-app-for-kriseplan>

Kontaktperson i kommunen står ifølge teamleder nesten uten unntak på alle kriseplaner som utarbeides av spesialisthelsetjenesten, i tillegg til nummer til legevakt og AAE. Revisjonen har fått oversendt dokumentasjon som viser at mal for kriseplan i kommunen og i spesialisthelsetjenestens er svært like, samt eksempel på utfylt kriseplan i regi av spesialisthelsetjenesten/Sanderud hvor det skal oppgis hvem brukeren kan kontakte ved behov. Kommunen har også oversendt mal for oppfølgingsplan, hvor blant annet samarbeidsparter skal oppgis, samt at det skal krysses av for hvorvidt kriseplan er utarbeidet. Soneleder for oppfølgingsteamene presiserer på telefon 11.8.2022 at kriseplaner i all hovedsak utarbeides av spesialisthelsetjenesten, da det som oftest først blir et behov hos bruker for slik plan når også spesialisthelsetjenesten er inne i bildet

Figur 5 Mal Oppfølgingsplan/avtale, utsnitt

Hvem samarbeider jeg med utenfor Oppfølgingsteamet STYRK:
Egen samtykkeerklæring ifht deling av relevant informasjon

Instans:	Navn kontakt:

I samarbeid med primærkontakt og sekundærkontakt er det fylt ut:

Samtykkeerklæring: ☐

Kriseplan: ☐

Kilde: Hamar kommune 2022

Leder for DPS forteller i intervju at utarbeidelse av kriseplaner hos dem er et krav, og at mange enheter er gode på dette. Planene blir nå kalt for trygghetsplaner og har et litt annet fokus enn tidligere.

7.7 Sammenhengen i tjenestetilbudet og innhenting av brukererfaringer

Flere ledere fremhever erfaringsmedarbeidernes rolle som en type «kvalitetssikrer» med hensyn til ivaretagelse av brukererfaringer, da disse jobber på tvers, stiller kritiske spørsmål og ser systemet på en annen måte enn ansatte. Erfaringsmedarbeideren bekrefter i intervju at hun blir lyttet til. Med tanke på sammenheng i tjenestetilbudet beskriver hun blant annet at hun opplever samarbeidet rundt brukere som er lagt inn på «rusinstitusjoner» som altfor dårlig. Hun mener det er for få samarbeidsmøter under oppholdet, og at kommunale tjenester ikke får være nok involvert i oppholdet, men bare må vente på en henvisning. Noen rusinstitusjoner er imidlertid flinkere enn andre med hensyn til samarbeid. Hun mener systemet også er for tungrodd i forbindelse med innleggelse på rusinstitusjoner. Dette kan mange ganger ifølge erfaringsmedarbeideren bli en altfor lang prosess for den pasienten det gjelder. Hun mener kommunen burde hatt større innflytelse her, og at de som «jobber på gulvet» er best i stand til å vurdere hvorvidt brukeren er motivert for behandling, - men her skal DPS gjøre sine egne vurderinger. Da kan man risikere at ting stopper opp i spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder botilbudene, mener erfaringsmedarbeideren at det er for få (egne) boliger til personer i aktiv rus, og at de ofte havner i en runddans på grunn av ubetalt husleie eller bråk som fører til utkastelse, for å så havne på gata eller hos andre, for så å søke ny kommunal bolig igjen.

Erfaringsmedarbeideren opplever også at de bemannede boligene mangler de nødvendige rammene som trengs. Det er uklare forhold til for eksempel å låse seg inn i leilighetene ved behov, håndtering av rus/adferd o.l. Men hun opplever samarbeid med Boligkontoret som godt, og at det til tross fungerer ganske bra i kommunen.

Erfaringsmedarbeideren mener videre at tilbakemeldingsverktøyet FIT⁵² nå brukes litt for sporadisk, og at dette eller andre verktøy burde benyttes i hele tjenesten. Hun har selv foreslått flere ulike tiltak, blant annet en anonym digital spørreundersøkelse kalt «survey monkey».

I intervju med leder for Mental Helse Hamar-Løten uttrykker han at det er viktig å ha fokus på helheten i tilbudet til brukerne. Han opplever at brukere kan være redde for å miste tilbudet enten fordi kommunen definerer dem som «for friske» eller som «for syke». Mange står i en vanskelig livssituasjon, og det er viktig å bruke god tid i behandlingen mener lederen.

7.8 Revisors vurdering

7.8.1 Vurdering av revisjonskriterie 8 – samhandlingsarenaer og formalisert samarbeid

Undersøkelsen viser at det er etablert en rekke samhandlingsarenaer hvor tjeneste psykisk helse og rus deltar, både internt i kommunen og eksternt med spesialisthelsetjenesten. Det er utarbeidet formaliserte samarbeidsavtaler rundt deler av samhandlingen. Samtidig etterlyser ledere fra flere enheter et mer strategisk overordnet samarbeid med tanke på informasjonsflyt og tjenesteutvikling. Revisjonen etterspurte, men fikk ikke oversendt overordnede samarbeidsavtaler verken mellom kommunen og NAV, eller mellom kommunen og fastlegene. Om dette faktisk ikke foreligger, vurderer vi det som mangelfullt med tanke på kravet om å formalisere samarbeid mellom sentrale aktører. Vi vurderer at dette er noe kommunen bør gjennomgå i vurderingen av om overordnet samhandling i dag er tilstrekkelig godt etablerte for å ivareta behovet for samarbeid.

Vi mener at revisjonskriterie 8 delvis er etterlevd.

 *Kommunen må sikre godt samarbeid på tvers av tjenester ved å etablere samhandlingsarenaer og formalisere samarbeidet gjennom avtaler og rutiner, blant annet med NAV-kontoret, fastlegene og spesialisthelsetjenesten.*

7.8.2 Vurdering av revisjonskriterie 9 – samarbeid rundt lavterskeltilbud

Kommunen har opprettet flere lavterskeltilbud i samarbeid med ulike aktører. Det kan imidlertid synes som det er et potensiale for mer planmessig samarbeid mellom tjeneste psykisk helse og rus og Frivilligsentralen med tanke på å etablere gode løsninger for målgruppen, blant annet med bakgrunn i nedleggelse av SIRA-huset.

Vi mener at revisjonskriterie 9 i det alt vesentlige er etterlevd.

 *Kommunen må følge opp vedtatte mål for samarbeid rundt helsefremmende og forebyggende tiltak og lavterskeltilbud.*

7.8.3 Vurdering av revisjonskriterie 10 – koordinerende enhet

Det er utarbeidet flere rutinebeskrivelser for ansvarsområdene til kommunens koordinerende enhet. Enheten framstår som godt etablert og vi vurderer at kommunen etterlever lovkravene på området.

Vi mener at revisjonskriterie 10 er etterlevd.

⁵² FIT er et tilbakemeldingsverktøy hvor klienten skal svare på fire spørsmål rundt opplevelser av behandlingen. <https://napha.no/fit>

 *Kommunen må ha en koordinerende enhet med overordnet ansvar for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinatører.*

7.8.4 Vurdering av revisjonskriterie 11 – pakkeforløp

På bakgrunn av de data revisjonen har innhentet, framstår det som kommunen har et system for videre oppfølging etter pakkeforløp i regi av spesialisthelsetjenesten. Samtidig uttrykker både kommunen og spesialisthelsetjenesten at det har vært utfordringer knyttet til implementering av pakkeforløpene. Med dette som bakgrunn vurderer vi at samarbeidet rundt pakkeforløpene i ytterligere grad bør formaliseres og videreutvikles for å sikre god informasjonsflyt og gode overganger.

Vi mener at revisjonskriterie 11 delvis er etterlevd.

 *Kommunen må sikre gode overganger mellom pakkeforløp og videre oppfølging i kommunen.*

7.8.5 Vurdering av revisjonskriterie 12 – kriseplaner

Kommunen viser i undersøkelsen til at det per i dag finnes flere ulike maler for kriseplan, både i regi av spesialisthelsetjenesten og kommunen, samt at noen brukere selv oppretter en elektronisk versjon. I kommunens mal for oppfølgingsplan skal det krysses av for hvorvidt det er utarbeidet kriseplan, samt oppgis hvem brukeren ellers samarbeider med. Vi vurderer at kommunen med fordel kan etterstrebe en bedre oversikt over hvilke brukere som har en kriseplan, men vurderer utover dette at foreliggende maler, samt beskrevet praksis fra kommune og spesialisthelsetjeneste ivaretar føringer på området.

Vi vurderer at revisjonskriterie 12 er etterlevd.

 *Kommunen bør ved behov utarbeide kriseplaner som spesifiserer samhandling og ansvar for ulike aktører.*

7.8.6 Vurdering av revisjonskriterie 13 – innhenting av pasient- og brukererfaringer

Vi mener kommunen delvis har ivare tatt kravet om å innhente brukererfaringer gjennom god ivaretagelse av erfaringsmedarbeidernes rolle og mulighet for medvirkning. Innspill fra erfaringsmedarbeider og leder av Mental Helse Hamar-Løten hvor manglende sammenheng i deler av tjenesteapparatet blir uttrykt, aktualiserer det vi vurderer at er et behov for en mer systematisk og bredere innhenting av brukererfaringer på systemnivå.

Vi mener revisjonskriterie 13 delvis er etterlevd.

 *Kommunen må innhente pasient/brukererfaringer for å sikre at tjenester og samhandling bidrar til helhet og koordinering.*

7.8.7 Oppsummert vurdering – helhetlige og koordinerte tjenester

Undersøkelsen viser at kommunen har etablert samhandling som bidrar til helhetlige og koordinerte tjenester på ulike nivå i tjenestetilbudet. Samtidig viser undersøkelsen at noe overordnet samarbeid mellom sentrale virksomheter på ledernivå per i dag framstår som mangelfullt. Videre gjenstår det slik vi vurderer det å etablere et mer formalisert samarbeid knyttet til pakkeforløp.

8 Samarbeid med frivillige organisasjoner

Problemstilling 3:

Legges det til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner for å sikre et godt tjenestetilbud?

Kommunen har en lovhjemlet plikt til å tilrettelegge for samarbeid med frivillige organisasjoner for å sikre et godt tjenestetilbud. Hva dette innebærer er nærmere presisert i tabellen over revisjonskriterier under. Fullstendig utledning av kriteriene framgår av [vedlegg A](#). Fargekoden er basert på vurderingen av det enkelte kriteriet, og ved å trykke på kriteriets nummer blir man tatt med til den enkelte vurderingen som kommer senere i teksten. Dataene som ligger til grunn for vurderingene framgår i de neste kapitlene og må tas høyde for dersom man bare leser våre vurderinger.

8.1 Revisjonskriterier for problemstilling 3

	Kriterie 14	Kommunen må ha oversikt over frivillige aktører og hjelpeinstanser lokalt og regionalt.
	Kriterie 15	Frivillige tiltak må inkluderes i kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplaner og øvrig relevant planverk.
	Kriterie 16	Kommunen bør bidra til å formidle kontakt mellom bruker og frivillige organisasjoner.
	Kriterie 17	Kommunen bør inngå forpliktende samarbeid med frivillige og ideelle organisasjoner.

8.2 Frivillige tiltak i kommunalt planverk

Som et av flere utviklingstiltak i perioden 2018-2021 definerer kommunedelplanen at kommunen vil «[i]nngå avtaler om formelt samarbeid med frivillige organisasjoner». Kommunedelplanen viser videre til en evaluering av tilbudet til de rusavhengige i Hamar i 2012, hvor Kirkens sosialtjeneste (nåværende CRUX) som driftet av værestedet Arbeideren, Oppfølgingssenteret Barm og Boligtiltaket Folkestadgate ble vurdert å utgjøre «[e]n viktig og kostnadseffektiv del av det helhetlige tilbudet til rusavhengige i Hamar. I tillegg utløser det ressurser blant annet i form av frivillige og inntekter fra andre bidragsytere (gaver), som kommunen i mindre grad kan få til». For øvrig heter det i kommunedelplanen at Frivillighetspolitikken i Hamar (2010) er plattformen for samarbeidet mellom kommunen og frivillige lag og foreninger.

Administrasjonen har oversendt Hamar kommunes alkoholpolitiske handlingsplan, vedtatt av Hamar kommunestyre 24.6.20. Planen skal ifølge dokumentasjonen blant annet bidra til «[å] forebygge de alvorlige skadevirkningene som alkohol kan påføre individ og samfunn, både helsemessige, sosiale og økonomiske». Planen viser til sentrale målsettinger i kommunedelplanen om å være en av landets beste kommuner for barn og ungdom. Samarbeid med frivillige aktører er ikke omtalt i den alkoholpolitiske handlingsplanen.

8.3 Forpliktende samarbeid

8.3.1 Frivilligsentralen

Lederen av Frivilligsentralen forteller at sentralen er organisert under kommunalområde kultur og frivillighet, mens de tidligere lå under helse og omsorg. Frivilligsentralen er et spleiselag mellom stat

og kommune. Forholdet til kommunen beskriver hun som et gjensidig avhengighetsforhold – hvor begge parter gir bistand til hverandre, og de har som nevnt undertegnet en intensjonsavtale med kommunen.

Lederen beskriver at de forsøker å bistå andre frivillige organisasjoner, både ved å invitere de inn på møter, og ved å bistå med rekruttering av frivillige ved å snakke varmt om disse til personer som er i kontakt med Frivilligsentralen. Slik sett fungerer Frivilligsentralen som en «paraply» for andre frivillige og humanitære organisasjoner. Hun forteller at kommunen er i ferd med å skulle utarbeide et nytt strategidokument for frivilligheten, da forrige er fra 2010. I forbindelse med en ny frivillighetspolitikk, mener lederen at de bør prioritere å ansette en kommunal frivilligkoordinator. En frivilligkoordinator burde for eksempel bidra i forbindelse med søknader om tilskudd, da dette er noe man i dag bruker mye ressurser på. Videre mener hun det burde etableres en dataløsning, en slags portal for lag og foreninger, som selv fikk i ansvar å oppdatere relevant informasjon. En kommunal frivilligkoordinator bør ifølge henne være bindeleddet ut mot lag og foreninger.

8.3.2 Samarbeid med ideelle stiftelser

I samarbeidsavtale mellom Sagatun Brukerstyrt Senter og Hamar kommune,⁵³ heter det at Sagatun er en ideell stiftelse som gir tilbud lokalt og regionalt. På lokalt nivå er Sagatun et brukerstyrt aktivitets- og mestringstilbud til innbyggere i Hamar-regionen, med utfordringer innen psykisk helse og rus. Avtalens formål er:

«[å] styrke samarbeidet med tjeneste psykisk helse og rus i Hamar kommune og Sagatun Brukerstyrt Senter. Samarbeidet skal bidra til å utvide tilbudet til brukerne og gi et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud som kan gi økt livsglede og bedre helse, utvidet sosialt nettverk og styrke evnen til å mestre eget liv.»

Lederen forteller i intervju at senteret består av mange bidrag fra frivillig arbeid, og at de inngår «frivilligkontrakter» med de frivillige. Opplegget baserer seg på at daglige oppgaver som renhold etc., utføres i et samarbeid mellom ansatte og brukere som har tegnet frivilligkontrakt. Senteret har også et eget brukerstyre. Videre tilbyr de arbeidstrening og aktivitetstilbud blant annet med basis i musikk, kreativt verksted, fysisk aktivitet, friluftsliv og recoveryverksted. Det er både faste kurs og aktiviteter, og kurs som igangsettes etter etterspørsel fra brukerne.

Lederen forteller at de har vært gjennom 2-3 budsjetttrunder i kommunen hvor det har kommet forslag fra administrasjonen om kutt i driften. Lederen opplever at dette har vært stressende situasjoner som har skapt usikkerhet og engasjement hos senterets brukere, og at forslagene til kutt rettes mot mye av det som ikke er lovpålagte oppgaver for kommunen, noe som rammer frivilligheten i stor grad. Politikerne på sin side har derimot ønsket å styrke tilbudet, og kuttene har derfor ikke blitt gjennomført.

Kommunen har også inngått avtale med den diakonale og ideelle stiftelsen CRUX, som tilbyr tjenester innen helse- og sosialfeltet i Norge. CRUX Arbeideren er et tilbud til aktive rusmiddelavhengige over 18 år i Hamar og Stange kommune.⁵⁴ Ifølge avtalen som er undertegnet 15./17.9.2020, skal tiltaket være et lavterskeltilbud innen rus/helse og kriminalitetsforebyggende virksomhet.

Målet er å heve livskvaliteten for brukerne og redusere de helsemessige skadene av rusmiddelbruk, uten å kreve rusfrihet. CRUX Arbeideren skal drive et lavterskeltilbud

⁵³ Undertegnet 20.1.2020

⁵⁴ <https://stiftelsen-crux.no/om-crux>

for rusavhengige fra 18 år og oppover. Tilbudet skal være tilgjengelig for aktuelle brukergrupper bosatt i Hamar kommune.

Et annet tiltak som er omfattet av samarbeidsavtalen er CRUX Barm oppfølgingssenter. Tiltaket beskrives i avtalen som et høyterskeltilbud for de som vil legge rus og/eller kriminalitet bak seg og som trenger tett oppfølging under og etter behandling og soning. Virksomheten skal være skjermet og rusfri og inngå som en del av et helhetlig tiltaksapparat i kommunen.

Lederen for CRUX Hamar forteller at det tidlig i 2020 ble varslet om at kommunen kom til å kutte i budsjettet til CRUX, tilsvarende 1.5 millioner. På det tidspunktet besto CRUX Hamar av tre tiltak i kommunens tiltakskjede, Arbeideren, Barm og et rehabiliterende botilbud; Folkestadgate. I forbindelse med kuttforslaget pekte kommunen på botilbudet, som var det eneste de fullfinansierte. Kuttet innebar at CRUX ikke lenger hadde mulighet til å drive botilbudet, og la derfor dette ned i samråd med kommunen. Lederen forteller at de opplevde at kuttet kom brått på, men at de i ettertid har forstått at kommunen har bygd opp egne botilbud – et tilbud han oppfatter har mindre fokus på rusfrihet og rehabilitering. På grunn av det økonomiske kuttet ble det gjort nedskjæringer i bemanningen og omorganisering i CRUX Hamartiltakene. Det var på dette tidspunktet lederen tiltrådte stillingen han nå har som virksomhetsleder i CRUX.

Driftsavtalen de har med kommunen er fornyet, men kan sies opp med ett års varsel. Det legges imidlertid opp til fireårs planer, og CRUX ligger inne i planene og har blitt fornyet kontinuerlig. Det er ifølge lederen ofte administrasjonen ved kommunedirektøren som foreslår kuttene, mens politikerne vedtar tiltakene inn igjen.

Tiltakene i CRUX benytter et betydelig antall frivillige, og den grenen som har mest frivillige er matutdelingsapparatet, hvor det er tilknyttet mellom 15-20 frivillige. De har opp imot 20 ulike leverandører av mat, og noen av de frivillige er med og henter maten, i tillegg til at de har en ansatt i en halv stilling til å koordinere matutdelingsprogrammet. Mange frivillige har vært med i mange år, og de er per i dag de største i Innlandet på utdeling av mat, som går til om lag 200 personer hver uke. De opplever økt etterspørsel etter det å kunne benytte seg av matutdelingen på grunn av trang økonomi blant vanlige folk. Tiltakene i CRUX har ansatte miljøterapeuter med faglig utdanning. De har også frivillige som er i miljøet og prater med brukerne, uten at dette skal innebære et for stort ansvar. De samarbeider også med diakon fra den norske kirken. På Barm er det ansatt en miljøterapeut og en arbeidsleder/erfaringskonsulent i tillegg til virksomhetsleder. I tillegg har de frivillige som blant annet hjelper til med å lage lunsj tre dager i uka, og andre frivillige er med i miljøet som samtalepartnere, og bidrar med ulike aktiviteter.

Lederen beskriver at Barms fokus er tett oppfølging av den enkelte over en periode, i samarbeid med hjelpeapparatet. Ønsket er å skape en meningsfull hverdag uten rus, gjennom samtaler og aktiviteter. De er med i ansvarsgruppemøter når dette er et ønske fra brukeren, sammen med lege, ruskonsulent, spesialisthelsetjenesten m.fl. Flere LAR-brukere er tilknyttet senteret. Formålet er å ikke gjøre jobben for brukeren/deltakeren, men å være en støtte.

CRUX tilbyr også arbeidstrening, blant annet gjennom et flyttebyrå. De driver også BUA,⁵⁵ og er en tiltaksarrangør for NAV og Mjøsanker.⁵⁶ De har videre fire personer som selv har brukererfaring på

⁵⁵ BUA er en nasjonal ideell organisasjon som jobber for at barn og unge skal få mulighet til å prøve flere og mer varierte aktiviteter. <https://www.bua.no/>

⁵⁶ Gir tilbud om arbeidstrening, arbeidsutprøving og kursing på oppdrag fra NAV. <https://mjosanker.no/om-oss/>

ordningen VTA-O (varig tilrettelagt arbeid),⁵⁷ samt en ordinært ansatt som er erfaringskonsulent. Dette er en stor styrke for stedet, uttrykker lederen. De som har egenerfaring er gode til å fange opp rusutfordringer, og vet ofte hva som skal til. Mens ansatte til tider kan være litt naive, er erfaringskonsulenten litt «tøffere» i tilnærmingen.

Lederen opplever at samarbeidet med kommunen fungerer godt i det operative, har styrket seg etter at pandemien slapp taket, og at de har jevnlig møter der det er naturlig. Kommunens ansatte bruker også Arbeideren og Barm som et treffsted, det vil si at ansatte kommer innom for å treffe sine brukere. Det er eventuelt på systemnivå han tenker at de kan ha noe å hente. I driftsavtalen står det at de skal ha minst en årlig samtale, og dette tok de selv initiativet til sist. De opplever ikke så ofte at initiativet kommer fra kommunen.

8.4 Andre tiltak i samarbeid med frivillige organisasjoner

8.4.1 Lavterskel gruppetilbud

Administrasjonen beskriver at tjeneste psykisk helse og rus er opptatt av å opprette samarbeid med frivillige og andre aktuelle samarbeidspartnere, og at et mål med arbeidet er å bidra til at de det gjelder får hjelp til å bli mest mulig selvhjulpne. Det jobbes mye med å føre folk inn i aktiviteter utenfor helsetjenesten, og for å skaffe seg et nettverk utenfor helsetjenesten. Brukerne blir kartlagt på interesser, og kan få individuell hjelp til å koble seg opp imot en frivillig organisasjon eller miljø. I intervju med leder for Sagatun Brukerstyrt Senter bekrefter hun inntrykket av at den kommunale tjenesten legger mye vekt på samarbeid med frivillige organisasjoner i Hamar, og på at dette skal «bygge bruer» for brukerne, fra tjenestene og ut til samfunnet. Hun oppfatter imidlertid ikke at det er kommunen selv som vanligvis drar i gang samarbeid med frivillige organisasjoner, og hun er ikke kjent med at samarbeid med de frivillige er noe som koordineres fra kommunens side.

Administrasjonen informerer om at hele avdelingen har drevet mye kompetanseheving innen recovery-arbeid.⁵⁸ I forlengelsen av dette har kommunen bygget opp ulike recovery-baserte aktiviteter etter ønsker og behov fra ulike brukergrupper. Aktivitetene utgjør lavterskel gruppetilbud vist i tabellen under, til rundt 180 mennesker med ulike grader av psykisk helse og rusutfordringer:

Tabell 6 Tiltak i samarbeid med frivillige organisasjoner og andre

Lavterskel tilbud	Beskrivelse
Yoga	I samarbeid med «Back in the ring». En ansatt følger bruker inn i tilbudet. «Back in the ring» - tidligere rusavhengige som driver yoga tilbud
Vannaktivitet i varmebasseng	Innvandrerkvinner som ikke benytter Ankerskogen
Trening på Espern	Sammen med spes.h.tjenestens kultureltnettverk. Ulike aktiviteter 2 ganger i uken. Egentrening, spinning, styrke i sal, klatring
Treffpunkt	Sosialt treffpunkt for nye. Skape trygghet, bistand til å finne aktuelle aktiviteter innen de ordinære tilbudene
Gatefotball⁵⁹	Sammen med HamKam. En medarbeider fast på treninger og oppfølging. Produsere rusfrie timer på trening/kamper. 144 med rusutfordring.

⁵⁷ Varig tilrettelagt arbeid i ordinær virksomhet er et arbeidsmarkedstiltak for personer som får uføretrygd. <https://www.nav.no/no/bedrift/inkluderende-arbeidsliv/varig-tilrettelagt-arbeid-i-ordinaer-virksomhet-vta-o>

⁵⁸ Recovery: Dvs. med fokus på brukerens ressurser, interesser, mål og muligheter for å finne meningsfulle aktiviteter og bygge sosiale nettverk (Lokal rutine for beskrivelse av tjenestene og lovmessige avklaringer i Tjeneste for psykisk helse og rus i Vangsvengen 121).

⁵⁹ Her er det som nevnt i kapittel 7.1.2 er det inngått skriftlig avtale mellom tjenesten og HamKam om tiltaket inngått Hamar 27.05.20.

Padel	I samarbeid med Hamar Padel som stiller baner og utstyr. En medarbeider deltar herfra og følger opp med psykososial støtte til de som trenger det.
Golf	I samarbeid med Atlungstad golf og kulturnettverket. En ansatt følger
Frisbeegolf	En ansatt følger opp dette i sesongen sammen med Sagatun Brukerstyrt Senter.
Temagruppe	Ulike temaer etter ønske/sesong/årstider. Brukerstyrte hobbyaktiviteter.
Gårdsgruppe	Tilbud til de som enklere kommer seg ut gjennom å ha kontakt med dyr. Samarbeid med gård som har hester, kaniner og høner. En ansatt følger
Meditasjon	En ansatt leder en gruppe. En bruker (fysioterapeut) holder en annen gruppe.
Kjønn og identitet	Gruppe for unge mennesker som er i en kjønnskifteprosess. Møte en gang i måneden med senter på Kapp.
Kulturgruppe	Gruppe for kvinner med utenlandsk bakgrunn
Friluftsgruppe	I samarbeid med Vang jeger og fiskeforening. En ansatt følger inn. Ferdigheter til å kunne benytte natur alene eller med venner.
Aktivitetsgruppe ute	Sesongbaserte uteaktiviteter
Seniorgruppe	For de over 60. Temaer om fysisk og psyk helse, tannhelse, hverdagsglede, selvstyrking, samfunnsengasjement og nettverksbygging.

Kilde: Hamar kommune 2022

Virksomhetsleder beskriver at det kan være et problem for mange brukere å benytte ulike tilbud, fordi de ikke har økonomi til å delta i organiserte aktiviteter.

På kommunens hjemmeside ⁶⁰ gis det en oversikt over en rekke ulike hjelpeinstanser og frivillige organisasjoner, som for eksempel Mental Helse, Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP) og Leve - landsforeningen for etterlatte ved selvmord. Leder for Sagatun Brukerstyrt Senter forteller at de i fellesskap med CRUX har forsøkt å reetablere noen av de frivillige organisasjonene på Hamar, som RIO (Interesseorganisasjon for psykisk helse og rus) og Landsforeningen for pårørende. Disse er imidlertid ikke aktive i Innlandet for tiden.

8.4.2 Mental Helse Hamar-Løten

Lederen for Mental Helse Hamar-Løten forteller at de som lokal organisasjon skal bidra til å sette psykisk helse på kartet, også når det gjelder behovet innen det forebyggende arbeidet, og ikke bare tjenestetilbudet til «de syke». Videre mener han at det er viktig med fokus på arbeidsliv, samt ungdom og problematikk som kan oppstå i forbindelse med skolegang. Å være vaktbikkjer for de lovpålagte tjenestene er en viktig rolle de har. De ønsker å få til et godt samarbeid med kommunen rundt ulike aktiviteter. De har i dag godt samarbeid med Sagatun Brukerstyrt Senter, hvor de har kontorer, og hvor

⁶⁰ <https://www.hamar.kommune.no/helseogomsorg/psykisk-helse-og-rus/nyttige-nettsider/>

de kan benytte lokaler når disse står tomme. Senteret har temakvelder, gruppetilbud og ulike aktiviteter for medlemmene, både med hygge og faglig innhold.

Lederen forteller at Mental Helse Hamar-Løten ble invitert til et møte med kommunen i etterkant av at de engasjerte seg i nedleggelsen av SIRA-huset. Her opplevde de ifølge ham at kommunen primært ønsket å forsvare vedtaket om nedleggelsen. På møtet ble det også tatt opp at kommunen ønsker innspill fra Mental Helse i forbindelse med gjennomføring av en brukerundersøkelse til høsten.

8.5 Revisors vurdering

8.5.1 Vurdering av revisjonskriterie 14 – oversikt over frivillige aktører

På sine hjemmesider har kommunen tilrettelagt informasjon om en rekke hjelpeinstanser og frivillige aktører. Frivilligsentralen bidrar også slik vi vurderer det til en oversikt gjennom sitt utstrakte kontaktnett med mange frivillige organisasjoner. Vi vurderer at kommunen etterlever kravet på området.

 *Kommunen må ha oversikt over frivillige aktører og hjelpeinstanser lokalt og regionalt.*

8.5.2 Vurdering av revisjonskriterie 15 – frivillighet i planverket

Kommunen har omtalt frivillighet i deler av sitt planverk, men ikke i sin alkoholpolitiske handlingsplan. Kommunen er i ferd med å utarbeide et nytt strategidokument for frivilligheten, som etter revisjons vurdering også bør inkludere frivillige tiltak rettet mot målgrupper innen psykisk helse og rus. Vi mener at revisjonskriterie 15 delvis er etterlevd.

 *Frivillige tiltak bør inkluderes i kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplaner og øvrig relevant planverk.*

8.5.3 Vurdering av revisjonskriterie 16– kobling mellom bruker og frivillige organisasjoner

Kommunens arbeid på området framstår som godt ivaretatt både gjennom kartleggingsrutiner og etablering av en rekke tiltak i regi av ulike frivillige aktører som brukerne kommer i kontakt med. Også Frivilligsentralens rolle som paraply for flere frivillige organisasjoner bidrar slik vi vurderer det til å formidle kontakt mellom brukere og frivillige organisasjoner. Vi mener at revisjonskriterie 16 er etterlevd.

 *Kommunen bør bidra til å formidle kontakt mellom bruker og frivillige organisasjoner.*

8.5.4 Vurdering av revisjonskriterie 17 – forpliktende samarbeid

Kommunen har inngått formelle samarbeidsavtaler med to ideelle stiftelser som ivaretar viktige oppgaver i tiltakskjeden, samt styrker brukermedvirkningen og mobiliseringen av frivillighet. Vi mener at revisjonskriterie 17 er etterlevd.

 *Kommunen bør inngå forpliktende samarbeid med frivillige og ideelle organisasjoner.*

8.5.5 Oppsummert vurdering

Det framstår for revisjonen som at arbeidet rundt samarbeid med frivillige og ideelle aktører er godt ivaretatt i kommunen. At kommunen nå jobber videre på området med utarbeidelse av et nytt strategidokument for frivilligheten, bør etter vår vurdering i enda større grad bidra til en god forankring og videreutvikling av kommunens frivillighetspolitikk, som også bør inkluderer målgrupper innen psykisk helse og rus.

9 Brukermedvirkning

Problemstilling 4:

Etterlever Hamar kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?

Kommunen skal ivareta brukermedvirkning både på individ- og systemnivå. Hva vi i undersøkelsen spesielt har sett nærmere på med hensyn til brukermedvirkning er presisert i revisjonskriterier i punktene under. Fullstendig utledning av kriteriene framgår av [vedlegg A](#). Fargekoden er basert på vurderingen av det enkelte kriteriet, og ved å trykke på kriteriets nummer blir man tatt med til den enkelte vurderingen som kommer senere i teksten. Dataene som ligger til grunn for vurderingene framgår i de neste kapitlene og må tas høyde for dersom man bare leser våre vurderinger.

9.1 Revisjonskriterier for problemstilling 4

-  **Kriterie 18** Kommunen må ha rutiner, prosedyrer og praksis som sikrer medvirkning fra og informasjon til den enkelte brukere og/eller brukeres representanter.
-  **Kriterie 19** Kommunen skal sikre at personer med langvarige og sammensatte behov tilbys en individuell plan og/eller en koordinator.
-  **Kriterie 20** Kommunen skal ha etablert ulike virkemidler for innhenting av pasienters/brukeres erfaringer og medvirkning på systemnivå, for eksempel i form av brukerundersøkelser.

9.2 Brukermedvirkning på individnivå

9.2.1 Rutiner, prosedyrer og praksis innen brukermedvirkning

Kommunen har oversendt flere rutiner og prosedyrer som beskriver hvordan brukermedvirkningen skal ivaretas. Eksempler er gjengitt i tabellen under.

Tabell 7 Forankring av brukermedvirkning i rutiner og prosedyrer

Rutine/prosedyre	Beskrivelse av brukermedvirkning, eksempler
Lokal rutine for Forsterket Funksjon	Tilbudet skal gis gjennom recovery-basert tilnærming og i tett samarbeid med den enkelte, slik at denne kan utvikle en god livskvalitet definert av bruker.
Arbeidsbeskrivelse Oppfølgingsteamet STYRK	Fylle ut søknadsskjema i samarbeid med bruker Utarbeide IP i samarbeid med bruker Opprette og koordinere samarbeidsgrupper der bruker ønsker det, og der bruker ikke har ansvarsgruppe
Lokal rutine for arbeidsbeskrivelse samtaleteamet	Vi jobber etter prinsippene til Rask Psykisk Helsehjelp (RPH), og vi bruker FIT som tilbakemeldingsverktøy.
Dokumentasjonskrav og kartlegging i «samtaleteamet» og gruppetilbud i «aktivitet og mestring»	Brukere som henvender seg direkte til «samtaleteamet» kartlegges initialt med fokus på deres egne mål og ønsker om metode og avgrensning for hjelpen. Hjelpen evalueres løpende med systematisert brukerfeedback (Feedback Informerte Tjenester, FIT).
Lokal rutine for beskrivelse av tjenestene og lovmessige avklaringer i Tjeneste for psykisk helse og rus i Vangsvegen 121, (om Aktivitet og mestring)	Her fattes ikke vedtak, men gjøres en kartlegging av brukers behov og ønsker ut fra en recovery tankegang. Dvs. med fokus på brukerens ressurser, interesser, mål og muligheter for å finne meningsfulle aktiviteter og bygge sosiale nettverk.

Lokal rutine for klageadgang - Helse- og omsorgstjenester	Hvis du er misfornøyd med beslutning om hjelp fra kommunen – hva gjør du?
Prosedyre for journalføring / dokumentasjon i GERICA	Påse at brukermedvirkningen ivaretas og at pasientens synspunkter, integritet og autonomi blir ivaretatt.
Delavtale 10 mellom kommunene og Sykehus Innlandet, Samarbeid om forebygging	Samarbeid om pasient- og pårørendeopplæring
Individuell plan, Oppfølgingsplan og Ansvarsgrupper	Ved oppnevnelse av koordinator, både med og uten individuell plan, må pasienten samtykke. Eventuelt må pårørende samtykke hvis pasienten ikke har samtykkekompetanse

Kilde: Hamar kommune 2022

Listen er ikke uttømmende, men gir eksempler på hvordan brukermedvirkning er operasjonalisert i ulike rutiner og team. I flere av rutinene refereres det til recovery-basert tilnærming, hvor nettopp brukernes ressurser, interesser og mål står sentralt. Kommunen har også oversendt informasjon om en fagdag for ansatte i Hamar kommune om brukermedvirkning og pårørendearbeid, som ble arrangert i oktober 2021.

I dokumentasjonen fra kommunen beskriver administrasjonen at samtaleteamet benytter seg av tilbakemeldingsverktøyet Feedback Informed Treatment (FIT) med nesten alle klienter i alle samtaler. Dette betyr at klientene gir tilbakemelding på hvordan de har det, ved hjelp av enkel skåring på iPad, og man kan følge med på om de opplever bedring på grunn av kontakten med tjenesten. Konstituert teamleder for samtaleteamet utdyper at registreringer i FIT gir en indikasjon på når bruker er klar til å avslutte. Noen ganger blir de ikke bedre av samtalene, og da er det kanskje noe annet de bør tilbys. I dialog med klientene vil man ifølge administrasjonen dermed utforme hjelpen på en måte som er i tråd med hva som er viktig for dem og hva som er deres ønsker. Videre brukes det egne evalueringsskjema etter gruppeaktiviteter. I team forsterket funksjon gjøres det tre-måneders vedtak, og gjennomføres en evaluering sammen med brukeren etter disse tre månedene.

Teamleder STYRK forteller i intervju at det gjennomføres oppstartssamtaler hvor målet til brukeren står sentralt: Hva er det de ønsker hjelp og bistand til? Man prøver å etterstrebe det brukerne vil benytte tjenesten til, og snakker ganske mye om hvordan tjenesten kan bistå med at brukeren kan leve så godt som mulig med de utfordringene de har. Fokuset på brukerens ressurser er viktig, og at tjenesten ikke tar over roller og ferdigheter, men kan være med som en støtte.

Videre forteller teamleder at man ser effekt av erfaringskonsulentene som er ute blant brukere. Dette mener teamleder bidrar til å skape håp om bedring hos brukerne, og at dette er vel så viktig for ansatte. Erfaringskonsulentene ser systemet på en annen måte enn ansatte, og stiller kritiske spørsmål når ansatte tar over for mye. Også soneleder understreker erfaringskonsulentenes rolle. Der ansatte ikke «når inn» til brukerne, uttrykker hun at erfaringskonsulentene ofte gjør det, og at man dermed kommer videre i oppfølgingen. Brukere uttrykker ifølge henne at kontakten med erfaringsmedarbeiderne er «veldig ok».

I intervju med leder for Sagatun Brukerstyrt Senter forteller hun at senteret driver såkalte «sjølstyringskurs» og «verktøykasse for brukermedvirkning» som lederen mener er viktig for å styrke brukermedvirkningen både på individnivå og systemnivå. Når de holder kurs for kommunene, er brukermedvirkning og pårørendemedvirkning alltid et tema. Andre viktige tema er recovery, mestring og bedring, empowerment, og at brukeren skal bli i stand til å være «skipper på egen skute». ⁶¹ Kursene

⁶¹ Lederen forteller at de har kurs for hele Innlandet, og på etterspørsel har de undervisning for med ergoterapistudenter ved NTNU, for sykepleierstudenter studenter i sosialt arbeid på Lillehammer og for

de har er interaktive, det vil si at det er mye deling av egenerfaring og øvelser med refleksjon. Alt i alt samler senteret veldig mye erfaringskunnskap om hvordan brukerne selv opplever god brukervedvirkning. Dette formidler de så ut igjen. Lederen erfarer at mange brukere sier at de får lite informasjon om brukervedvirkning selv om de har vært i kontakt med tjenesteapparatet. Dette gjelder imidlertid ifølge lederen ikke spesielt for Hamar kommune. Lederen tolker dette som at det generelt er liten informasjon om brukervedvirkning og rettigheter. Lederen opplever også at senteret stadig blir spurt om aktuelle kandidater til å sitte i såkalte fokusgrupper. Blant annet nå i forbindelse med innspill til ny boligsosial plan i kommunen.

Ved Farmen bemannede boliger praktiseres brukervedvirkning ifølge leder og arbeidsleder blant annet gjennom utforming og oppfølging av ukeplanen. Brukerne får være med å bestemme hva det skal stå i den. Målet er at de skal eie sitt eget prosjekt. Mye av det de ansatte foreslår kan virke uovervinnelig for brukeren, og det er derfor viktig at dette blir en ukeplan som brukeren eier selv. Ukeplanen evalueres etter en uke: Hva har gått bra og hva kunne vi gjort bedre? Arbeidsleder understreker at relasjonskompetanse er viktig i tjenesten, det vil si at brukerne blir trygge på de ansatte og at de klarer å prate med brukerne selv når de er veldig rusa. De har opplevd veldig lite utagering i boligene og veldig få overdoser.

Erfaringsmedarbeideren uttrykker i intervju at hun mener det er nødvendig å definere hva man egentlig legger i begrepet brukervedvirkning, og at dette er noe hun jobber med. Hun stiller blant annet spørsmål ved: «Har brukerne selv vært med på å definere hva brukervedvirkning skal bety?». Hun mener det er viktig at de får en felles forståelse av begrepet, og har foreslått en egen fagdag om dette.

9.2.2 Formulering av vedtaksbrev

Revisjonen har fått oversendt et utvalg på fem vedtaksbrev fra perioden 25.5.2022-15.6.2022. Tre av vedtakene gjelder tjenester gjennom oppfølgingsteamet STYRK, og to vedtak gjelder tjenester i regi av oppfølgingsteamet forsterket funksjon. Vedtaksbrevne beskriver medvirkning fra brukerne gjennom formuleringer som «etter avtale med deg», «vedtaket [...] skal evalueres fortløpende sammen med deg», «vi vil sammen med deg finne målsetting for hjelpen.» I flere av vedtakene konkretiseres hva brukeren selv har beskrevet som eget behov for tjenester.

9.2.3 Individuell plan og koordinator

Individuell plan (IP) og koordinator skal bidra til at det er brukernes mål og interesser som settes i fokus, og som beskrevet i kriterieutledningene løftes individuell plan i kommunedelplanen som et viktig verktøy for å sikre brukervedvirkning; «Gjennom individuell plan skal brukerens innflytelse på egen situasjon styrkes». Kommunen har flere rutiner som beskriver hvordan retten til individuell plan og koordinator skal ivaretas. Blant annet finnes en rutine for oppnevning av koordinator og individuell plan, rutinen «verktøy for koordinering og Individuell plan», og en prosedyre for koordinators rolle. I sistnevnte heter det at koordinator skal legge til rette for at pasient, bruker og eventuelt pårørende deltar i arbeidet, samt at koordinator skal sikre samordning av tjenestetilbudet og god fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Også i det enkelte oppfølgingsteam sine rutiner er retten til IP og koordinator forankret. Rutine for team STYRK definerer at alle ansatte i teamet har ansvar for å opprette og koordinere Individuelle planer (IP) der bruker har rett til IP og ønsker det. I rutine for oppfølging av ROP-brukere, heter det at

sykepleiestudenter og studenter i videreutdanning i psykisk helse og rus i Elverum. De har også studenter i praksis på senteret, og undervisning for lis-leger .

det skal informeres om retten til individuell plan der det er behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Virksomhetsleder psykisk helse og rus forteller i intervju at alle brukere har en koordinator. Når det gjelder IP er det ikke alle brukere som ifølge henne som ønsker dette, men at det uansett blir utarbeidet en tiltaksplan i samarbeid med brukeren.

Teamleder STYRK informerer videre om at ansatte i teamet ofte er koordinatorene i ansvarsgruppene, og samarbeider med koordinerende enhet når det skal opprettes koordinator. Nå kan de også gjøre dette selv uten å gå gjennom koordinerende enhet. Tjenesten opprettes i GERICA, samme med en eventuell individuell plan. Hun forteller at de har fått tillatelse fra Helsedirektoratet til å benytte egen mal da mange av deres brukere har hatt problemer med den elektroniske varianten. Der må man både ha kodebrikke, samt oppgi personnummer. Oppfølgingsplanen er nå sidestilt med DIPS samspill som en individuell plan. Ansatte spør likevel alltid brukeren først om de vil ha DIPS samspill.

Leder for koordinerende enhet informerer om at de kan hente ut hvor mange brukere som har koordinator og IP i GERICA. Tjeneste psykisk helse og rus informerer i epost om at de per 22.8.2022 følger opp 226 brukere i teamet STYRK, hvorav cirka 200 har koordinator, syv har IP i DIPS samspill, og 115 har IP i form av en oppfølgingsplan. Teamleder i STYRK presiserer at alle brukere tilbys IP, men at mange velger å takke nei da de ikke har behov for IP.

Brorparten av informanter revisjonen har snakket med uttrykker at de ansatte deltar i ansvarsgrupper der det er aktuelt, at det er noe varierende erfaring med nytteeffekten av ansvarsgruppemøtene, og flere mener kommunen har en utfordring med tanke på å rekruttere koordinatorene etter behovet. En av informantene uttrykker: «Ingen føler at de har tid til dette, og mange opplever det å være koordinator som en ekstrajobb».

9.3 Metoder for innhenting av brukererfaringer på systemnivå

I kommunedelplanen er et av målene som løftes frem å «[a]nvende brukernes egne erfaringer og kunnskap». Kommunen har for tiden ett felles brukerråd hvor Mental Helse er representert. Kommunedelplanen beskriver også det å «[v]idereutvikle et system for jevnlig brukerundersøkelser i helse- og omsorgstjenestene» som ett av flere virkemidler og kritiske suksessfaktorer under planens handlingsdel 2018-2022. Det er ifølge virksomhetsleder ikke gjennomført brukerundersøkelser de siste tre årene, blant annet på grunn av to år med pandemi. Leder for tilrettelagte tjenester til hjemmeboende (TTH) uttrykker i intervju at brukerundersøkelse skal gjennomføres med regelmessighet. Etter omorganiseringen har man valgt å legge seg på en tre-deling; bruker- og pårørendeundersøkelse i 2022, samt en måling av tjenesterelatert livskvalitet i regi av Senter for omsorgsforskning i samarbeid med Utviklingssenteret. Her skal det velges ut 55 brukere av hjemmetjenesten, blant de over 65 år. Det er nå innledet et samarbeid med Mental Helse Hamar-Løten som skal bistå med å utforme spørsmål til en brukerundersøkelse som skal gjennomføres høsten 2022.

Som beskrevet tidligere har tjenesten ansatt flere erfaringskonsulenter, noe som ifølge ansatte bidrar til å tydeliggjøre brukerperspektivet. Også ved de ideelle stiftelsene Sagatun Brukerstyrt Senteret og CRUX, er det ansatte med brukererfaring. Lederen for Sagatun uttrykker at man dermed bidrar med kunnskap om brukermedvirkning og erfaringsbasert kunnskap fra brukere og pårørende om hva som er god hjelp og viktige faktorer for bedring og livsmestring.

9.4 Revisors vurdering

9.4.1 Vurdering av revisjonskriterie 18 – rutiner og praksis for brukermedvirkning

Gjennomgangen av innsamlet data viser slik vi vurderer det at kommunen i stor grad har innarbeidet brukermedvirkning i sine rutinebeskrivelser, samt implementert sentrale metoder som for eksempel recovery-basert tilnærming og tilbakemeldingsverktøyet FIT, for brukermedvirkning i den praktiske måten å jobbe på.

Vi mener at revisjonskriterie 18 er etterlevd.



Kommunen må ha rutiner, prosedyrer og praksis som sikrer medvirkning fra og informasjon til den enkelte brukere og/eller brukeres representanter.

9.4.2 Vurdering av revisjonskriterie 19 – individuell plan og koordinator

Kommunen har nedfelt retten til individuell plan og koordinator i flere prosedyrer og rutiner. Flere informanter påpeker en utfordring med å rekruttere koordinatore, men undersøkelsen viser samtidig til at ansatte i team STYRK ofte påtar seg denne rollen selv.

Vi mener at revisjonskriterie 19 er etterlevd.



Kommunen skal sikre at personer med langvarige og sammensatte behov tilbys en individuell plan og/eller en koordinator.

9.4.3 Vurdering av revisjonskriterie 20 – innhenting av brukererfaringer

Vi vurderer at virksomheten langt på vei arbeider systematisk for å innhente brukererfaringer, blant annet gjennom ansettelse av, og aktiv medvirkning fra erfaringsmedarbeidere. Etter pandemien er man samtidig i ferd med å planlegge bruker- og pårørendeundersøkelse som skal gjennomføres høsten 2022.

Vi mener at revisjonskriterie 20 er etterlevd.



Kommunen skal ha etablert ulike virkemidler for innhenting av pasienters/brukeres erfaringer og medvirkning på systemnivå, for eksempel i form av brukerundersøkelser.

9.4.4 Oppsummert vurdering

Revisjonens oppfatning er at virksomhet helse og rus etter omorganiseringen i 2019 på en god måte har innarbeidet metoder for brukermedvirkning både i formelle rutiner og i utførelsen av den praktiske arbeidshverdagen. Inntrykket er at samarbeidet med ideelle aktører styrker denne innsatsen.

10 Tjenestetilbudet under pandemien

Problemstilling 5:

Hvordan er tjenestene innen rusomsorg og psykisk helsearbeid blitt ivaretatt under koronapandemien?

Personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer ble regnet for å være en av de mest sårbare gruppene under covid 19 pandemien, dette til tross for at det ordinære lovverket om rett til nødvendige og forsvarlige helsetjenester fortsatt var gjeldende. Det ble også utarbeidet en rekke beslutninger og anbefalinger fra nasjonale myndigheter rundt oppfølging av personer i målgruppen. Som det framkommer i revisjonskriteriet under forventes det at kommunene følger de nasjonale rådene og kapittelet beskriver hvordan Hamar kommune ivaretok de aktuelle brukerne i lys av dette. Fullstendig utledning av kriteriene framgår av [vedlegg A](#). Fargekoden er basert på vurderingen av det enkelte kriteriet, og ved å trykke på kriteriets nummer blir man tatt med til den enkelte vurderingen som kommer senere i teksten. Dataene som ligger til grunn for vurderingene framgår i de neste delkapitlene og må tas høyde for dersom man bare leser våre vurderinger.

10.1 Revisjonskriterie for problemstilling 5

	Kriterie 21 Kommunen må følge nasjonale råd og anbefalinger for å sikre at tjenestetilbudet til personer med behov for oppfølging innen psykisk helse og rusomsorg blir ivaretatt under pandemien.
---	---

10.2 Rapportering til Statsforvalteren under pandemien

Under pandemien ble kommunene bedt om å rapportere til Statsforvalteren og Helsedirektoratet om status for tjenestetilbudet til ulike grupper, og eventuelle avvik fra dette. Administrasjonen beskriver at dette ble gjort jevnlig i løpet av perioden med pandemi. Punkter som kommunen har blitt bedt om å rapportere på har bestått av både faste punkter og variable punkter ut fra situasjonen og utvikling gjennom pandemien. Administrasjonen beskriver at Hamar kommune ved situasjonsrapportering til Statsforvalteren ikke har hatt noen rapporteringspunkter på tjenesten psykisk helse som har innbefattet avvik fra normal leveranse. Tjenestetilbudet har ifølge administrasjonen blitt opprettholdt i henhold til normal drift i løpet av pandemien, selvfølgelig med de til enhver tid gjeldene bestemmelser vedrørende smittevern.

10.3 Virksomhetenes erfaringer fra pandemien

Kommunen utarbeidet to ulike rutiner under pandemien; Lokal rutine for ivaretagelse av bruker i isolasjon eller karantene og Lokal rutine for smittevern Covid-19 pandemi. Hensikten med førstnevnte rutine var at brukere som er syke eller potensielt syke av Covid 19 blir ivaretatt i forhold til dagligdagse behov (ikke sykdomsoppfølging).

Erfaring fra pandemien er ifølge leder for tilrettelagte tjenester for hjemmeboende (TTH) at tjenesten raskt gikk over til hjemmekontor, og valgte å ha mange av samtalerne per telefon, men også ved å gå turer ute, såkalte «gåsamtaler», med god effekt. Hun opplever at brukerne ble ivaretatt, og at det gikk lang tid før det ble smitte i boligene. Virksomhetsleder uttrykker at de ikke har fått tilbakemelding om spesielle utfordringer under pandemien, og at alle som ønsket det ble fulgt opp gjennom hele pandemien. Også hun beskriver at mye av kontakten med brukerne raskt ble basert på det å være ute i frisk luft og virksomhetsleder uttrykker det som at «alle krakkene på Domkirkeodden har vært

opptatt». Teamet aktivitet og mestring hadde også et tilbud på Gåsbu ⁶² fem dager i uka, og en minibuss tok med brukerne dit.

Virksomhetsleder informerer videre om at det har blitt sørget for utlevering av sterilt brukerutstyr som kommer i poser, og at slik utlevering har skjedd ved CRUX Arbeideren. Kravet er imidlertid at dette tilbudet skal være døgntilgjengelig, og det har ifølge henne vært vanskelig for brukerne da legevakten er flyttet til Stange. Det ble også sørget for å ha håndsprit tilgjengelig. Når det gjelder forverret tilstand hos brukerne har tjenesten ifølge virksomhetsleder hatt god oversikt over dette i boligene. Mange hjemmeboende har imidlertid ikke ønsket kontakt i redsel for smitte og har holdt seg for seg selv.

Soneleder for hjemmebaserte tjenester forteller at det under pandemien ble utarbeidet et skriv fra leder i TTH som ble distribuert til brukerne i forhold til at tjenester, der det var forsvarlig, kunne reduseres noe. Noen brukere var redde for smitte og ville enten ikke ha tjenester i denne perioden, eller ble tilbudt ringetilsyn. Telefonsamtaler fungerte godt for noen, og noen har fortsatt med dette også etter pandemien. Enkelte har opplevd det tøft å være så isolert. Det kom ifølge henne ingen føringer til tjenesten om at de skulle registrere forverringer hos brukere i perioden, men hva ulike brukere kunne tåle av påkjenninger var likevel noe de hadde fokus på. Ifølge soneleder opplevde de ikke hyppigere innleggelser under pandemien.

Erfaringen ved Farmen bemannede boliger etter to år med pandemi, var at beboerne var veldig lite ute av leiligheten, og at brukerne selv var flinke med testing og hygiene. De hadde ifølge leder og arbeidsleder kun to omganger med smitte på huset. De opplever alt i alt at det har gått veldig bra og har ikke opplevd forverring blant brukere. De utgjorde en egen kohort, og beboerne hadde mennesker rundt seg i boligen. I og med at de drev og bygde opp boligen da pandemien kom, var det noen av rutinene som sklei noe ut, blant annet rutiner rundt transport – da de måtte ta hensyn til avstandsbestemmelsene. Ulike rutiner er derfor strammet inn etter pandemien, som tider for transport, medisintilbud osv.

Soneleder for oppfølgingsteamene forteller at Hamar kommune ikke hadde en eneste overdose under pandemien, noe hun mener skyldes at de er med i overdosestrategiprojektet, og at de har en ansatt som jobber øremerket med dette, samt at teamet STYRK ifølge henne jobber veldig godt med målgruppen. Teamleder STYRK bekrefter dette, og at det ble jobbet forebyggende i samarbeid med overdosenettverket, og med såkalt «kameratredning»/Nalokson. ⁶³ Erfaringer fra pandemien er at om noe ikke fungerte ut ifra hva tjenesten fikk beskjed om, ble dette meldt inn og tilpasset. Soneleder påpeker at brukerne fra tidligere er flinke til og tenkte på smittevern selv, og også selv lagde seg egne kohorter.

Konstituert teamleder for samtaleteam forteller at de etter hvert som de fikk mer erfaring tilrettela for å møtes på huset, og hadde pasienter inne på kontoret. Etter pandemien synes de at de ser veldig mange unge med mye sosial angst og andre psykiske lidelser, og de synes de ser et mønster her.

Informasjon revisjonen har mottatt i intervjuer, viser at frivillige tiltak i stor grad ble opprettholdt, både gjennom alternative kontaktaktiviteter ved Sagatun Brukerstyrt Senter og gjennom tiltak i Gatelaget som gikk turer istedenfor å trene fotball for å opprettholde én-meteren. Leder for Sagatun forteller at brukere har uttrykt at senteret «reddet livet deres» under pandemien. Det ble også mottatt

⁶² Gåsbu er et friluftsområde med natursti

⁶³ Utdeling av nalokson nesespray til brukere og pårørende er et sentralt virkemiddel mot overdose. Målet er at nalokson nesespray skal være tilgjengelig i kommuner med sprøytebruk.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/overdose-lokalt-forebyggende-arbeid/nalokson-nesespray-motgift-mot-overdose>

tilskuddsmidler fra Statsforvalteren til opprettelse av sosiale møteplasser og fellesmåltider for å motvirke ensomhet og sosial isolasjon.

Leder for CRUX forteller at de under pandemien prøvde å holde åpent så mye de kunne, men måtte begrense antall besøkende. De var helt nedstengt i veldig korte perioder, og de hadde kontakt med kommuneoverlegen for å drøfte virksomhetens drift i denne perioden. De opprettholdt også utdeling av mat og brukerutstyr. Lederen uttrykker at de hadde inntrykk av at kommunens ansatte var restriktive under pandemien, og at kontakten med brukere ble veldig avskjermet. Også leder for Mental Helse Hamar-Løten beskriver i intervju at han opplevde kommunen som veldig restriktive under pandemien fordi de var redde for smitteutbrudd, mens han opplevde at både Sagatun og CRUX hadde en annen tilnærming i denne perioden – hvor man så mulighetene istedenfor begrensningene. Leder ved CRUX beskriver videre at Arbeideren ble brukt som vaksinestasjon, det vil si at brukerne fikk ta vaksine der i samarbeid med kommunen. De erfarer at brukerne har fått tyngre psykisk helse under pandemien, og er preget av en periode med ensomhetsproblematikk. Under pandemien har flere sittet mer hjemme og ruser seg hjemme. Terskelen for å komme seg ut har blitt større for noen, og det tar tid å bygge opp igjen tiltakene etter en slik periode. Brukerne/deltakerne uttrykker samtidig at et sted som Arbeideren og Barm har betydd fryktelig mye.

Lederen for Frivilligsentralen beskriver at perioden under pandemien var frustrerende, hvor mye ble stengt ned, men at de hadde et godt samarbeid med kommuneoverlegen. De fikk gjennomført handletjenester, men opplevde at det oppsto mye mer ensomhet, og at mange nå kommer tilbake og trenger enda mer bistand og hjelp enn tidligere. Under pandemien var det et tett samarbeid med kommunen rundt vaksinerings hvor frivillige bidro som vakter. Alt i alt har de mistet en del frivillige etter pandemiperioden, som de nå jobber for å få tilbake.

Under pandemien opplevde lederen for utekontakten at de en periode mistet oversikten og at «ting forsvant helt fra jordens overflate», i forhold til det å oppdage og se ting raskt. Dette var bekymringsfullt, og man ser nå ettervirkningene, og en tendens hvor henvisninger til BUP har hatt en kraftig økning. Lederen tenker dette henger sammen med at ting har blitt satt på vent, og at problemene for mange har blitt større enn de hadde trengt å bli. Utekontakten fikk beskjed om at de skulle fortsette å være operative og gå ut, og de gikk derfor oppsøkende, men opplevde at det var forholdsvis stille. De hadde også mulighet for enkeltoppfølging, og møter en til en. Lederen forteller at de også ser et sterkt økende skolefravær i etterkant av pandemien.

Lederen for DPS sitt inntrykk under pandemien var at mye av den kommunale oppfølgingen gikk via telefon og på video, også når det gjaldt de alvorlig syke. Dette mener hun var feil. DPS fortsatte å følge opp både ambulant og poliklinisk, og definerte pasientene i risikosoner som grønn, gul og rød gruppe, hvor pasienter i rød gruppe alltid skulle få direkte kontakt. Lederen erfarte at en del pasienter ble mye dårligere, og dette ble kommentert blant ansatte over en periode på 1 ½ år. De opplevde at det var mye angst i spesialisthelsetjenesten inntil vaksinasjonen var på plass. I kjølvannet av pandemien har de opplevd en ekstrem pågang i akutteneheten, noe lederen mener kan skyldes en lang periode med isolasjon.

10.4 Revisors vurdering av revisjonskriterie 21 – oppfølging under pandemien

Alle informanter revisjonen har snakket med gir uttrykk for at det har vært et godt samarbeid med kommuneoverlegen under pandemien. Det framstår som kravene til smittevern har stått sentralt både hos ansatte og brukere. Flere ledere i tjeneste psykisk helse og rus beskriver at de selv opplever at oppfølgingen gjennom alternative kontaktformer med brukerne har ivaretatt behovet for oppfølging. Her er det imidlertid ulike oppfatninger av hvorvidt oppfølgingen har vært hensiktsmessig og god nok. Flere antyder at kommunen har vært for restriktive, og hentyder til at dette kan ha ført til isolasjon og

økt uhelse blant brukere. Det synes som hjemmeboende brukere har vært mer utsatt for sårbarhet enn beboere i bemannede boliger, og kommunen beskriver manglende kontakt grunnet at brukere selv ikke har ønsket dette. Soneleder for hjemmebaserte tjenester beskriver at det ikke har vært føringer til tjenesten om at de skulle registrere forverringer hos brukere i perioden. Revisjonen vurderer at kommunen her har et læringspunkt med tanke på om lignende situasjoner skulle oppstå i framtiden. Føringerne fra nasjonale helsemyndigheter har vært tydelige på at tjenestene må gi økt oppmerksomhet for risiko ved utskrivning eller redusert tilbud, samt at kommunen og spesialisthelsetjenesten må ha oversikt over pasienter og brukere for å vurdere risiko og behov for oppfølging. Det framstår som kommunen på dette området ikke har hatt strategier for kartlegging og tilstrekkelig oversikt over risiko og sårbarhet, og heller ikke tilstrekkelig med tiltak på plass for å ivareta de mest sårbare brukerne.

Vi mener at revisjonskriterie 21 delvis er etterlevd.



Kommunen må følge nasjonale råd og anbefalinger for å sikre at tjenestetilbudet til personer med behov for oppfølging innen psykisk helse og rusomsorg blir ivaretatt under pandemien.

11 Konklusjon

Vår undersøkelse viser at kommunen på helse- og omsorgsområdet de siste tre årene ikke har hatt på plass et helhetlig og dokumentert styringssystem etter kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, for tjeneste psykisk helse og rus. Når dette ikke i tilstrekkelig grad har vært på plass, vil det få konsekvenser for flere av leddene i styringssystemet som skal sikre at tjenestetilbudet innen rusomsorgen og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverk og statlige føringer. Mest mangelfullt framstår risiko- og avvikshåndteringen, samt tilstrekkelige rapporteringsrutiner som samlet skal utgjøre et vesentlig kunnskapsgrunnlag i arbeidet med å sikre regeletterlevelsene i tjenestetilbudet. Selv om arbeidet med å etablere et helhetlig styringssystem ble gjenopptatt våren 2022, er revisjonens konklusjon at dette utgjorde en vesentlig mangel under en sårbar periode med pandemi. Undersøkelsen viser samtidig at kommunen har jobbet aktivt med å tilpasse tjenestetilbudet innen psykisk helse og rus etter nasjonale føringer på området, også i selve utformingen av ulike team og soner som dekker sentrale brukergrupper og innsatsområder i tiltakskjeden.

Undersøkelsen viser at kommunen har etablert samarbeid og flere ulike samhandlingsarenaer både internt og med spesialisthelsetjenesten. Samtidig avdekker undersøkelsen at det er sårbarheter i overgangene i tjenestetilbudet til barn/unge og til tjenester for voksne, og i overgangen mellom tjenester for hjemmeboende og tjenestetilbudet i institusjon. Også i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og videre oppfølging i kommunen, viser undersøkelsen tydelig at det er flere risikoområder med tanke på helhet for noen av brukergruppene. Undersøkelsen viser at dette spesielt gjelder manglende tilbud ved behov for overgang til tilrettelagt oppfølging i bemannede boliger. På tjenestenivå viser undersøkelsen at det er etablert god koordinering rundt enkeltbrukere, samtidig som flere ledere etterspør mer strukturert samhandling og informasjonsflyt på systemnivå. Alt i alt mener revisjonen kommunen ikke i tilstrekkelig grad etterlever plikten til å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

Hamar kommune har undertegnet intensjonsavtaler med kommunens Frivilligsentral, samt samarbeidsavtaler med de ideelle stiftelsene Sagatun Brukerstyrt Senter og CRUX. Utover dette er det etablert en rekke aktivitetstilbud i samarbeid med ulike frivillige organisasjoner. Kommunens nåværende strategi for frivilligheten er fra 2010, og revisjonen mener det er bra at kommunen er i ferd med å utarbeide et nytt strategidokument som også bør omfatte samarbeid rundt målgrupper innen psykisk helse og rus. Undersøkelsen synliggjør et ønske fra Frivilligsentralens leder om ytterligere samarbeid med kommunen for å finne gode løsninger rettet mot målgrupper innen psykisk helse og rus. Videre framstår det som de ideelle stiftelsene Sagatun Brukerstyrt Senter og CRUX bidrar med viktige tiltak spesielt på lavterskelnivå, og at mye frivillighet og brukervedvirkning blir mobilisert gjennom tiltakene. På denne bakgrunn mener revisjonen at kommunen i det alt vesentlige legger til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner for å sikre et godt tjenestetilbud.

Undersøkelsen viser at brukervedvirkning er godt ivarettatt vis a vis den enkelte bruker gjennom ulike rutinebeskrivelser og arbeidsmetoder, samt i måten vedtaksbrev er utformet på. Ansettelsen av to erfaringsmedarbeidere med egen brukererfaring styrker, slik revisjonen vurderer det, brukervedvirkningen primært på systemnivå, det vil si at dette utgjør en mer indirekte form for brukervedvirkning. Man planlegger samtidig gjennomføring av brukerundersøkelse i samarbeid med Mental Helse Hamar-Løten, etter 2-3 år hvor slike undersøkelser ikke har blitt gjennomført. Dette er viktig for å sikre en mer omfattende brukervedvirkning også på systemnivå. Gitt eksisterende og igangsatte tiltak mener revisjonen at krav til brukervedvirkning i tilstrekkelig grad er ivarettatt.

Undersøkelsen viser at kommunen har ivarettatt tjenestetilbudet under pandemien jamfør nasjonale råd og anbefalinger på flere områder, og i tett samarbeid med kommuneoverlegen. Dette har bidratt

til at man unngikk store smitteutbrudd. Det kan stilles spørsmål ved om kommunen var for restriktive i sine retningslinjer rundt kontakt med brukerne, samtidig som man heller ikke i tilstrekkelig grad hadde et system for å fange opp og kartlegge forverret tilstand og sårbarhet, spesielt blant hjemmeboende brukere.

12 Anbefalinger

På bakgrunn av undersøkelsen er revisjonens anbefalinger til kommunedirektøren:

Hamar kommune bør sørge for:

- å fullføre arbeidet med å få på plass et fullstendig styringssystem, spesielt med tanke på risiko- og avvikshåndtering, evaluering av risikoområder i organisasjonen, samt rapporteringsrutiner som bidrar til kunnskapsbasert planlegging og sikring av tjenestetilbudet.
- å sikre at samhandling på systemnivå i tilstrekkelig grad bidrar til å styrke og videreutvikle helhet og koordinering i tiltakskjeden, spesielt med tanke på sårbare overganger mellom tjenester til barn/unge og voksne, fra hjem til institusjon, og fra spesialist- til kommunehelsetjeneste og videre oppfølging i bemannede boliger.
- at frivillige tiltak til målgruppen er beskrevet og forankret i aktuelle plandokumenter i kommunen.
- i etterkant av pandemien gjennomgå og evaluere rutiner for risikokartlegging og oppfølging av de mest sårbare brukergruppene innen psykisk helse og rus under pandemien, med hensyn til å forebygge økt uhelse i lignende fremtidige situasjoner.

13 Kommunedirektørens uttalelse

Uttalelse til foreløpig forvaltningsrevisjonsrapport

Vi beklager at svar fra oss ikke har kommet innen gitt tidsfrist.

Uttalelsen til foreløpig rapport vil her komme fra kommunalsjef Helse- og omsorg, og ikke fra kommunedirektør. Dette på grunn av at det har vært et bytte i denne stillingen i Hamar kommune, og at konstituert kommunedirektør ikke har fått gjort seg tilstrekkelig kjent med denne revisjonen og arbeidet rundt dette området.

Denne uttalelsen dreier seg i hovedsak om å beskrive hvordan og omfanget av arbeidet videre med utforming og etablering av et helhetlig styringssystem overordnet for Helse- og omsorg knyttet til konklusjoner i problemstilling 1.

Om det planlegges å iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefalinger, og i så fall hvilke tiltak som planlegges og når de er tenkt gjennomført.

Problemstilling 1

 Kriteriene 1-4 og 6

 Kriterie 5

Tabell under viser en oversikt over planlagte aktiviteter som skal bidra til at Helse- og omsorg overordnet får satt i gang tiltak for å sikre at det blir utformet og etablert et systematisk styringssystem jf forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Arbeidet skal forankres og utarbeides i og av ledergruppa til kommunalsjef Helse- og omsorg – og videre skal arbeidet sikres ute i de enkelte enheter.

Høstens plan for videre arbeid med utforming og etablering av systematisk styringssystem på overordnet for Helse- og omsorg;

Dato:	Agenda:	Hvem:	Kriterie:
10.06.22	Forskrift og veileder; - Hva er et styringssystem? - Hvorfor skal vi ha et styringssystem? - Hvordan etablere et styringssystem? - Hva må på plass for å kunne si at vi har et styringssystem?	Heldagssamling – Ledergruppe til kommunalsjef HO	
29.08.22 30.08.22	Gjennomgang av paragraf for paragraf i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring	Heldagssamling – Ledergruppe til Kommunalsjef HO	
20.09.22	Oppstart og arbeid med § 6a) Mål, oppgaver og organisering; - målformuleringer (SMARTE mål) - måleindikatorer - hvem gjør hva, når og hvordan	Ledergruppe Kommunalsjef HO	1
25.10.22	Arbeide videre med § 6a)	Ledergruppe Kommunalsjef HO	
08.11.22	Oppstart overordnet arbeid med ros- og sårbarhetsanalyse for Helse- og omsorg	Ledergruppe Kommunalsjef HO	2

15.11.22	Avvikshåndtering – gjennomgang av prosedyrer, avviksskjema (oppbygging, områder å melde på)	Ledergruppe Kommunalsjef HO	3
----------	---	--------------------------------	---

Videre arbeid som skal gjennomføres vår 2023

Dato:	Agenda:	Hvem:	Kriterie:
Nov/ des	Utforming og utarbeidelse av oppsett i kvalitetssystemet EQS -	Rådgiver Stab, leder tj.område TFF	
Des	Første gjennomføring av ledelsens gjennomgang – etablering av hvordan dette skal gjennomføres i Helse- og omsorg – og beslutning om hvordan arbeidet videre skal operasjonaliseres ned pr tjenesteområde og i den enkelte enhet (sone/ avdeling)	Ledergruppe til kommunalsjef HO	4, 5, 6
Jan	Oppstart for tjenesteområdene for ledelsens gjennomgang for ledergruppe pr tjenesteområde.	Ledergruppe pr tjenesteområde	

Det har også vært gjennomført heldagssamling x 2 for alle ledere pr tjenesteområde, med tema: Systematisk forbedringsarbeid v/ utviklingssenteret.

Undervisningen tar utgangspunkt i – Forbedringsguiden - <https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/forbedringsarbeid/her-kan-du-laste-ned-forbedringsguiden>

26.09.22 + 03.10.22 – Institusjonstjenesten

09.09.22 + 04.10.22 – Tjenester til hjemmeboende

Tjenester for funksjonshemmede – Ikke gjennomført enda

Om rapporten oppfattes som nyttig for kommunen, og en begrunnelse for hvorfor/ hvorfor ikke.

Rapporten oppleves som nyttig i aller høyeste grad. Med utgangspunkt i dens oppbygging gir den et visuelt, oversiktlig og håndgripelig bilde av situasjonen vi befinner oss i på det aktuelle tjenesteområdet.

Det er veldig nyttig med det digitale tilsnittet – det er viktig å kunne gå videre i innhenting av ytterligere informasjon for leser av rapporten på de ulike områdene omtalt i rapporten.

Dette blir et godt verktøy å ta med seg inn i arbeidet fremover for områdene som skal gjennom et forbedringsarbeid for ytterligere kunne sikre kvalitetssikre og forsvarlige tjenester til våre brukere av tjenesten.

Vedrørende tjenesten

Det skal lages en tidsplan for utarbeidelse av ROS analyser for gruppen »Styrk» og deres oppgaver med brukergruppen pga voldsrisiko. Dette gjennomføres innen utgangen av november 2022.

Vedrørende oppfølging av brukere under pandemien, er vi ikke enige i at den ikke var tilfredsstillende. Tjenesten rus og psykisk helse var i kontakt med alle brukerne og de fikk den oppfølgingen de selv ønsket.

Hamar, 04.10.22

Vigdis Galaaen
Kommunalsjef

14 Referanser

Lovverk og nasjonale føringer

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) (NAV-loven)

Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven)

Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Helsedirektoratet 2013, *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*, Nasjonale faglige retningslinjer IS-1957

Helsedirektoratet 2014, *Veileder IS-2076 Sammen om mestring, Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*

Helsedirektoratet 2016/2017, *Veileder for saksbehandling, Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*, ISBN-nr.: 978-82-8081-432-6

Helsedirektoratet 2017a, *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

Helsedirektoratet 2017b, *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov Nasjonal veileder*
Først publisert: 21. november 2017 Sist faglig oppdatert: 11. februar 2019

Helsedirektoratet 2018, *Helsepersonelloven med kommentarer Rundskriv* Først publisert: 28. juni 2018 Sist faglig oppdatert: 16. mars 2022

Helsedirektoratet 2020, *Koronavirus – beslutninger og anbefalinger Veileder med anbefalinger, beslutninger, råd og opplæringsressurser fra Helsedirektoratet*. Først publisert: 06. mars 2020 Sist faglig oppdatert: 24. februar 2022, Nasjonal veileder

Helse- og omsorgsdepartementet 2019, *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*, Meld. St. 7 (2019-2020)

Helsedirektoratet 2012, IS-1948 Nasjonale faglige retningslinjer, Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling

Helse- og omsorgsdepartementet 2021, Meld. St. 38 (2020 – 2021) Melding til Stortinget *Nytte, ressurs og alvorlighet Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*

Helse- og omsorgsdepartementet 2020-2021, Prop. 92 L (2020 –2021) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.)

Internettadresser

Rapporten Psykisk helse i Norge (FHI, 2018):

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Om rask psykisk helsehjelp:

<https://www.hamar.kommune.no/helseogomsorg/psykisk-helse-og-rus/tjeneste-psykisk-helse-og-rus/>

Om psykoedukasjon:

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/psykoedukasjon-til-akuttpsykiatriske-pasienter>

Om enkeltvedtak ifm. utredning, diagnostisering og behandling:

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-helse-og-omsorgstjenester-og-transport/forvaltningslovens-anvendelse>

Om matriseorganisering:

<https://ndla.no/nb/subject:1:433559e2-5bf4-4ba1-a592-24fa4057ec01/topic:2:183188/topic:2:117506/resource:1:97728>

Om begrepet «medforsker»:

<https://erfaringskompetanse.no/nyheter/forskeren-forklarer-brukermedvirkning-i-forskning/>

Om individuell jobbstøtte:

<https://napha.no/content/20131/individuell-jobbstotte-ips>

Om tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB):

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/om-tsb/introduksjon-til-tsb>

Om legemiddelassistert behandling (LAR):

<https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar/>

Om FACT - Flexible Assertive Community Treatment:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>

Frivillig organisasjoner og hjelpeinstanser på kommunens hjemmeside:

<https://www.hamar.kommune.no/helseogomsorg/psykisk-helse-og-rus/nyttige-nettsider/>

Om pakkeforløp:

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/>

Om Min plan:

<https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/min-plan-norsk-app-for-kriseplan>

Om tilbagemeldingsvertøyet FIT:

<https://napha.no/fit>

Om stiftelsen CRUX:

<https://stiftelsen-crux.no/om-crux>

Om VTO-ordningen:

<https://www.nav.no/no/bedrift/inkluderende-arbeidsliv/varig-tilrettelagt-arbeid-i-ordinaer-virksomhet-vta-o>

Om virkemiddel mot overdose:

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/overdose-lokalt-forebyggende-arbeid/nalokson-nesespray-motgift-mot-overdose>

Dokumentasjon fra kommunen

Hamar kommune 2022, Lokal rutine for beskrivelse av tjenestene og lovmessige avklaringer i Tjeneste for psykisk helse og rus i Vangsvegen 121, gyldig fra 5.5.2022

Hamar kommune, Ansvarsområder ledelse og stab i Tjeneste for Psykisk helse og rus (udatert)

Hamar kommune 2022, Lokal rutine for stillingsbeskrivelse i Samtaleteamet, gyldig fra 5.5.2022

Hamar kommune 2022, Lokal rutine for arbeidsbeskrivelse Samtaleteamet, gyldig fra: 27.04.2022

Hamar kommune 2022, Lokal rutine for Forsterket Funksjon gyldig fra: 16.02.2022

Hamar kommune 2022, Lokal rutine for møtestruktur for teamene STYRK, Samtaleteam, Aktivitet og Mestring og Ledergruppe - Tjeneste for psykisk helse og rus i Vangsveien 121, gyldig fra 24.5.2022

Hamar kommune 2022, Helhetlig ROS-analyse 2022, hovedrapport

Hamar kommune, Overordnet styringssystem (udatert)

Hamar kommune 2022, Lokal rutine for avvikshåndtering, anmeldelse og ivaretagelse av ansatt, gyldig fra 5.5.2022

Hamar kommune 2022, Lokal rutine for klageadgang - Helse- og omsorgstjenester, gyldig fra 5.5.2022

Hamar kommune 2022, Årlig overordnet Kompetanseplan 2022

Hamar kommune 2022, Kopi av antall avvik 2021, exel-skjema

Hamar kommune 2022, Kompetanse Årshjul, gyldig fra: 10.01.2022

Hamar kommune 2022, Kartleggingsskjema kompetansebehov 2022

Hamar kommune 2022, Lokal rutine for Mestringskurs, gyldig fra 5.5.2022

Hamar kommune 2022, Lokal rutine for ivaretagelse av bruker i isolasjon eller karantene, gyldig fra 05.05.2022

Hamar kommune 2022, Lokal rutine for smittevern Covid-19 pandemi, gyldig fra 5.5.2022

Hamar kommune 2022, Internkontroll – Håndtering av avvik i helse og omsorg – prosedyre, gyldig fra 23.8.2022

Hamar kommune 2021, Arbeidsbeskrivelse Oppfølgingsteamet STYRK, gyldig fra: 06.12.2021

Hamar kommune 2021, Årlig overordnet Kompetanseplan 2021

Hamar kommune 2021, Innmeldte kompetansebehov 2021

Hamar kommune 2021, Koordinators rolle, prosedyre gyldig fra 23.05.2020

Hamar kommune 2021, Verktøy for koordinering og Individuell plan, prosedyren gyldig fra 10.03.2021

Sykehus-Innlandet 2021, Samarbeid - Akuttinnleggelser i psykisk helsevern, gjelder fra 28.10.2021

Hamar kommune 2020, Alkoholpolitiske handlingsplan, vedtatt av Hamar kommunestyre 24.06.20.

Hamar kommune 2020, Delegering av kommunedirektørens myndighet reglement for Hamar kommune, vedtatt av kommunedirektøren 15. mai 2020

Hamar kommune 2020, Kompetansebehov 2020

Hamar kommune 2020, Stillingsbeskrivelse Rådgiver Koordinerende enhet, gyldig fra: 03.06.2020

Hamar kommune 2020, Rutine for å oppnevne koordinator, gyldig fra 12.03.2020

Hamar kommune 2020, Intensjonsavtale Hamar kommune og Hamar Frivilligsentral, undertegnet 16.6.2020

Samarbeidsavtale mellom Hamar kommune og Sagatun brukerstyrte senter, undertegnet 20.1.2020

Avtale om drift av tiltak mellom Hamar kommune og CRUX Hamartiltakene, undertegnet 15./17.9.2020

Samarbeidsavtale mellom HamKam fotball og Hamar kommune v/Tjeneste Psykisk helse og rus om Gatelag, datert 27.05.20

Samarbeidsavtale (FACT) mellom Ringsaker, Hamar, Stange og Løten kommune, NAV Innlandet, Sykehus Innlandet, Elverum-Hamar DPS, datert desember 2020

Ulike delavtaler mellom kommunen og Sykehus Innlandet (2019-2023)

Hamar kommune 2018, *Kommunedelplan for helse og omsorg 2018-2030*, Revidert i 2017/18 Komite for helse og levekår Vedtatt 20.06.2018 Hamar kommunestyre

Hamar kommune 2018, Prosedyre for journalføring/dokumentasjon i GERICA, gyldig fra: 10.07.2018

Hamar kommune 2015, EQS-brukerveiledning, Helse og omsorg – Opprette tiltak, sist revidert 21.9.2015

Vedlegg A: Revisjonskriterier

Om utledningen av revisjonskriterier

I dette dokumentet presenterer vi grunnlaget for de revisjonskriteriene som vi ønsker å anvende i forvaltningsrevisjonsprosjektet: **Samhandling innen rusomsorg og psykisk helsearbeid i Hamar kommune.**

Revisjon Øst IKS forholder seg til Norges kommunerevisorforbunds standard for forvaltningsrevisjon, kalt RSK 001, som førende for kvalitetssikringen i gjennomføringen av forvaltningsrevisjonsprosjekter. Av denne standarden fremgår det at det skal utarbeides revisjonskriterier for problemstillingene som skal vurderes i et forvaltningsrevisjonsprosjekt. Revisjonskriterier er krav og forventninger som den eller de kontrollerte enhetene skal revideres/vurderes i forhold til. Revisjonskriteriene må være relevante, konkrete og i samsvar med kravene og føringene som gjelder for den eller de enhetene som skal revideres.

I dette dokumentet presenterer vi våre kriterier for forvaltningsrevisjonen «Samhandling innen rusomsorg og psykisk helsearbeid i Hamar kommune». Dokumentet vil likevel legges ved i prosjektets sluttrapport. For å sikre en god forankring av prosjektets vurderinger, blir revisjonskriteriene som hovedregel sendt til kommunedirektøren, som øverste ansvarlige leder for kommunens administrasjon. Kommunedirektøren kan delegere gjennomgangen av kriteriene til andre i kommuneadministrasjonen, som for eksempel til den eller de enheter som skal kontrolleres.

Når vi oversender revisjonskriteriene ber vi om en tilbakemelding på om kommunedirektøren/revidert(e) enhet(er) opplever kriteriene som relevante for hvilke krav som kan stilles overfor tjenesteområdet.

For kriteriene i dette dokumentet har vi tatt utgangspunkt i relevant lovverk med forskrifter, nasjonale føringer og veiledere, samt i kommunale føringer gitt i Kommunedelplan for helse og omsorg 2018-2030 (Hamar kommune 2018). Helsedirektoratets veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne fra 2014, «Sammen om mestring», står sentralt i gjennomgangen av føringer på området⁶⁴. Oversikt over kildene finnes i slutten av dokumentet. Av hensyn til revisjonens omfang vil det være aktuelt å avgrense hva vi undersøker. Vi tar derfor forbehold om at vi ikke nødvendigvis vil foreta vurderinger av samtlige av de fremsatte revisjonskriteriene.

Bakgrunn for bestillingen

Kontrollutvalget i Hamar kommune fattet 7. desember 2021, sak 73/21, vedtak om å bestille en forvaltningsrevisjon rettet mot samhandling innen rusomsorg og psykisk helsearbeid. I forbindelse med behandling av prosjektplanen 17. januar 2022, sak 05/22, kom et samlet kontrollutvalg med innspill på at samarbeid/samhandling med frivillige organisasjoner måtte fremheves ved at en tar inn en egen problemstilling som omhandler dette. Etter dialog med kontrollutvalget er formålet med forvaltningsrevisjonen:

... å se etter at kommunen arbeider med å sikre at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykiske helsetjenester har et helhetlig og koordinert tilbud som er i tråd med lovverket og statlige føringer. Dette med fokus på kvalitetsarbeid,

⁶⁴ Revisjonen har i e-postkorrespondanse med Nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsearbeid (NAPHA), fått bekreftet at veilederen fortsatt er den mest brukte i kommunene. Veilederen er nå under revidering og den nye oppdaterte versjonen skal være klar til i februar 2023.

samhandling og brukermedvirkning. Det er også et formål å se hvordan tjenestene er ivaretatt under koronapandemien.

Formålet belyses gjennom å besvare følgende problemstillinger:

1. Hvordan sikrer Hamar kommune at tjenestetilbudet innen rusomsorg og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverket og statlige føringer?
2. I hvilken grad sikrer Hamar kommune at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud?
3. Legges det til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner for å sikre et godt tjenestetilbud?
4. Etterlever Hamar kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?
5. Hvordan er tjenestene innen rusomsorg og psykisk helsearbeid blitt ivaretatt under koronapandemien?

Målgruppe og avgrensninger

Undersøkelsens primære målgruppe er voksne fra 18 år, men tjenestetilbudet til unge ned til 16 år vil i enkelte tilfeller likevel inkluderes, særlig for å kunne belyse samhandling rundt overgangen i tjenestetilbudet fra barn/unge til voksne. Spesielt er dette aktuelt under problemstilling 2 i undersøkelsen, som omhandler et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

For problemstillingene 1 og 3-5 er virksomhet psykisk helse og rus den sentrale undersøkelsesenheten, og innebærer at datainnhentingene primært avgrenses til denne virksomheten. Der det vurderes som hensiktsmessig vil revisjonen likevel innhente data fra andre virksomheter, noe som kan være aktuelt blant annet under problemstilling 5.

Utleddning av revisjonskriterier

Retten til nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester

Tjenestetilbudet til personer med psykisk sykdom og/eller med rusmiddelproblemer er regulert av det samme lovverket som gjelder for resten av befolkningen. Helse- og omsorgstjenesteloven (hol) og pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) beskriver henholdsvis kommunens *plikt til å tilby*, og innbyggernes *rett til å motta* et forsvarlig tjenestetilbud. Det betyr at alle personer som oppholder seg i en kommune har grunnleggende rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester (hol § 3, 1. og 2. ledd) og at kommunen har et overordnet ansvar for å tilby slike tjenester. Bestemmelsen om forsvarlighet (hol § 4-1) innebærer at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a) den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b) den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c) helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d) tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Lov om helsepersonell mv. (hpl) § 4 beskriver likeledes at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Ifølge kommentarer til lovens § 3 (definisjoner) regnes alt personell som arbeider innenfor helse- og omsorg i kommunene som helsepersonell⁶⁵.

Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1

Problemstilling 1:

Hvordan sikrer Hamar kommune at tjenestetilbudet innen rusomsorg og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverket og statlige føringer?

For å belyse hvorvidt kommunen sikrer et tjenestetilbud i tråd med lov og forskrift legger vi i undersøkelsen til grunn at kommunen har etablert et internkontrollsystem, jamfør internkontrollbestemmelsen i hol § 3-1, 3. ledd:

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Nærmere bestemmelser om plikten til internkontroll gis i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Forskriftens formål er:

å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Internkontroll er med andre ord nært knyttet til det å oppnå kvalitet i tjenestene. Ifølge forskriften § 3 er det den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften⁶⁶. Medarbeiderne i virksomheten skal også medvirke til dette. I undersøkelsen legger vi til grunn at den som har overordnet ansvar for virksomhetens internkontroll har etablert et styringssystem⁶⁷. Styringssystemet skal bidra til at det til enhver tid arbeides systematisk for å sikre kvaliteten på tjenestene. Styringssystemet skal også sikre at kommunens egne målsettinger på området følges opp. I det følgende omtaler vi nærmere de ulike internkontrollpliktene i forskriften; plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Eventuelle utdypninger tar utgangspunkt i Helsedirektoratets

⁶⁵ Intensjonene tilsier at personell i helse- og omsorgstjenesten som har pasientkontakt må innrette sin yrkesutøvelse som helsepersonell, dvs. etter kravene til forsvarlighet mv. Sosionomer og barnevernspedagoger vil kunne være helsepersonell når de utfører pasientrettet, klinisk arbeid innenfor helse- og omsorgstjenesten. Eksempler på annet personell som vil kunne omfattes, er medisinske fysikere i sykehus, ufaglært personell eller andre som med spesiell kompetanse eller etter opplæring yter helsehjelp. (Helsepersonelloven med kommentarer): <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/lovens-formal-virkeomrade-og-definisjoner#paragraf-3-definisjoner> [11.3.2022]

⁶⁶ Oppgavene i styringssystemet vil ofte være delegert. Hvem som skal gjøre hva vil med andre ord variere etter hvilke oppgaver som er innenfor virksomhetens ansvarsområde, hvordan virksomheten er organisert og hvordan oppgaver er delegert (Ledelse og kvalitetsforbedring - Veileder til lov og forskrift)

⁶⁷ Styringssystem for helse- og omsorgstjenesten er den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller medhold av helse- og omsorgslovgivningen (ibid).

veileder fra 2017: «Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten – Veileder til lov og forskrift», heretter kalt veilederen.

§ 6 a. til g. forskriftsfester plikten til å **planlegge**. Plikten innebærer blant annet å ha et system for å holde oversikt, samt sikre kunnskap og informasjon, i tråd med relevant regelverk, retningslinjer, veiledere, samt kommunens egne målsettinger. Virksomheten må videre ha rutiner for å følge med på, fange opp og implementere endringer i regelverket. Virksomhetens mål, oppgaver og organisering, relevant regelverk, kompetansebehov blant ansatte, samt områder hvor det er risiko for svikt og avvik bør være elementer i denne oversikten. Veilederen utdyper at god oversikt er en forutsetning for å kunne styre og lede en virksomhet på en god og forsvarlig måte, og at oversikten bør brukes for å planlegge for fremtiden.

§ 6 d. og e. omhandler plikten til å ha et system for å gjøre risikovurderinger som en kontinuerlig prosess, samt å planlegge hvordan risiko innenfor aktuelle områder kan minimaliseres. Veilederen utdyper at risikofaktorer forbundet med samhandling og overgangen mellom ulike tjenestetilbud internt og eksternt særlig bør vektlegges. Pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere vil kunne bidra med verdifull innsikt om risiko, og deres erfaringer og innspill bør derfor systematisk etterspørres og brukes, samt resultater fra avviks- og meldesystemet.

For å kunne gi helsepersonell rammebetingelser som gjør det mulig å opptre i samsvar med helsepersonellovens krav, må øverste leder videre ha oversikt over helsepersonellens kompetanse og behov for opplæring (§ 6 f).

Veilederen presiserer at en godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder ifra om uønskede hendelser (jf. § 6 g.), er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik. Øverste leder må sikre at det finnes en slik oversikt over avvik, og sørge for at ulike tilbakemeldinger, også fra pasienter og pårørende, er tilgjengelige og trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver. Dette kan gjøres både gjennom årlige undersøkelser og løpende gjennom faste møtearenaer.

I § 7 a. til e. forskriftsfestes plikten til å **gjennomføre** virksomhetens aktiviteter. Gjennomføringsplikten innebærer blant annet at øverste leder må legge til rette for at virksomhetens ledere og ansatte enkelt kan finne frem til oppgaver, organisering og planer som gjelder for dem. Implementering av planer for videreutvikling og forbedring, bør ifølge veilederen vies særlig oppmerksomhet fra ledere på alle nivåer. Relevante interne dokumenter som kan bidra til å sikre gjennomføringsplikten er blant annet delegasjonsreglement og ulike funksjonsbeskrivelser.

§ 7 b. omhandler plikten til å gjennomføre tiltak som sikrer nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeiderne. I kravet ligger det en forutsetning om at kompetansebehovet kartlegges, samt å sørge for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning innen sitt fagfelt.

På bakgrunn av oversikten over risikoområder bør virksomheten iverksette tiltak som er nødvendige for å lukke avvik og forebygge svikt (§ 7 c.).

Aktiv involvering og medvirkning både fra medarbeidere og fra pasienter, brukere og pårørende er en viktig forutsetning for å lykkes i å forbedre virksomheten (§ 7 d. og e). Det er medarbeiderne som vet hvor problemer og utfordringer oppstår i den daglige driften, og brukere, pasienter og pårørende som vet hvordan tjenestetilbudet oppleves. Eksempler veilederen beskriver som kan tilrettelegge for medvirkning er etablering av forbedringsgrupper, medarbeidersamtaler, og gjennom etablering av brukerråd eller brukerutvalg.

Plikten til å **evaluere** virksomhetens aktiviteter beskrives i forskriftens § 8. Plikten innebærer både aktiviteter for å kontrollere at oppgaver og planer gjennomføres i henhold til ulike mål og frister, samt å vurdere effekten av gjennomføringen. En aktiv bruk av lokal statistikk og informasjon om egen virksomhet er noe av det veilederen fremhever som en forutsetning for å kunne vurdere effekt av gjennomføringen. Dersom evalueringene avdekker at iverksatte tiltak ikke fungerer etter hensikten, må det igangsettes forbedringstiltak.

Øverste leder har ifølge § 8 d. ansvaret for å sikre at pasienter, brukere og pårørende blir involvert i evalueringen av virksomheten. Det innebærer blant annet at ledelsen systematisk gjennomgår klager og andre tilbakemeldinger.

Ledelsen skal videre ifølge forskriftens § 8 e. minst én gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet. Gjennomgangen skal besvare om ønskede mål og resultater oppnås, om gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger overholdes, og om styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Plikten til å **korrigere** virksomhetens aktiviteter er forskriftsfestet i § 9 a. til c. Plikten innebærer å rette opp uforvarslelige og lovstridige forhold, samt å sørge for korrigerende tiltak og å forbedre rutiner og prosedyrer. Oppfølgingstiltak veilederen beskriver vil både kunne innebære enkelte strakstiltak, men også større systematiske prosesser for å endre eksisterende arbeidsprosesser og rutiner.

På bakgrunn av gjennomgåtte føringer er følgende revisjonskriterier utledet for problemstilling 1:

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
Hvordan sikrer Hamar kommune at tjenestetilbudet innen rusomsorg og psykiske helsetjenester er i tråd med lovverket og statlige føringer?	Kommunen må etablere et styringssystem som bidrar til at virksomheten arbeider systematisk for å sikre kvalitet i tjenestene, i henhold til de krav som stilles i lov, forskrift og i statlige føringer, herunder 1. planlegge aktiviteter på bakgrunn av oversikt og innhentet kunnskap om blant annet mål, oppgaver, organisering, regelverk, kompetansebehov, brukererfaringer, risikoområder og avvik, 2. fange opp risikofaktorer, særlig i forbindelse med samarbeid og overganger, og planlegge tiltak for å redusere risiko, 3. gjennomføre aktiviteter ved å tilgjengeliggjøre virksomhetens oppgaver, organisering og planer, iverksette kompetansetiltak og tiltak for å lukke avvik og forebygge svikt, 4. evaluere aktiviteter gjennom kontroll og vurdering av de gjennomførte aktivitetenes effekt, ved blant annet bruk av lokal statistikk og informasjon om egen virksomhet, 5. minst én gang årlig gjennomgå hele styringssystemet for å vurdere om ønskede mål og resultater oppnås, 6. rette opp uforvarslelige forhold med korrigerende kort- og/eller langsiktige tiltak, 7. sikre medvirkning fra medarbeidere og brukere/pasienter og pårørende i alle faser av forbedringsarbeidet.

Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 2

Problemstilling 2:

I hvilken grad sikrer Hamar kommune at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud?

For å belyse i hvilken grad kommunen sikrer at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud legger vi til grunn at kommunen tilrettelegger for samhandling slik loven forutsetter (hol § 3-4):

Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.

Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Loven legger med andre ord til grunn at kommunen skal samhandle både med tjenester internt og med fylkeskommunale og statlige tjenester og helseforetak. Når det gjelder sistnevnte samarbeid, har kommunen og det regionale helseforetaket en lovfestet plikt til å inngå en samarbeidsavtale hvor målsettingen er å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (hol § 6-1). Loven definerer ulike krav til avtalens innhold (hol § 6-2), blant annet at den skal beskrive:

- retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
- retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
- samarbeid om forebygging.

Loven beskriver videre at avtalen må klargjøre ansvarsforholdene når det avtales samarbeidstiltak mellom kommunen og helseforetaket⁶⁸. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) beskriver at samhandlingen kan innebære alt fra enkeltstående henvisninger til samhandling i team hvor man har mer felles eierskap og ansvar for hjelpen, for eksempel i form av ansvarsgrupper. Den mest forpliktende formen for samhandling skjer i samorganiserte team på tvers av tjenestenivå (for eksempel oppsøkende behandlingsteam som ACT/FACT-team)⁶⁹. Utover dette vil spesielt Distrikts-psykiatrisk senter (DPS), og Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), som begge gir poliklinisk spesialisthelsetilbud innenfor psykisk helsevern, være sentrale samarbeidsparter for kommunen.

⁶⁸ Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 utdyper ansvarsforholdene mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Her beskrives det at spesialisthelsetjenesten skal innrette sitt tilbud mot de som har størst hjelpebehov, og skal støtte og veilede de kommunale tjenestene. Kommunene skal gi et tilbud til de som har lettere til moderate psykiske helseutfordringer. Tverrfaglige team på tvers av nivåene skal ivareta behovene til pasienter med store og sammensatte behov, der det er hensiktsmessig. Spesialisthelsetjenesten skal møte pasientene i større grad der folk bor sammen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kompetanse skal deles på tvers.

⁶⁹ <https://napha.no/content/13893/samhandling> ACT- og FACT-team er tverrfaglige team som retter seg mot personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk.

Samarbeidet skal skape kontinuitet og felles mål i tilbudet til brukerne, og kan skje i flere ulike former, for eksempel i ulike samarbeidsfora, kontaktmøter og samhandlingsteam der både kommune og DPS/BUP deltar.

Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring» fra 2014, beskriver bredden av kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenester og aktører som kan inngå i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid⁷⁰. I det forebyggende arbeidet nevner veilederen også brukerorganisasjoner og ideelle frivillige organisasjoner som sentrale aktører. Kommunens lovfestede plikt til å legge til rette for samarbeid med de sistnevnte (hol § 3-10), utdypes nærmere under problemstilling 3.

Revisjonen vurderer at de mest sentrale tjenestene i undersøkelsen av kommunens helhetlige og koordinerte tjenestetilbud framkommer av kommunens organisasjonskart over kommunalområdene helse og omsorg, opplæring og oppvekst, by, miljø og arbeid, samt stabsfunksjoner⁷¹. Under kommunalområdet helse og omsorg finner man blant annet psykisk helse og rus og rehabilitering, mens for eksempel barnevern er en aktuell aktør innen kommunalområde opplæring og oppvekst. NAV-kontoret og bolig-kontoret er organisatorisk plassert i kommunalområde by, miljø og arbeid, mens samfunnsmedisin er plassert i stab.

I et helhetlig tilbud skal det også samhandles om forebygging. Forebyggende arbeid er viktig blant annet fordi symptomer på begynnende helseproblemer i mange tilfeller først oppdages av aktører utenfor helsetjenestene. Et eksempel er barn og ungdom som står i fare for å falle ut av utdanningsløp. Her bør kommunale instanser som helsetjenestene, barnevernet, NAV og utdanningssektoren inngå et forpliktende samarbeid for å fange opp de det gjelder. Behovet for et forpliktende samarbeid beskrives i den nasjonale veilederen fra Helsedirektoratet: «Oppfølging av personer med store og sammensatte behov» (2017)⁷². Også Hamar kommunes Kommunedelplan for helse og omsorg 2018-2030 (heretter kalt kommunedelplanen) beskriver behovet for samhandling i det forebyggende arbeidet:

Skolehelsetjenesten og forebyggende arbeid innen rus og psykisk helse skal styrkes de kommende årene. Hamar kommune skal forbedre oppfølging av ungdom som ikke mestrer hverdagslivet og som har utviklingsrelaterte diagnoser.

Det helsefremmende og forebyggende arbeidet skal styrkes i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Dette vil øke livskvaliteten og gjøre flere mer selvhjulpne. [...] Lavterskeltilbud innen psykisk helse skal bygges ut.

Som et av tiltakene i kommunedelplanen nevnes det å «[u]tvikle et bredt lavterskeltilbud innen psykisk helse i samarbeid mellom frisklivscentralen og psykisk helseteam». Revisjonen legger i undersøkelsen til grunn at kommunen har etablert samhandling og iverksatt tiltak for å styrke det helsefremmende

⁷⁰ Tjenester veilederen nevner er: Helse og omsorgstjenesten i kommunen, enhet for psykisk helsearbeid og/eller rusarbeid, fastlegen, lavterskel helsetilbud til personer med alvorlige og langvarige rusmiddelproblemer, psykologer i kommunens helse- og omsorgstjenester, rask psykisk helsehjelp, ergo- og fysioterapitjenesten, rehabilitering, frisklivscentralen, koordinerende enhet, møteplasser og aktivitetstiltak, lærings- og mestringstilbud, kommunale psykososiale kriseteam, krisesenter, overgrepsmottak, barneverntjeneste, helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT), svangerskap- og barselomsorg, asylmottak, NAV-kontorene, fylkeskommunal tannhelsetjeneste, lærings- og mestringstilbud i helseforetakene, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern, øyeblikkelig hjelp, familievernkontoret og kriminalomsorgen (Helsedirektoratet 2014).

⁷¹ Se Vedlegg

⁷² Veilederen er ett av flere tiltak for å følge opp primærhelsemeldingen, Meld.St. nr. 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste».

og forebyggende arbeidet, samt lavterskeltilbudet til personer med rus- og psykisk helserelaterte utfordringer slik kommunedelplanen skisserer.

Fastlegen er for mange brukere den mest stabile kontakten i tjenestene, og det er fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste. Dette innebærer at fastlegen har ansvar for å ivareta et helhetlig perspektiv, og skal henvise sine pasienter til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester ved behov. For å ivareta den medisinskfaglige koordineringen for pasienten må fastlegen motta informasjon fra andre behandlere. Fastlegens arbeid er dermed en viktig del av det samlede psykiske helsearbeidet og rusarbeidet i kommunen (Helsedirektoratet 2014). Forskrift om fastlegeordningen § 8 definerer kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom fastlegen og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegen i det øvrige helse- og omsorgstilbudet.

NAV-kontoret skal ivareta kommunens oppgaver etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette omfatter opplysning, råd og veiledning, herunder økonomisk rådgiving, økonomisk stønad, midlertidig botilbud, individuell plan og kvalifiseringsprogram. I en avtale mellom NAV og kommunen skal det blant annet defineres hvordan kontoret skal samhandle med representanter for kontorets brukere og kommunens øvrige tjenestetilbud.⁷³ Ett av målene er å gi personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer som ønsker det, anledning til å gjennomføre utdanning eller delta i arbeidslivet (Helsedirektoratet 2014).

For å kunne vurdere hvorvidt kommunen sikrer et helhetlig og koordinert tjenestetilbud legger revisjonen til grunn at kommunen har en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet (hol §7-3). Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Enheten skal også ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter hol §§ 7-1 og 7-2 (omtales ytterligere i kapittel 3.4).

I forbindelse med utviklingen av ulike pakkeforløp⁷⁴ er det etablert en ordning med forløpskoordinatorer. Forløpene inkluderer også rehabilitering og oppfølging ut over den medisinske utrednings- og akuttfasen. Pasientene vil dermed også oppfylle vilkårene for individuell plan og koordinator. I den perioden hvor personen følges opp gjennom pakkeforløpet vil det være naturlig at det er forløpskoordinatoren som ivaretar den lovpålagte koordinatorrollen. Ved behov er det viktig å sikre sammenheng i overgangen fra pakkeforløp til videre rehabilitering og oppfølging gjennom individuell plan og/eller koordinator i kommunen (Helsedirektoratet 2017b).

Brukere som opplever tilbakevendende kriser som krever rask og kompetent intervensjon, bør i tillegg få utarbeidet en kriseplan⁷⁵. Kriseplanen bør presisere varselsymptomer, hvilke tiltak som skal settes inn og hvem som skal kontaktes. Den bør være praktisk og konkret, med navngitte tjenesteytere og telefonnummer. Planen kan spesifisere samhandlingsmønsteret for krisesituasjoner ved å presisere når en skal involvere ansatte i henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kriseplan bør inngå i en individuell plan (Helsedirektoratet 2014).

⁷³ Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen av 16.6.2006 nr. 20 (NAV-loven) § 14

⁷⁴ <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/>

⁷⁵ Retningslinjer Nasjonale faglige IS-1957 Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, Helsedirektoratet 2013

For å kunne vurdere om tjenestetilbudet som gis er helhetlig og koordinert, legger revisjonen til grunn at kommunen innhenter og evaluerer pasient- og brukererfaringer som kan belyse dette, som en del av kommunens kvalitetsarbeid omtalt i kapittel 3.2.

Når det ytes helsehjelp der det er flere ulike aktører inne i bildet vil det være hensiktsmessig å samarbeide om journalføringen. Dette reguleres i pasientjournalloven § 9 om samarbeid mellom virksomheter om behandlingsrettede helseregistre, hvor det blant annet heter at virksomhetene skal inngå skriftlig avtale om hva samarbeidet omfatter, hvordan pasientens eller brukerens rettigheter skal ivaretas, og hvordan helseopplysningene skal behandles og sikres, også ved endringer i eller opphør av samarbeidet.

På bakgrunn av gjennomgåtte føringer er følgende revisjonskriterier utledet for problemstilling 2:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
I hvilken grad sikrer Hamar kommune at pasienter/brukere innen rusomsorg og psykiske helsetjenester får et helhetlig og koordinert tilbud?	Kommunen må legge til rette for samhandling med deltjenester internt i kommunen og med andre eksterne tjenesteytere/etater for å bidra til helhetlige og koordinerte tjenester, herunder 8. etablere samhandlingsarenaer og formalisere samarbeidet gjennom avtaler og rutiner, blant annet med NAV-kontoret, fastlegene og spesialisthelsetjenesten, 9. følge opp kommunens egne vedtatte mål for samarbeid rundt helsefremmende og forebyggende tiltak og lavterskeltilbud, 10. ha en koordinerende enhet med overordnet ansvar for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinatører, 11. sikre gode overganger mellom pakkeforløp og videre oppfølging i kommunen, 12. ved behov utarbeide kriseplaner som spesifiserer samhandling og ansvar for ulike aktører, 13. sikre at samarbeid om journaler og utveksling av informasjon er i tråd med lovverket, 14. innhente pasient/brukererfaringer for å evaluere om tjenester og samhandling bidrar til helhet og koordinering.

Utleddning av revisjonskriterier for problemstilling 3

Problemstilling 3:

Legges det til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner for å sikre et godt tjenestetilbud?

I henhold til loven skal kommunens helse- og omsorgstjenester legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene (hol § 3-10). Helsedirektoratets veileder om lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, fremhever at god samhandling forutsetter oversikt over frivillige og ideelle aktører lokalt og

regionalt, og at frivillige tiltak inkluderes i kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplaner⁷⁶ og øvrig relevant planverk. Videre bør tjenesteapparatet informere og oppmuntre brukerne til å ta kontakt med brukerorganisasjonene, brukerstyrte sentre, selvhjelpsgrupper eller andre frivillige organisasjoner, og eventuelt bidra til å opprette kontakten. Brukerorganisasjoner og andre frivillige organisasjoner driver et utstrakt likemannsarbeid, og samler og deler erfaringer fra samarbeid med de kommunale psykisk helse- og rustjenestene⁷⁷. Organisasjoner som Mental Helse, tilbyr opplæring i rollen som brukerrepresentant, og gir representantene et nettverk som kan styrke den enkelte i rollen. Kommunene bør også sammen med organisasjoner og brukere utvikle inkluderende frivillige tilbud, som for eksempel arbeidsrettede tiltak. «Fontenehus» er et eksempel på dette, og drives etter en internasjonal modell for rehabilitering av mennesker med psykiske helseproblemer gjennom brukerstyrte klubbhus.

I Hamar kommunes kommunedelplan 2018-2030, heter det at kommunen ønsker å inngå mer forpliktende samarbeid med frivillige organisasjoner, blant annet ved å styrke frivilligsentralens koordinerende rolle. Kommunedelplanen beskriver videre at kommunen har som mål å samarbeide med ideelle organisasjoner om å gi gode tjenester til utvalgte grupper, og at ideelle organisasjoner er betydelige tjenesteleverandører på oppdrag eller etter avtaler med kommunene. For målgruppen innen psykisk helse nevnes spesielt Stiftelsen Brukerstyrt senter (Sagatun brukerstyrt senter) som et viktig tilbud. Som et av flere utviklingstiltak i perioden 2018-2021 definerer kommunedelplanen at kommunen vil «[i]nngå avtaler om formelt samarbeid med frivillige organisasjoner». For øvrig heter det at Frivillighetspolitikken i Hamar (2010) er plattformen for samarbeidet mellom kommunen og frivillige lag og foreninger.

På bakgrunn av gjennomgåtte føringer er følgende revisjonskriterier utledet for problemstilling 3:

Problemstilling 3	Revisjonskriterier
Legges det til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner for å sikre et godt tjenestetilbud?	15. Kommunen må ha oversikt over frivillige og ideelle aktører lokalt og regionalt. 16. Frivillige tiltak må inkluderes i kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplaner og øvrig relevant planverk. 17. Kommunen bør bidra til å formidle kontakt mellom bruker og frivillige organisasjoner. 18. Kommunen bør inngå forpliktende samarbeid med frivillige organisasjoner.

⁷⁶ Etter alkoholovens § 1-7d er kommunene pålagt å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan. I de fleste tilfeller er det naturlig å se denne planen i sammenheng med kommunens øvrige rusmiddelpolitikk, og se alle kommunens ansvarsområder innen rus i en sammenheng. <https://www.korus-sor.no/rusmiddelpolitiske-handlingsplaner/>

⁷⁷ Temaside utarbeidet i samarbeid mellom NAPHA og Mental Helse: <https://napha.no/content/25017/brukermedvirkning-nar-tjenester-utformes>

Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 4

Problemstilling 4: **Etterlever Hamar kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?**

I vurderingen av hvorvidt krav til brukermedvirkning etterleves, legger revisjonen til grunn at kommunen følger bestemmelser om dette i pasient- og brukerrettighetsloven (pbl) og helse- og omsorgstjenesteloven (hol). Pbl § 3-1 beskriver retten til brukermedvirkning på individnivå:

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Pasienten har også rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (pbl § 3-2)⁷⁸.

Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne utdyper ulike virkemidler kommunen kan benytte i det systematiske arbeidet med brukermedvirkning. Individuell plan (IP) og koordinator er et slik virkemiddel, og er en rettighet for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (pbl §§ 2-5, 2-5b). Retten til å få utarbeidet individuell plan er også hjemlet i NAV-loven, som beskriver at «[k]ontoret skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder» (§ 15). IP skal utarbeides sammen med bruker og skal gjenspeile brukerens behov, ønsker og mål. Planen skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke fra brukeren eller den som kan samtykke på vegne av brukeren. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning brukeren og pårørende selv ønsker det. Kommunen skal videre tilby koordinator uavhengig av om brukeren ønsker en IP. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan (Helsedirektoratet 2014). I Hamar kommunes kommunedelplan beskrives individuell plan som et viktig verktøy for å sikre brukermedvirkning i utformingen av tjenestetilbudet til den enkelte bruker; «Gjennom individuell plan skal brukerens innflytelse på egen situasjon styrkes».

En annen arbeidsmetode for å systematisere brukermedvirkning som veilederen beskriver er bruk av nettverksmøter. Nettverksmøter skal ha fokus på brukerens ressurser, styrker og muligheter. Metoden innebærer at brukerens nettverk involveres og motiveres til å delta i brukerens bedringsprosess. Brukeren bestemmer hvem som skal inviteres, og hvor møtet skal holdes. Nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsearbeid (NAPHA) viser i en nettartikkel⁷⁹ også til ulike digitale tilbakemeldingsverktøy (såkalte FIT-verktøy) innen psykisk helse- og rustjenester som kan benyttes for å endre og forbedre tjenestene, i tråd med erfaringer og ønsker fra brukerne. Gjennom bruk av tilbakemeldingsverktøy svarer de som mottar hjelp rutinemessig på spørsmål om egen opplevelse av endringer, og nytten av hjelpen. På denne måten får man kontinuerlig tilbakemelding, og kan tilpasse

⁷⁸ Nærmere bestemmelser om informasjon til pårørende/foresatte gis i pbl §§ 3-3, og om medvirkning fra pasienter eller brukere under 18 år, gis i pbl § 3-4.

⁷⁹ <https://napha.no/fit>

hjelpen i tråd med disse. Verktøyene skal også gjøre det lettere å fange opp om personen som mottar hjelp faktisk får det bedre.

Brukermedvirkning på systemnivå er hjemlet i hol paragraf 3-10. Paragrafens to første ledd har følgende ordlyd:

Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Å etablere jevnlig brukerundersøkelser kan være en måte å oppfylle plikten om et system for innhenting av brukeres erfaringer og synspunkter. Et annet eksempel er bruken av erfaringskonsulenter. Erfaringskonsulenter er ansatte med brukererfaring, enten egenerfaring eller som pårørende til personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer. Tilsetting av medarbeidere med brukererfaring styrker brukerperspektivet i tjenestene, og er et anbefalt tiltak for å fremme en såkalt recovery-orientert praksis⁸⁰. De siste årene har det kommet sterkere anbefalinger om bruk av erfaringskompetanse i tjenestetilbud og behandling innen psykisk helse og rus. I rusbehandling er det lange tradisjoner for å bruke erfaringskonsulenter i mange ulike behandlingstilbud. NAPHA viser til at det i 2021 var 205 årsverk for erfaringskonsulenter i norske kommuner, og 38 % av kommunene oppgir å ha ansatt erfaringskonsulenter⁸¹.

Hamar kommunes kommunedelplan omtaler brukermedvirkning både på individ- og systemnivå. På systemnivå nevnes ulike kommunale brukerråd som et viktig virkemiddel. Videre omtales det å «[u]tvikle metoder for å ivareta brukermedvirkning fra grupper som har behov for særskilt tilrettelegging», som et av virkemidlene og som en suksessfaktor under utviklingsarbeid for organisasjon 2018-2021.

På bakgrunn av gjennomgåtte føringer er følgende revisjonskriterier utledet for problemstilling 4:

Problemstilling 4	Revisjonskriterier
Etterlever Hamar kommune de krav som stilles til brukermedvirkning på området?	19. Kommunen må ha rutiner, prosedyrer og praksis som sikrer medvirkning fra og informasjon til brukere og/eller brukeres representanter. 20. Kommunen skal sikre at personer med langvarige og sammensatte behov tilbys en individuell plan og/eller en koordinator. 21. Kommunen skal ha etablert ulike virkemidler og arbeidsmetoder for å sikre innhenting av pasienters/brukeres erfaringer og synspunkter.

⁸⁰ Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring både er en personlig og sosial prosess der sosial integrasjon og tilknytning er viktig, men også er avhengig av eksterne forhold som bosituasjon, mulighet for aktiviteter, utdanning, arbeid mv. Recovery-perspektivet beskrives som en holdning som fremmer håp og tro på muligheter for at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. En recovery-orientert praksis bygger på denne holdningen og fokuserer på det som er viktig for hver enkelt, og hva som fremmer og øker mulighetene for å oppleve mestring. (Meld. St. 38 (2020 – 2021) Melding til Stortinget Nytt, ressurs og alvorlighet Prioritering i helse- og omsorgstjenesten)

⁸¹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%C3%A5rsrapporter/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202021.pdf>

Utleddning av revisjonskriterier for problemstilling 5

Problemstilling 5: **Hvordan er tjenestene innen rusomsorg og psykisk helsearbeid blitt ivaretatt under koronapandemien?**

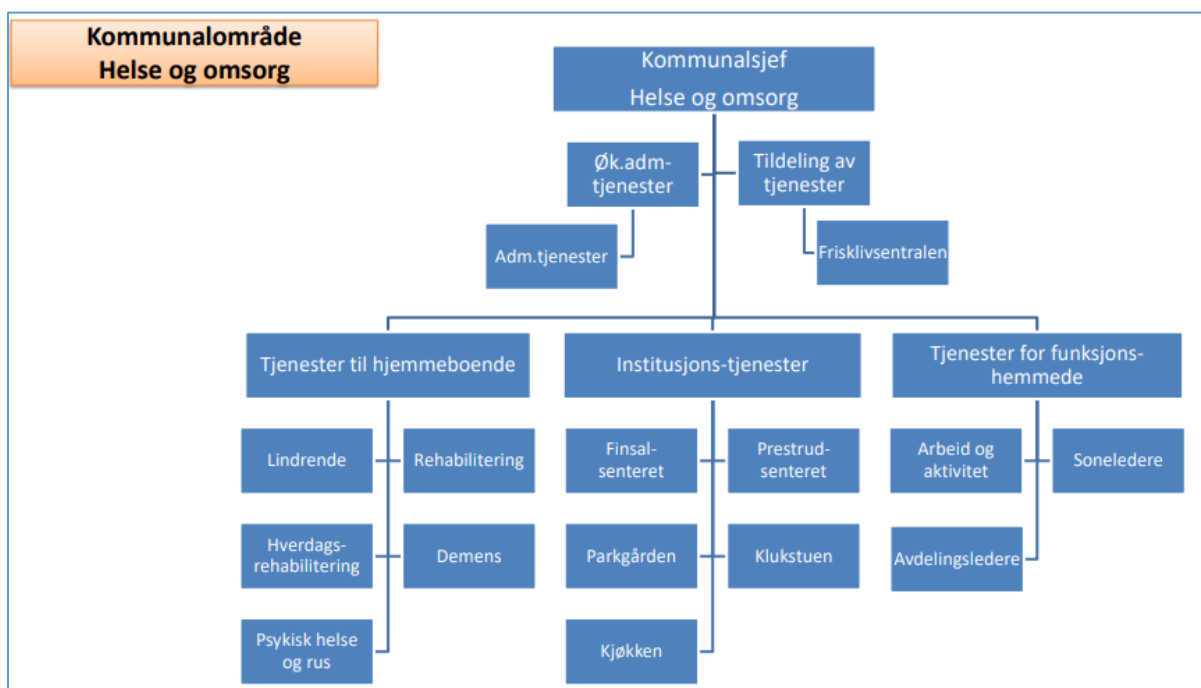
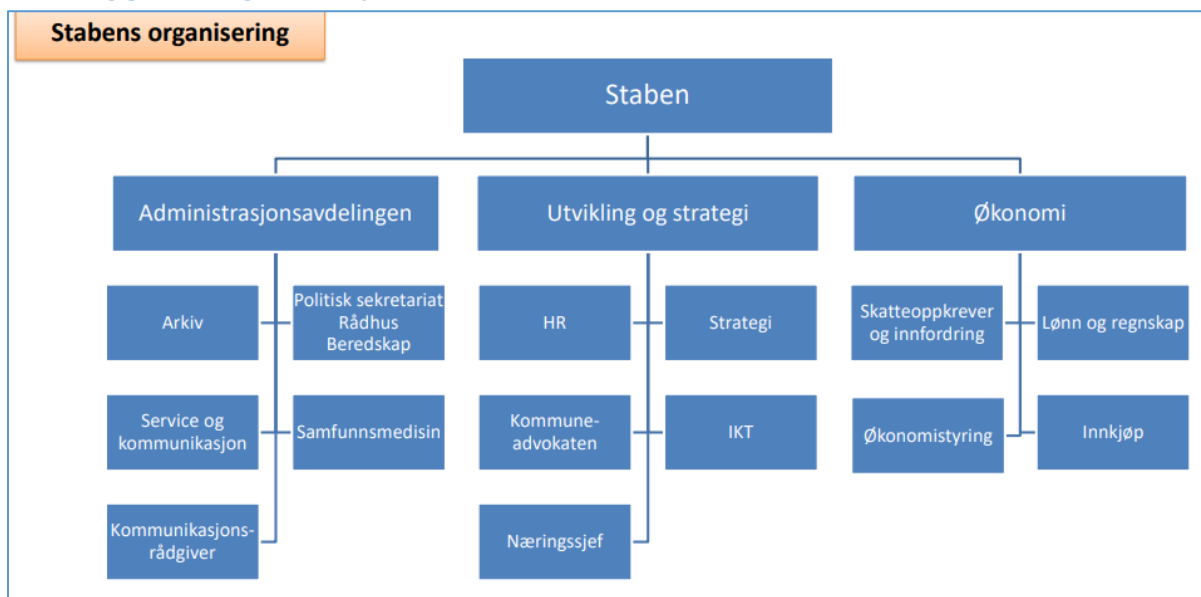
Helsedirektoratet publiserte i forbindelse med pandemien en nasjonal veileder «Koronavirus – beslutninger og anbefalinger». Anbefalingene ble utarbeidet og revidert i samarbeid med fagmiljøer, brukerorganisasjoner og andre myndighetsorgan, og var på eksternt og intern høringsrunde. Veilederens del om personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer beskriver ulike kjennetegn ved gruppen, blant annet at mange er avhengige av tilbud og aktiviteter fra kommunen og andre organisasjoner, for å fungere i hverdagen. «Enkle tiltak for å opprettholde hverdagens rutiner kan utgjøre en stor forskjell for å opprettholde forutsigbarhet, stabilitet og forhindre forverring av tilstanden». Personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer vil kunne oppleve forverret tilstand under og etter pandemien og kan ha økt behov for hjelp og bistand. Veilederen gir følgende anbefalinger til kommunene (og spesialisthelsetjenesten):

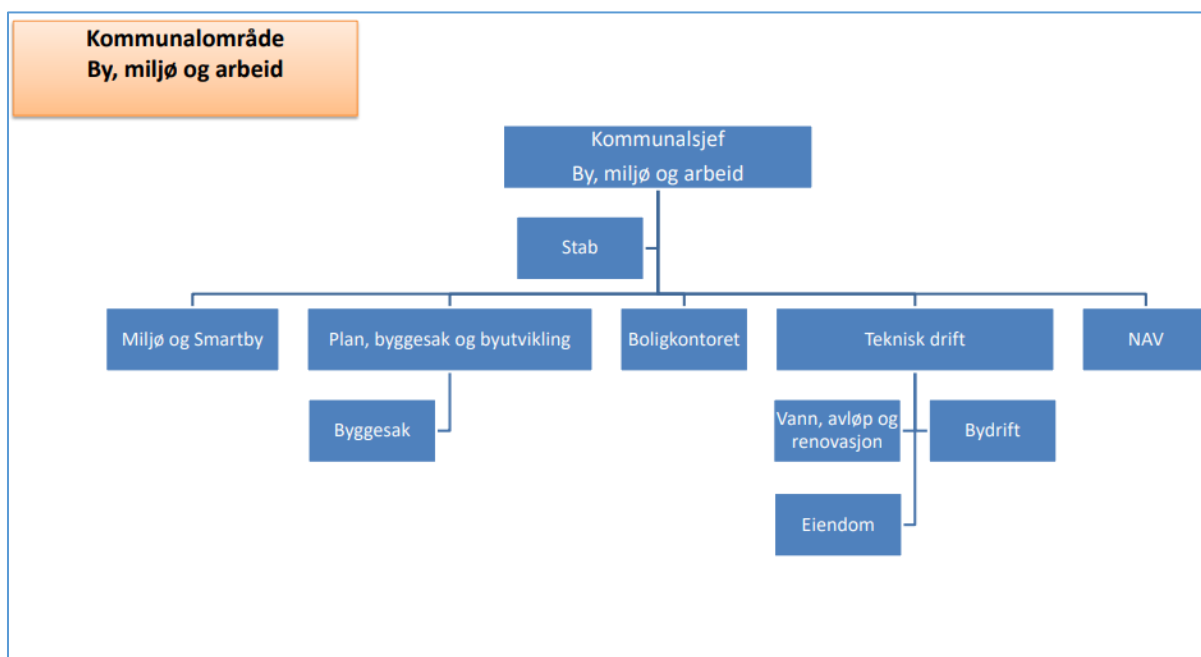
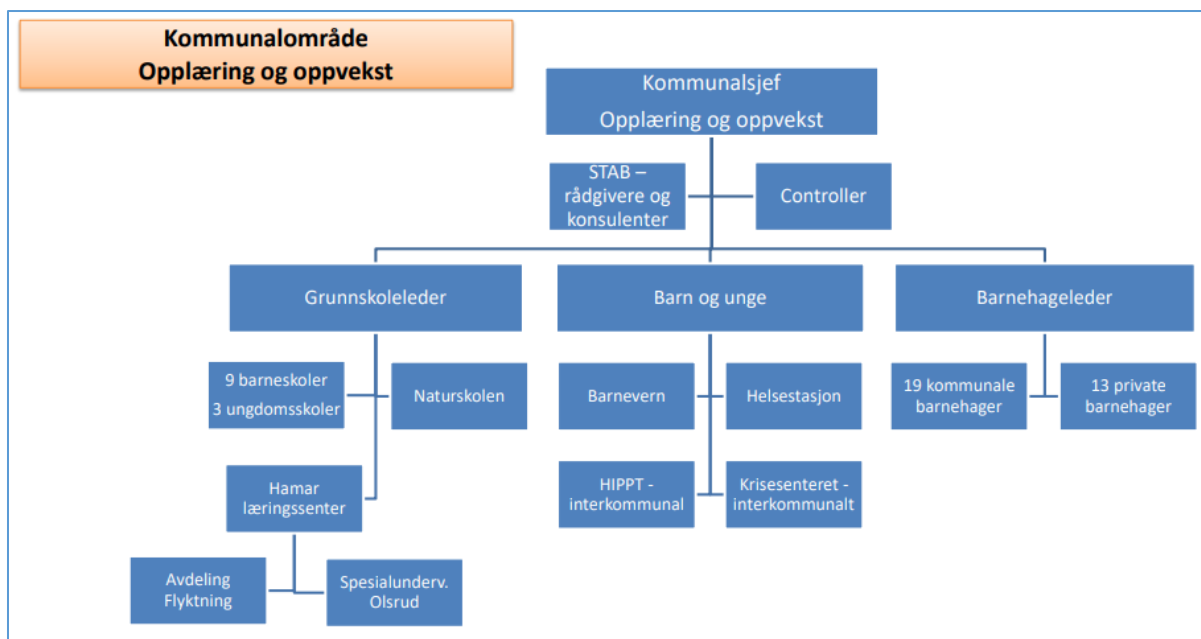
- Kommunen og spesialisthelsetjenesten må ha økt oppmerksomhet på risiko ved utskrivning eller redusert tilbud.
- Kommunen og spesialisthelsetjenesten må ha oversikt over pasienter og brukere for å vurdere risiko og behov for oppfølging.
- Kommune og psykisk helsevern skal sikre nødvendig oppfølging av barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.
- Kommunene bør proaktivt følge opp voldsutsatte, særlig kvinner og barn.
- Lavterskeltilbud i kommunene for brukere med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer bør opprettholdes.
- Kommunen skal gi tilgang til sterilt brukerutstyr.
- Kommunen bør tilby håndsprit til personer i gatemiljøer.
- Ansatte i samlokaliserte boliger bør følge med på forverring av beboernes tilstand og på smitteverntiltak.
- ACT- og FACT-team skal følge opp sine brukere og pasienter slik at de får forsvarlige helse- og omsorgstjenester og nødvendig hjelp.
- Kontinuerlig behandling med substitusjonslegemiddel i LAR skal sikres og gjennomføres på en måte som gir nødvendig smittevern for pasient og tredjepart.
- Utprøvende behandling med vanedannende legemidler kan vurderes for å redusere abstinenser eller craving/sug hos personer med rusmiddelavhengighet under isolering.
- Alle helse- og omsorgsinstitusjoner bør følge anbefalingene for besøk og tiltak for å motvirke sosial isolering.

På bakgrunn av gjennomgåtte føringer er følgende revisjonskriterier utledet for problemstilling 5:

Problemstilling 5	Revisjonskriterier
Hvordan er tjenestene innen rusomsorg og psykisk helsearbeid blitt ivaretatt under koronapandemien?	22. Kommunen må følge nasjonale råd og anbefalinger for å sikre at tjenestetilbudet til personer med behov for oppfølging innen psykisk helse og rusomsorg blir ivaretatt under pandemien.

Vedlegg B: Organisasjonskart





Kilde: <https://www.hamar.kommune.no/getfile.php/13495165-1589805814/Bilder/Hamar/Artikkelbilder/Organisasjonen/R%C3%A5dmann%20og%20staber/Organisasjonsstruktur%20HK%20i%20felles%20mal.pdf> [11.4.2022]

Vedlegg C: § 3-2 i helse og omsorgstjenesteloven

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

For å oppfylle ansvaret etter **§ 3-1** skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap,
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste, og
 - d. psykososial beredskap og oppfølging.
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem.
7. Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

Kilde: Lovdata.no