



KVALITET I PSYKISK HELSEARBEID

FORVALTNINGSREVISJONSPROSJEKT 2006

INNHold

SAMMENDRAG	I
1. INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunnen for prosjektet	1
1.2 Formål og problemstillinger	1
1.3 Avgrensninger	1
2 ANVENDTE METODER I PROSJEKTET	2
3 FÅR BRUKERNE PÅVIRKE TJENESTENE?	3
3.1 Vurderingskriterier	3
3.2 Funn/fakta.....	4
3.3 Revisjonens vurdering.....	5
4 ER TJENESTETILBUDET SAMORDNET?	6
4.1 Vurderingskriterier	6
4.2 Funn/fakta.....	7
4.3 Revisjonens vurdering.....	10
5 ER TJENESTENE TILGJENGELIGE?	12
5.1 Vurderingskriterier	12
5.2 Funn/fakta.....	12
5.3 Revisjonens vurdering.....	13
6 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	14
6.1 Konklusjon	14
6.2 Anbefalinger	15
VEDLEGG 1: STATLIGE FØRINGER FOR PSYKISK HELSEARBEID	1
VEDLEGG 2: HØRINGSSVAR FRA RÅDMANNEN	1

Sammendrag

Kontrollutvalget vedtok å gjennomføre et prosjekt for å kartlegge om det er tilstrekkelig kvalitet på tjenestetilbudet til psykisk syke i Bærum kommune. Målsettingen med prosjektet er en evaluering av det eksisterende behandlingstilbudet, for eventuelt å foreslå forbedringer av tilbudet.

Revisjonen har hentet materialet for analysen fra dokumentgjennomgang, herunder Handlingsprogrammet, protokoller fra de politiske utvalgene, stortingsdokumenter og materiale fra Sosial- og helsedirektoratet. Vi har hentet informasjon fra intranett, internett og hatt samtaler med bl.a. representanter for ulike tjenestesteder, pårørendeforeningen og statlige organer.

Kommunens tilbud til personer med psykiske lidelser er etter revisjonens vurdering i all hovedsak godt. Sammenliknet med andre kommuner er tilbudet godt utbygget. Noen av de forbedringsmuligheter vi har sett, er det igangsatt arbeid for å bedre. Det er to områder revisjonen vil fokusere på. Brukerundersøkelsene på området kan brukes mer aktivt til å måle kvaliteten i arbeidet. Arbeidet med individuell plan for den enkelte er ikke kommet langt nok.

1. Brukerundersøkelsene bør få inn sentrale måleindikatorer for kvalitet, samordning og tilgjengelighet.
2. Arbeidet med individuell plan for den enkelte bruker bør videreføres og intensiveres. Her bør det legges vekt på koordineringsarbeide, samt å gjøre planene mer tilgjengelige for helsepersonell.

Januar 2006

Per-Martin Svendsen
revisjonssjef

Morten Mjøsnes
fagansvarlig forvaltningsrevisjon

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunnen for prosjektet

Kontrollutvalget vedtok i møte 13.12.04 under sak 82/04 *Forvaltningsrevisjonsprosjekter 2005*, at revisjonen skulle gjennomføre et prosjekt om kvaliteten på psykisk helsearbeid i Bærum kommune.

En psykiatrikartlegging som Bærum kommune gjennomførte i 2000, viste at Bærum ligger tett opp til landsgjennomsnittet når det gjelder antall voksne personer med alvorlige psykiske lidelser og behov for hjelpetiltak. Generelt oppleves en økt etterspørsel etter tjenester fra personer med psykiske problemer. Dette antas å henge sammen med endringer i samfunnsstrukturer, men også med mer åpenhet, som gjør psykisk sykdom mindre tabubelagt.

Rapporten er utarbeidet i perioden juli til november 2005 av Helene Sverdrup Sevre og Morten Mjølåsnes i Bærum kommunerevisjon. Revisjonen har leid inn bistand fra Stig Holen i Glåmdal revisjon IKS.

Leder for pleie og omsorg Turid Lohne Velund og koordinator for psykisk helse Olav Elvemo har vært oppnevnt som kontaktpersoner fra administrasjonen i prosjektet.

1.2 Formål og problemstillinger

Målsetningen med forvaltningsrevisjonsprosjektet er å vurdere hvorvidt kvaliteten på kommunens tjenestetilbud innenfor psykisk helsearbeid er tilfredsstillende og eventuelt komme med forslag til forbedringer.

Revisjonen skal vurdere kvaliteten på kommunens tjenestetilbud innenfor psykisk helsearbeid. Kvalitet er et vidt begrep og ikke uten videre målbart. For å definere begrepet kvalitet i denne sammenheng, har revisjonen valgt å ta utgangspunkt i Sosial- og helsedirektoratets *Nasjonale strategier for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*¹. Her er det listet opp seks forhold, som i hovedsak samler kjennetegnene ved god kvalitet: Virkningsfulle tiltak, Trygge og sikre tjenester, Brukerinnflytelse, Samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet, Tilgjengelige tjenester og Ressursutnyttelse. I denne rapporten vil vi begrense oss til å se nærmere på tre av disse forholdene og deler undersøkelsen inn i følgende problemstillinger:

- Påvirker brukernes og pårørendes erfaring og synspunkter tjenestene?
- Fremstår tjenestene som samordnet for brukerne?
- Er tjenestene tilgjengelige for brukerne?

1.3 Avgrensninger

Vi har begrenset oppgaven til å vurdere om kommunens tjenestetilbud oppfyller visse kriterier for kvalitet. Revisjonen har ikke vurdert kvaliteten på utøvelsen av den enkelte tjeneste, tiltakenes effekt, trygghet og tjenestesikkerhet.

¹ IS 1162 Veileder ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.

Det finnes ikke noen egen økonomisk driftsramme for psykisk helsearbeid. Midlene til målgruppen mennesker med psykiske lidelser er fordelt på flere programområder og inngår i rammene for det enkelte sektorutvalg og det enkelte programområde. Utgangspunktet er at kommunens ordinære tjenesteapparat også skal møte behovene hos mennesker med psykiske lidelser. Det er derfor vanskelig å ”isolere” området og vi vil derfor heller ikke vurdere ressursbruken på disse tjenestene.

En naturlig avgrensning er å kun å revidere de tjenester kommunen har ansvar for. Tjenester som ligger under statens ansvar (helseforetakene), holdes utenfor (jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a). Vi vil likevel vurdere samordningen mellom kommunale tjenester og statens tilbud.

2 ANVENDTE METODER I PROSJEKTET

For å kartlegge temaet, har revisjonen benyttet dokumentanalyse ved gjennomgang av kommunens dokumenter som kommunens Handlingsprogrammer, Årsrapporter, Kommuneplan, Rullering av plan for psykisk helse, Plan for brukermedvirkning og informasjon fra intranettet.

Vi har videre gått gjennom relevante lover, forskrifter, rundskriv og veiledere, samt stortingsdokumentene som ligger til grunn for opptrappingsplanen.

Revisjonen har hatt intervjuer med leder av pårørendeforeningen, representanter for Psykisk helsetjeneste for barn og unge, Bjørnegård psykiske helse, helsestasjonene, områdekontorene, Koordinatorenheten og leder for pleie- og omsorg. Vi har hatt møte med Helseavdelingen hos Fylkesmannen og Riksrevisjonen.

Vi har også hatt samtaler med Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, Blakstad sykehus, Distriktpsikiatrisk senter, Storenga bo- og behandlingssenter, Kommuneoverlegen, Mental helse Akershus og Selvmordsforebyggende team.

3 FÅR BRUKERNE PÅVIRKE TJENESTENE?

3.1 Vurderingskriterier

3.1.1 Kommunale føringer

I Rådmannens plattform 2001-2006 heter det *at brukerne skal i større grad gis reell påvirkning på hvilke tjenester som skal ytes, hvordan de skal ytes og gis anledning til å velge innenfor gitte rammer*. I rådmannens styringsfilosofi står brukerstyring og brukerfokus sentralt, bl.a. ved å innhente og bruke tilbakemeldinger fra brukerne og etablere fora for dialog mellom brukere og tjenesteytere.

I *Rullering av plan for psykisk helse Bærum 2005-2008*, heter det at brukermedvirkning har vært og fortsatt skal være et satsningsområde i kommunens psykiske helsearbeid. Brukerinnflytelse skal sikre mer effektive og tilpassede tjenester.

3.1.2 Statlige føringer

Kommunens plikt til å yte psykisk helsearbeid er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven² og i sosialtjenesteloven³. Det finnes i tillegg bestemmelser for kommunens psykiske helsearbeid spredt i andre lover. De statlige føringene er fylligere gjort rede for i vedlegg 1.

Fokus på brukermedvirkning er en av de viktigste statlige føringene i utformingen av tjenester til psykisk syke de siste årene. I St.meld. nr. 25 (1997-98) *Åpenhet og helhet* - og i andre sentrale dokumenter - er brukernes medvirkning vektlagt som et sentralt moment for å øke kvaliteten på tjenestene i kommunene. Brukermedvirkning skal finne sted både på systemnivå og på individnivå.

I Sosial- og helsedirektoratets *Nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*⁴ er det listet opp forhold som samler kjennetegnene ved god kvalitet bl.a.⁵:

- Brukerinnflytelse
Brukernes og pårørendes erfaring og synspunkter må påvirke tjenestene. Medvirkningen kan skje på systemnivå og på individnivå. Det må etableres systemer for innhenting av brukererfaringer.

I St. meld. nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet* nevnes bl.a. følgende punkter:

- *Tilpasse tjenestene bedre til pasientenes behov.*
- *Gi pasienter og pårørende større innflytelse over tjenestene.*

I St.prp. nr. 1 (2004-2005) er det uttalt at det fra 2006 blir stilt som vilkår for utbetaling av øremerkede midler, at kommunen i samarbeid med brukere og brukerorganisasjoner, etablerer rutiner for tilbakemelding fra brukerne.

Vi velger å dra sammen dette til følgende kriterie:

- Det skal være etablert rutiner for tilbakemelding fra brukerne

² Lov 19. nov. Nr. 66/1982 om helsetjenesten i kommunene

³ Lov 13. des. Nr. 81/1991 om sosiale tjenester mv

⁴ IS 1162 Veileder ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.

⁵ De øvrige er gjengitt i vedlegg.

3.2 Funn/fakta

En rullering av plan for brukermedvirkning innen psykisk helsearbeid er under utarbeidelse i kommunen. Målsetningen med planen er at brukere skal sikres reell innflytelse på administrative prosesser, planer og beslutninger. I planen skal utføringen av brukermedvirkning konkretiseres.

Kommunen har opprettet to organer for bl.a. å bidra til brukermedvirkning innenfor psykisk helsearbeid i Bærum. I tillegg er det etablert et brukerstyrt hus. Det blir også gjennomført brukerundersøkelser innenfor psykisk helsearbeid.

3.2.1 *Brokerrådet*

Brokerrådet for psykisk helsevern ble etablert i Bærum i 1999, og har som hovedoppgave å være et rådgivende organ for kommunen og brukerne. Rådet består av medlemmer fra Mental Helse Asker og Bærum og to medlemmer fra Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatrien lokallag Bærum. I tillegg har kommunen to representanter.

Rådets mål er å sikre god kommunikasjon mellom brukere og kommunen, og bidra til at brukererfaring inngår som grunnlag for kvalitetsutvikling innen det psykiske helsearbeidet i kommunen. Rådet arbeider også for å motvirke fordommer og diskriminering av brukere og psykiatriske pasienter.

Rådet tar opp saker som er viktige for brukere og fungerer også som høringsinstans for kommunen. Brokerrådet har avtale om faste halvårslige møter med administrasjonen. I intervjuer ble det opplyst at det kan gå mer enn seks måneder mellom hvert møte med administrasjonen, og at ikke alle sentrale kommunalsjefer alltid har møtt opp. Dette oppleves som en svakhet, ettersom møtet er en viktig arena for brukermedvirkning.

3.2.2 *Koordineringsenheten*

I koordineringsenheten for psykisk helse er det ansatt medarbeidere med brukererfaring for at brukernes kompetanse og erfaringer skal kunne påvirke planlegging av- og kvaliteten på det psykiske helsearbeidet. Denne typen brukermedvirkning blir omtalt i svært positive ordelag av flere av dem revisjonen har hatt samtaler med, og kommunen blir omtalt som et godt forbilde for andre kommuner på dette området.

3.2.3 *Villa Walle*

Det er også etablert et brukerstyrt hus; Villa Walle, som er et tilbud til personer med moderate og lettere psykiske lidelser. Spesielt ønsker man å nå unge og andre som i liten grad bruker de ordinære aktivitetshusene. Huset skal være et sted for mennesker som i fellesskap med andre ønsker å ta i bruk sine kreative evner. Brukerne skal ta ansvar for utforming og drift av "huset".

Under intervjuene ble både koordineringsenheten og Villa Walle trukket positivt frem. Det var videre bred enighet om at brukermedvirkning i Bærum kommune generelt sett fungerer godt, og at brukerne blir hørt og har påvirkningsmuligheter både på systemnivå, men også på tjenestestedsnivå og på individnivå. Noen trakk imidlertid frem at brukergruppen selvsagt ikke er ensartet, og at mange brukere er ustabile og har vanskeligheter med å påvirke sin egen situasjon og organisere seg.

3.2.4 Brukerundersøkelser

Bærum kommune gjennomfører regelmessig brukerundersøkelser på de fleste av de kommunale tjenestene, også innen psykisk helse. Alle tjenestestedene har, i sine målekart, mål for brukermedvirkning. Av de seks tjenestestedene som har psykisk pleie som hovedoppgave er det bare ett tjenestested som ikke har gjennomført brukerundersøkelser.

Resultatene fra brukerundersøkelsene viser at disse tjenestestedene har oppnådd resultatmålet med en ”skår” på 5,0 eller bedre for brukermedvirkning, på en skala fra 1 til 6 der 6 er best. Dette innebærer at de har oppnådd målet som er satt i målekartet for disse tjenestestedene. Det er også et relativt godt resultat sammenlignet med andre tjenester i kommunen. Skåren har samlet gått opp fra 2003 til 2005. Unntaket er Bjørnegård psykiske helse som ”skårer” 4,1.

Når en går gjennom spørreskjemaene som brukes for å måle resultatene, ser en at ingen av spørreskjemaene inneholder spørsmål som direkte belyser brukernes opplevelse av brukermedvirkning. Det er likevel 4 eller 5 spørsmål som skal måle ulike sider ved brukertilfredshet i forhold til brukermedvirkning, bl.a. om tjenestene blir tilpasset til individuelle behov, om de får påvirke tjenestene og om de blir behandlet med respekt. Resultatene på hver av disse blir slått sammen i ett gjennomsnittstall for målet om brukermedvirkning. Når det gjelder måling av brukernes oppfatning om samordning av tjenestetilbudet, er det her heller ingen spørsmål i brukerundersøkelsene som retter seg direkte mot dette.

3.3 Revisjonens vurdering

Etter revisjonens vurdering viser undersøkelsen at brukermedvirkning i Bærum kommune generelt sett fungerer godt, og at brukerne blir hørt og har påvirkningsmuligheter både på systemnivå, på tjenestestedsnivå og på individnivå.

Revisjonen mener at kommunens gjennomføring av brukerundersøkelser viser at brukerne opplever god kvalitet på dette punktet. Samtidig inneholder brukerundersøkelsene ingen spørsmål som er direkte rettet mot brukermedvirkning, og her kan skjemaene bearbeides for å få et mer nøyaktig bilde av brukernes oppfatninger. Etter revisjonens vurdering er det etablert rutiner for tilbakemelding fra brukerne gjennom flere kanaler. Disse rutinene kan følges opp bedre.

Rullering av plan for psykisk helse viser også at det fremover skal være et fortsatt fokus på brukermedvirkning, med mål om å utvide medvirkningen også til grupper der deltakelsen i dag er lav.

4 ER TJENESTETILBUDET SAMORDNET?

4.1 Vurderingskriterier

I Sosial- og helsedirektoratets *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*,⁶ er det listet opp seks forhold som i hovedsak samler kjennetegnene ved god kvalitet bl.a.⁷:

- **Samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet**

For at brukerne skal oppleve kvalitet, må tjenestene fremstå mest mulig helhetlig. Samordning forutsetter at tjenesteyterne samarbeider, og at brukerens behov står i sentrum.

I St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse, er målet å *skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus.*

Både i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 og i sosialtjenesteloven § 3-2 er det bestemmelser om plikten til å samarbeide for å ivareta de pålagte oppgavene. Det skal samarbeides både med andre deler av kommunen og med andre forvaltningsnivåer.

I statlige føringer oppfordres og rådes kommunene til å opprette egne koordinatører eller kontaktpersoner for rehabilitering og habilitering som skal systematisere samarbeidet mellom forvaltningsnivåene og koordinere tjenestetilbudet.

Kommunehelsetjenesteloven § 6-2a og sosialtjenesteloven § 4-3a bestemmer at kommunehelsetjenesten skal utarbeide en individuell plan for brukere med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Individuelle planer er også hjemlet i pasientrettighetsloven⁸ § 2-5. Hovedhensynene bak reglene om slike planer er for det første å sikre samordning av tjenester og videre at brukeren skal medvirke og påvirke sin situasjon.

I pasientrettighetsloven § 3-1 gis pasienten rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen. En tilsvarende bestemmelse finnes også i sosialtjenesteloven § 8-4, hvor det fremgår at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med klienten.

Ny felles forskrift om individuell plan for sosial- og helselovgivningen trådte i kraft 1. januar 2005. I tillegg til å være et ledd i arbeidet med å sikre brukerne samordnede tjenester, skal individuell plan også sikre brukermedvirkning fordi planen skal utformes sammen med brukeren.

Vi velger å dra sammen dette til følgende kriterier:

- Tjenesteytingen skal samordnes
- Det skal utarbeides individuelle planer for å samordne tjenestene

⁶ IS 1162 Veileder ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.

⁷ De seks kjennetegnene er gjengitt i vedlegg.

⁸ Lov nr. 63/1999 om pasientrettigheter

4.2 Funn/fakta

4.2.1 Samordning mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Ansvar for tilbudet til mennesker med psykiske lidelser er delt mellom kommunen og staten ved helseforetakene. Psykisk helsevern og psykiatri ligger under statens ansvar, mens kommunen har ansvar for det psykiske helsearbeid.

Nasjonalt har utviklingen gått mot mindre behandling i institusjon, flest mulig behandlingstilbud i nærheten av der folk bor og utbygging av bo-, omsorgs- og aktiviseringsstilbud lokalt. Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 ramser opp oppgaver som kommunens helsetjeneste skal omfatte. For å løse oppgavene lister bestemmelsens annet ledd opp hvilke tjenester kommunen skal sørge for. Sosialtjenesteloven § 4-2 ramser opp de sosiale tjenester kommunen skal etablere. Det skilles ikke mellom tjenester til psykisk syke og fysisk syke.

Godt samarbeid mellom brukere, pårørende og tjenesteutøvere er en betingelse for at kommunens psykiske helsearbeid skal fungere godt. For at brukeren skal møte god kvalitet, må individuelt tilpassede tjenester samordnes. Innenfor psykisk helsearbeid fordres samordning både mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og samordning innad i kommunen.

Personer med langvarige psykiske lidelser opplever mange av de samme utfordringene som andre med kroniske sykdommer. Behovet for koordinering og samordning av tjenestetilbudet er stort fordi disse brukerne ofte vil ha behov for et bredt spekter av tjenester fra både spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, inkludert bolig og arbeid. Mange kan også ha tilleggspromatikk som for eksempel et rusproblem. Mange trenger bistand og store ressurser over lang tid.

I Bærum kommune, som i andre kommuner, er det en utfordring å få samordningen mellom kommunens tilbud og statens tilbud til å fungere godt. Samordningen må fungere både på systemnivå og rundt den enkelte bruker. I intervjuene og samtalene revisjonen har hatt, fremgår det at samordningsproblematikken nok er en av de mest utfordrende problemstillingene kommunen står overfor i sitt psykiske helsearbeid.

Slik revisjonen forstår det, er det i rehabiliteringsfasen⁹ at det stilles størst krav til samordning, og det kan synes som om rehabilitering er den delen av rekken tjenester som så langt ikke har fått noen klar struktur. I intervjuene revisjonen har foretatt ble det uttalt at kommunen har kommet langt på de fleste områder innen psykisk helsearbeid, men at det svikter i rehabiliteringsfasen og at rehabiliteringskjeden er for dårlig.

Et viktig ledd i rehabiliteringen er tilbud om boliger. Fra flere hold har revisjonen fått signaler om at Bærum kommunes håndtering av boligutvikling har vært for dårlig de senere år. Mangel på tilpassede boliger er trukket frem som den viktigste årsaken til at samordningen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen ikke alltid fungerer tilfredsstillende. Manglende boliger har vært en ”propp i systemet” slik at brukerne blir værende på institusjon fremfor å komme i gang med et normalisert liv i kommunal bolig.

⁹ Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 nevner rehabilitering som en av fire lovpålagte oppgaver.

Det er også trukket frem at prisen på boligene er for høye. Mange kommer inn i en ond sirkel, der mulighetene for aktiviteter og sosialt samvær begrenses pga. dårlig økonomi. For å nå målsetningen i opptrappingsplanen, må hele kjeden av forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering ha tilstrekkelig kvalitet. Flere og rimeligere boliger vil kunne medføre at opptrappingsplanens målsetning om å fremme selvstendighet og mestring av eget liv lettere nås, ved at brukere får økonomisk rom til å leve en normalisert tilværelse. Revisjonen er kjent med at det nå er vedtatt bygging av 52 nye boliger, og det er satt av investeringsmidler og driftsmidler til prosjektet.

Grensen mellom spesialisttjenestens og kommunens tjenester oppleves som uklar og vanskelig og samarbeid stat og kommune for dårlig. I intervjuene har revisjonen fått flere eksempler på dette. Et eksempel er at det kan være dårlig kontinuitet i tjenesterekken til en bruker. Det kan ta lang tid fra personen skrives ut fra spesialisttjenesten og til fastlegen mottar journalen og kommunehelsetjenesten overtar. Brukeren får da et brudd i rekken av nødvendig bistand som kan bli svært uheldig.

Et annet eksempel revisjonen har fått presentert er at kommunen ikke gir brukere en personlig koordinator raskt nok, slik at brukeren blir stående ”alene” uten bistand med å tilrettelegge tilværelsen og finne frem til relevante tilbud. Fra Blakstad sykehus har revisjonen fått opplyst at kommunen har et forbedringspotensiale når det gjelder å oppnevne koordinatorene til brukere som har behov for kommunale tjenester etter å ha vært innlagt.

4.2.2 Samordning mellom kommunale enheter

Kommunens oppgaver innen psykisk helsearbeid reiser store utfordringer. Psykiske lidelser rammer mange i befolkningen. Lidelsene forekommer i alle aldersgrupper og er av ulik alvorlighetsgrad. Noen har behov for bistand i korte perioder og noen har behov for hjelp over mange år. For noen kan lidelsene være svært sammensatte. Psykisk helsearbeid krever derfor et svært variert tilbud av tjenester, spredt på mange tjenestesteder.

Det er flere måter å organisere det tverretatlige samarbeidet i kommunene. Det er flere ulike navn på forskjellige samarbeidsstrukturer. Den mest vanlige samarbeidsstrukturen er ansvarsgrupper med koordinator og kontaktperson for pårørende og evt. bruker. I nasjonale stortingsmeldinger, rundskriv og veiledere brukes som oftest betegnelsen ansvarsgrupper. I tillegg finnes ulike tverretatlige grupper som basisteam, fagteam, rehabteam etc.

Kommunens psykiske helsearbeid kan organiseres på forskjellige måter. Mennesker med psykiske plager er ingen homogen gruppe, og mange har ikke nødvendigvis behov for egne tjenester. Det ordinære tjenesteapparat skal kunne møte behovene hos befolkningen, uavhengig av om noen har psykiske vansker. Omvendt skal en brukers psykiske plager ikke påvirke vurderingen av hans/hennes behov for kommunale tjenester som ikke vedrører lidelsen. For brukere med mer omfattende behov, må imidlertid kommunen etablere særskilte tjenester.

Kommunens psykiske helsearbeid strekker seg fra alt fra forebyggende og informerende virksomhet til praktisk bistand i hjemmet, sosialtjeneste, boliger, arbeidstrening, dagsenter, kulturtiltak, familiestøtte, samtaler, rådgivning og hjelp til mestring. Alle disse tjenester og oppgaver er etablert i Bærum. Mange av kommunens tjenestesteder er involvert i psykisk helsearbeid.

I Bærum er tjenester og tilbud til mennesker med psykiske lidelser integrert i tjenestetilbudet under mange programområder og sektorutvalg. Det fastsettes ingen egen økonomisk driftsramme for psykisk helsearbeid. Midlene til målgruppen mennesker med psykiske lidelser er fordelt på flere programområder og inngår i rammene for det enkelte sektorutvalg/det enkelte programområde. I Bærum er det opprettet en koordinatorenhet og en styringsgruppe for bl.a. å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

Det er også opprettet et samarbeidsutvalg for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester, god informasjonsflyt og at tiltak som iverksettes er i samsvar med befolkningens behov og statens føringer.

Flere av de revisjonen har snakket med har en klar oppfatning av at organiseringen ikke er god nok. Det hevdes at tjenestene er for fragmenterte og at det er for stor spredning av ansvar og kompetanse. Videre trekkes det frem som en svakhet at sammenliknbare tjenester ligger under forskjellige programområder. Slike skiller blir oppfattet som kunstige, og det hevdes at det brukes mye ressurser internt for å koordinere tilbudene. Det er vanskelig å få en samlet oversikt og kompetansen spres i for stor grad. Flere revisjonen har snakket med mener at området har et felles ledelsesbehov, og at det hadde vært en fordel hvis området i større grad enn i dag kunne samles.

Noen mener psykisk helsearbeid i kommunen bør ha et felles budsjett. Koordineringsenheten har ikke mulighet til å bestemme hvor pengene skal brukes. I intervjuene har det også fremkommet at organiseringen er for hierarkisk og at det er vegring for å ta beslutninger og for å prøve nye løsninger.

Bærum kommune har opprettet ansvarsgrupper for brukere med flere behov. Hensikten med ansvarsgruppe er å samordne tiltak og tjenester for tjenestemottaker fra forskjellige profesjoner og etater for å sikre et helhetlig tjenestetilbud for brukerne. De fleste kommuner har erfaring med å bruke ansvarsgrupper og brukerne er ofte fornøyd med å ha en fast etablert ansvarsgruppe¹⁰. Undersøkelser i andre kommuner viser også at det ofte mangler en administrativ overbygning for å koordinere virksomheten.

Bærum skal ha etablert en personlig koordinator/ kontaktperson for hver bruker. I følge statlige rettleidninger oppfordres kommunene til å opprette egne koordinatører eller kontaktpersoner for rehabilitering og habilitering som skal systematisere samarbeidet mellom forvaltningsnivåene og koordinere tjenestetilbudet.

4.2.3 Individuelle planer

I følge *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven* § 4, har tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse (herunder psykisk helse)- og/eller sosialtjenester, rett til å få utarbeidet individuell plan. Kommunen har laget egen veileder og mal for igangsetting og utforming av individuelle planer. Revisjonen har fått opplyst at ca 30 % av brukerne har fått individuelle planer. Undersøkelser har vist at det er lang vei å gå i de fleste kommuner for å få på plass individuelle planer for brukerne.

Vi har vært i kontakt med helsetilsynet og det har ikke tidligere blitt gjort noen kvalitative vurderinger av arbeidet rundt individuell plan i Bærum. Det har blitt rapportert inn antall

¹⁰ St. melding 21 (1998-1999) om ansvar og meistring

individuelle planer i Bærum, men det ser ikke ut som det er noe samsvar mellom kvantitet og kvalitet i planprosessene rundt etablering av individuell plan.

Under revisjonens datainnsamling har vi også fått signaler om at det for ofte er svikt i rutineene når det gjelder å utnevne personlig koordinator til brukere som er langvarige syke med sammensatte problemer. Individuell plan er et verktøy som har til hensikt å bidra til at brukerne får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det skal være et tilbud til brukere med behov for koordinerte og langvarige helsetjenester. Det skal komme frem i planen hva som er brukernes mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder. Individuell plan skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og bruker og evt. pårørende, mellom tjenesteytere og etater og på tvers av forvaltningsnivåene.

Individuell plan er i utgangspunktet en rettighet for brukerne, men for psykiatrispasienter som er blitt lagt inn med tvang er det et krav at det utarbeides individuell plan.

Revisjonen har vært ute i noen enheter og tatt stikkprøver. Det har vært en utfordring for revisjonen å finne planene. De ansatte har opplyst at arbeidet med å lage individuell plan er ressurskrevende. Arbeidet oppfattes som en tilleggsoppgave som det ikke er avsatt ressurser til. Det kan virke som om planene ikke er et reelt verktøy for mange av de ansatte. De oppleves som vanskelig tilgjengelig for flere ansatte, og mye av årsaken til dette skyldes saksbehandlingssystemet som kan oppleves vanskelig å nyttiggjøre seg av. Det foreligger ikke noe fysisk arkiv ute i enhetene hvor man kan finne planene, men de er digitalisert i saksbehandlingssystemet, noe som syntes vanskelig tilgjengelig for noen ansatte.

De fleste informantene ser nytten av å lage planer og vet at de er viktige for brukerne, hvis de blir riktig laget. Noen ansatte sier at planen ikke er målet i seg selv, men det er planprosessen frem til samordning, koordinering og brukermedvirkning som er målet.

Individuell plan er et verktøy som kan oppleves som tidkrevende å lage, og som tar mye ressurser og få på plass første gang de lages. Revisjonen hadde problemer med å finne planene og det ble hevdet at det kanskje kunne være laget planer på i underkant av en tredjedel av brukerne med psykiske lidelser.

Noen ansatte sier at ansikt- til ansiktstiden går ned når de blir pålagt å lage individuell plan. Det kan være et tegn på at planprosessene er ressurskrevende.

Det er også flere indikasjoner på at de personlige koordinatorene ikke er plass. Det er de som skal samordne og koordinere ansvarsgrupper og lede planprosessen frem til den endelige individuelle plan. Det er behov for flere koordinatører og ansatte som har det som en del av sin stillingsbeskrivelse å lede planprosessene. Malene for individuell plan på intranettet er ikke oppdatert.

4.3 Revisjonens vurdering

Lovgiver har delt ansvaret for tjenester til psykisk syke mellom staten ved helseforetaket og kommunen. En slik deling gir samordningsutfordringer, ettersom mange av brukerne har langvarige og sammensatte lidelser som fordrer både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester.

Slik revisjonen ser det, har Bærum kommune fremdeles noen utfordringer både når det gjelder samordning mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og innen kommunen.

Når det gjelder den interne samordningen, kan det etter revisjonens vurdering synes som om tilbudet er noe fragmentarisk oppbygget. Organisatorisk er de forskjellige tjenestene spredt utover forskjellige områder. En noe mer samlet tjeneste er ønsket av brukerne.

Etter revisjonens oppfatning har Bærum kommune et utviklingspotensial i å få videreutviklet planprosessene rundt individuelle planer.

5 ER TJENESTENE TILGJENGELIGE?

5.1 Vurderingskriterier

5.1.1 Kommunale føringer

I Rådmannens plattform heter det at innbyggerne skal oppfatte kommunen som åpen og tilgjengelig.

I rullering av plan for psykisk helse er det lagt vekt på å utvikle og forsterke kommunens informasjonsstrategi for å spre kunnskap og alminneliggjøre det å ha en psykisk lidelse.

5.1.2 Statlige føringer

I Sosial- og helsedirektoratets *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*¹¹ er et av de seks forhold som i hovedsak samler kjennetegnene ved god kvalitet¹²:

- **Tilgjengelige tjenester**

Det må være enkelt for brukere å nå tjenestene. Tjenestene må være tilgjengelige fysisk og de må være tilpasset kultur- og språkforskjeller. I mange tilfeller må det en aktiv innsats til for å nå enkelte brukere.

Vi velger å dra sammen dette til følgende kriterier:

- Det må være enkelt for brukere å nå tjenestene.

5.2 Funn/fakta

I intervjuene opplyses at Bærum er god på aktivitetstilbud og det trekkes frem av flere som et område der kommunen har lyktes. Tilbudene er varierte, mange og med lav terskel. Eksempler er Dagsenteret, Binna kafé og Mølla kompetansesenter. Møllabussen trekkes også frem som et svært positivt tiltak, som en hjelp for mennesker som ellers er lite mobile. Bussen fremheves som et enkelt og praktisk tiltak som gjør kommunens tilbud til psykisk syke lettere tilgjengelig.

Bjørnegård psykiske helse trekkes positivt frem i intervjuene. Stedet ligger i gåavstand fra Sandvika sentrum i hyggelige omgivelser. Dette er et lavterskeltilbud, som ikke har krav om henvisning fra lege. Tilbudet om korttidsplasser kan virke forebyggende i den forstand at brukere enkelt får omsorg og trygghet ved behov, slik at ikke mer alvorlige tilstander inntreffer.

Gyssestad psykiske helsetjeneste for barn og unge omtales også svært positivt. Det fremheves særlig at tjenesten er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud og at kompetansen er høy.

Helsestasjonene har særlig fokus på barnets første leveår og samspillet med mor samt psykisk helse blant ungdom. Det er en lav terskel for å benytte dette tilbudet også utover de mer obligatoriske småbarnskontrollene, og tilbudet når mange av kommunens innbyggere. Helsestasjonen kan se psykiske vanskeligheter hos foreldre og kan dermed oppdage psykisk

¹¹ IS 1162 Veileder ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.

¹² De øvrige er gjengitt i Vedleg

sykdom i familier på et tidlig stadium. Helsestasjonene deltar i utstrakt samarbeid med barnehager og skoler og jobber også forebyggende.

Hjemmebaserte tjenester får god omtale i intervjuene. De har høy kompetanse og møter brukerne i deres eget hjem. Mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser vil ofte trenge bistand i hjemmet. De vil kunne trenge menneskelig kontakt og aktivisering. Videre trengs ofte hjelp til å lære dagliglivets rutiner, og til å opprettholde alminnelig bostandard. Personalet som skal yte hjemmebaserte tjenester til mennesker med psykiske lidelser trenger kunnskap og gjennomarbeidede holdninger i forhold til oppgavene.

Som nevnt under kapitlet om samordning, oppfatter mange kommunens tilbud som noe fragmentert, og flere mener det kan være vanskelig å finne frem blant tilbudene. For at tjenestene skal være tilgjengelig for publikum og for brukerne, må det være enkelt å orientere seg om tilbudene. Det ligger mye informasjon om tilbudene på kommunens internettsider, og i Rullering av plan for psykisk helse er det vedtatt å utarbeide bedre informasjon på internett med ny portal.

Overfor revisjonen er betydningen av tidlig intervensjon ved psykisk ubalanse fremhevet. Det er antatt at en stor del av alle pasientene hos fastlegene kommer dit med diffuse psykiske plager, og revisjonen har fra flere hold fått inntrykk av at fastlegenes kompetanse på psykisk sykdom generelt ikke er god nok. Mange som henvender seg til sin fastlege med ulike mindre alvorlige psykiske vanskeligheter mottar sykemelding eller medikamenter fremfor hjelp til å mestre sin situasjon. Det blir fra flere hold hevdet at fastlegene ikke har god nok kunnskap om kommunens tilbud. Det er påpekt overfor revisjonen at kommunens tilbud har ”huller” her, særlig for gruppen voksne med lettere psykiske lidelser.

Det etterlyses et lavterskeltilbud til voksne med mindre alvorlige psykiske lidelser. Gyssestad Psykisk helsetjeneste for barn og unge blir som nevnt ovenfor trukket frem som et meget godt tilbud, og det fremkommer i intervjuer at det er behov for et tilsvarende lavterskeltilbud for voksne i kommunen. På den måten ville tilgjengeligheten til kompetanse på psykisk helse bli betraktelig bedre enn i dag for gruppen voksne med lettere psykiske lidelser. Revisjonen er kjent med at Bærum kommune har satt i gang et prosjekt med psykologi i allmennpraksis (PIA) der kommunale psykologer er tilknyttet to legesentre. Prosjektet er ikke evaluert ennå.

Bærum kommune har også etablert arbeidsplasser til mennesker med psykiske lidelser. I prosjektet *Ny giv- uføre som ressurs*, gis personer som er uføretrygdet på grunn av lettere og moderate psykiske lidelser og som har restarbeidsevne mulighet til å få tilrettelagte arbeidsplasser i kommunen. I Rullering av plan for psykisk helse, er det besluttet at prosjektet skal videreføres.

5.3 Revisjonens vurdering

På de fleste områder oppfattes kommunens psykiske helsetilbud som lett å nå. Dette er særlig tilfellet for lavterskeltilbud for barn og unge. Kommunens aktivitetstilbud ser også ut til å ha lyktes og blir trukket fram av mange som positivt. Det samme er tilfellet med helsestasjonene og hjemmebaserte tjenester.

Det psykiske helsetilbudet kan styrkes ved at kommunen intensiverer sin egen informasjonsvirksomhet om tilbudene slik at tilbudene framstår mer oversiktlig.

6 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

6.1 Konklusjon

Revisjonen mener undersøkelsen avdekker at kvaliteten på det psykiske helsearbeidet i hovedsak er godt i Bærum. Sammenliknet med andre kommuner er tilbudet godt utbygget. Det er et variert tjenestetilbud som treffer de fleste grupper i kommunen.

Undersøkelsen har ikke avdekket alvorlige mangler, og flere av de forbedringsmuligheter vi har sett er det allerede igangsatt tiltak for å bedre, bl.a. psykologi i allmennpraksis og bedring av informasjonen. Det er likevel fortsatt et par forhold som etter revisjonens vurdering kan bedre kvaliteten på tjenestetilbudet ytterligere.

Det er oppnådd god brukermedvirkning, og brukerne opplever god kvalitet på tjenestene i følge undersøkelser. Men brukerundersøkelsene måler i liten grad de seks kvalitetsindikatorene som er satt i Sosial- og helsedirektoratets *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*¹³. De inneholder heller ingen direkte spørsmål om brukermedvirkning eller samordning av tjenestene. Brukerundersøkelsene er et av de sentrale redskap rådmannen bruker i sin styringsstrategi og i rapporteringen av aktiviteten. Revisjonen mener det er rom for forbedringer av de spørsmål og påstander som brukerne skal ta stilling til. Etter revisjonens vurdering kan spørsmålene i sterkere grad knyttes opp mot målekartet og det bør etter vår vurdering også være rom for å måle de mest sentrale kvalitetsindikatorene innen de ulike tjenestene. For det psykiske helsearbeidet vil kvalitetsindikatorene i direktoratets veileder være viktige.

Det ligger et forbedringspotensiale i arbeidet med individuell plan for den enkelte bruker. Det er antatt at bare 30 % av brukerne foreløpig har fått en slik plan, og ikke alle har fått en personlig koordinator. Et problem med disse planene er at de ansatte føler at saksbehandlingssystemet gjør det vanskelig å bruke dem. Her nevnes det at planene er vanskelig tilgjengelige og det at det tar lang tid å lage en slik plan, dette kan gå på bekostning av ansikt til ansikt tid. Her er det også en mangel på ledere og koordinatører som kan samordne planprosessene.

Det er ønsket en større samordning mellom de forskjellige tjenestetilbudene og mellom de forskjellige nivåer i behandlingstilbudene. Det samlede tilbud blir oppfattet som noe fragmentert. Dette fremheves særlig for rehabiliteringsfasen. Kommunens organisering av tjenestetilbudet i mange forskjellige sektorer og programutvalg gjør det vanskelig å få oversikt over alle tilbudene og hemmer tilgjengelighet. Det fremheves at det er mangel på ledelses- og koordinatorfunksjoner. Revisjonen mener dette i stor grad kan avhjelpes dersom brukerne i større grad får en individuell plan.

¹³ IS 1162 Veileder ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.

6.2 Anbefalinger

Revisjonen vil komme med følgende anbefalinger.

1. Brukerundersøkelsene bør få inn sentrale måleindikatorer for kvalitet, samordning og tilgjengelighet.
2. Arbeidet med individuell plan for den enkelte bruker bør videreføres og intensiveres. Her bør det legges vekt på koordineringsarbeide, samt å gjøre planene mer tilgjengelige for helsepersonell.

LITTERATUR OG KILDEHENVISNINGER

Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, Helserettslige emner Ad Notam Gyldendal 1994.

Bente Ohnstad, Rettigheter og plikter etter ny helselovgivning , Fagbokforlaget 2002.

IS 1162 Veileder, ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet.

KARNOV

Kommunehelsetjenesteloven Lov 19. nov. Nr. 66/1982 om helsetjenesten i kommunene.

Sosialtjenesteloven. Lov 13. des. Nr. 81/1991 om sosiale tjenester mv

St.meld. nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

St. prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998.

St. meld. nr. 21 (1998-1999) *Om ansvar og meistring*.

NIBR-rapport 2005:6 Brukermedvirkning og psykisk helse

Utkast til veileder for psykisk helsearbeid i kommunene, SINTEF Helse 2005

Veileder individuelle planer, Sosial- og helsedepartementet 2001.

VEDLEGG 1: STATLIGE FØRINGER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Kommunens plikt til å yte psykisk helsearbeid er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven¹⁴ og i sosialtjenesteloven.¹⁵ Det finnes i tillegg bestemmelser med betydning for kommunens psykiske helsearbeid i andre lover, for eksempel psykisk helsevernloven, spesialisthelsetjenesteloven, opplæringsloven og trygdeloven.

Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skiller ikke mellom somatisk og psykisk sykdom og gir heller ingen klar angivelse for hvilke tilbud kommunen plikter å yte innenfor psykisk helsearbeid. Lovene angir hvilke tjenester kommunen må ha og kan ha, men ikke hvordan tjenestene til psykisk syke skal organiseres.

7.1 Kommunehelsetjenesteloven

Lovene sier ikke noe om kvaliteten på tjenestene, men kommunehelsetjenestelovens § 2-1 gir *Enhver rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg*. Dette er en rettighet den enkelte borger kan påberope seg overfor kommunen. Innholdet i ”nødvendig helsehjelp” er imidlertid ikke nærmere angitt i loven. I henhold til juridisk teori¹⁶, er det klart at retten går lenger enn retten til øyeblikkelig hjelp, men ikke så langt at borgeren kan kreve en ”optimal livsstandard”. Grensen mellom disse ytterpunktene er ikke gitt, men det er klart at begrepet ”nødvendig” er et strengt kriterium.

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 ramser opp oppgaver som kommunens helsetjeneste skal omfatte og lyder som følgende:

1. *Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som:
 - a) miljørettet helsevern
 - b) helsestasjonsvirksomhet
 - c) helsetjenester i skolen
 - d) opplysningsvirksomhet
 - e) helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under kriminalomsorgen*
2. *Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte*
3. *Medisinsk habilitering og rehabilitering*
4. *Pleie og omsorg*
5. *Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner*

For å løse oppgavene, lister bestemmelsens annet ledd opp hvilke tjenester kommunen skal sørge for. De tjenester som er relevante for kommunens psykisk helsearbeid er:

- *allmenneleitetjeneste, herunder fastlegeordningen*
- *fysioterapitjeneste*
- *sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*

¹⁴ Lov 19. nov. Nr. 66/1982 om helsetjenesten i kommunene

¹⁵ Lov 13. des. Nr. 81/1991 om sosiale tjenester mv

¹⁶ Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, ”Helserettslige emner” Ad Notam Gyldendal 1994

Loven sier ikke hvilke tjenester som er adekvate i det enkelte tilfelle. Det er brukernes behov sammen med medisinskfaglige vurderinger som må være avgjørende for hvilke tjenester kommunen må sørge for.

Kommunens ansvar for tilfredsstillende tjenester følger videre av sosialtjenesteloven § 2-1, som gir kommunen ansvar for tjenestene etter loven som ikke er lagt til et statlig organ.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste av 3.april 2003, har som formål at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal jobbe forebyggende for bl.a. å fremme psykisk helse.

7.2 Sosialtjenesteloven

Sosialtjenesteloven § 4-2 ramser opp de sosiale tjenester kommunen skal etablere:

De sosiale tjenester skal omfatte:

- a) *praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,*
- b) *avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,*
- c) *støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer,*
- d) *støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer,*
- e) *lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.*

Dette innebærer blant annet at kommunen skal sørge for praktisk bistand og opplæring til personer med et særlig hjelpebehov, avlastningstiltak, støttekontaktordning og plass i institusjon eller bolig. Sosialtjenesteloven gir ikke minstestandarder for tjenestenes innhold og omfang, og kommunen står i utgangspunktet fritt i sitt valg av hjelpeform overfor den enkelte bruker.

7.3 Opptrappingsplan for psykisk helsevern

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006 legger også føringer for det psykiske helsearbeidet. Stortingsdokumentene som ligger til grunn for opptrappingsplanen er bl.a.:

- St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
- St.prp.nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998.
- St. meld. nr. 21 (1998-1999) Om ansvar og meistring.

I St. meld. nr. 25 Åpenhet og helhet (1996-97) nevnes følgende punkter:

- Styrke forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot psykiske lidelser.
- Gjøre tjenester til mennesker med psykiske lidelser mer tilgjengelige.
- Øke rekrutteringen av bedre kvalifisert personell.
- Forbedre kvalitet og effektivitet i tjenestene.
- Tilpasse tjenestene bedre til pasientenes behov.

- Gi pasienter og pårørende større innflytelse over tjenestene.

I St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse, er målet å *skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus*. Tjenester av god kvalitet for mennesker med psykisk lidelse i alle aldersgrupper skal sikres. Befolkningens psykiske helse skal bedres, dvs. hindre sykdom og fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Opptrappingsplanens øremerkede midler skal ikke erstatte lovpålagte kommunale tjenester, men komme i tillegg for å videreutvikle tilbudene.

7.4 Kvalitet og samordning av tjenestetilbudet

I Sosial- og helsedirektoratets *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*¹⁷ er det listet opp seks forhold, som i hovedsak samler kjennetegnene ved god kvalitet:

- *Virkningsfulle tiltak*
Tiltakene kommunene satser på må gi den tilsiktede virkning. Beslutninger må derfor bygge på relevant og oppdatert kunnskap, og resultatoppnåelse må måles.
- *Trygge og sikre tjenester*
Kvalitet for brukerne forutsetter sikre og forutsigbare tjenester. Risiko for feil eller uheldige hendelser må være lav. Personvernet og informasjonsplikten må være ivaretatt, og veiledning må gis på en faglig tilfredsstillende måte.
- *Brukerinnflytelse*
Brukernes og pårørendes erfaring og synspunkter må påvirke tjenestene. Medvirkningen kan skje på systemnivå og på individnivå. Det må etableres systemer for innhenting av brukererfaringer.
- *Samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet*
For at brukerne skal oppleve kvalitet, må tjenestene fremstå mest mulig helhetlig. Samordning forutsetter at tjenesteyterne samarbeider, og at brukerens behov står i sentrum.
- *Tilgjengelige tjenester*
Det må være enkelt for brukere å nå tjenestene. Tjenestene må være tilgjengelige fysisk og de må være tilpasset kultur- og språkforskjeller. I mange tilfeller må det en aktiv innsats til for å nå enkelte brukere.
- *Ressursutnyttelse*
Ressursene må benyttes på en måte som gir størst mulig gevinst for brukeren og for samfunnet. Før tiltak velges, bør det i åpne beslutningsprosesser tas hensyn til brukerens behov, forventet nytte, kostnad og helhetstenkning.

I stortingsdokumentene som ligger til grunn for Opptrappingsplanen for psykisk helsevern 1999 - 2006, er flere trekk ved tjenestene trukket frem for å beskrive målet om tilstrekkelig god kvalitet.

Målet om lett tilgjengelige tjenester går som en rød tråd i dokumentene som ligger til grunn for opptrappingsplanen. I Sosial- og helsedirektoratets ”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten” er tilgjengelighet nevnt som et kriterium for kvalitet ved at det må være enkelt for brukere å nå tjenestene. Tjenestene må være

¹⁷ IS 1162 Veileder ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.

tilgjengelige fysisk og de må være tilpasset kultur- og språkforskjeller. I mange tilfeller må det en aktiv innsats til for å nå enkelte brukere.

I pasientrettighetsloven¹⁸ § 3-1 gis pasienten rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen. En tilsvarende bestemmelse finnes også i sosialtjenesteloven § 8-4, hvor det fremgår at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med klienten.

I St.meld. nr. 25 (1997-98) Åpenhet og helhet - og i andre sentrale dokumenter - er brukernes medvirkning vektlagt som et sentralt moment for å øke kvaliteten på tjenestene i kommunene. Brukermedvirkning skal finne sted både på systemnivå og på individnivå.

Fra 2004 ble brukermedvirkning stilt som nytt vilkår for utbetaling av øremerkede midler. Kommunene skal videreutvikle og styrke samarbeidet med bruker og pårørendeorganisasjoner om planlegging og gjennomføring av tiltak innen psykisk helsearbeid. Samarbeidet skal være etablert innen utløpet av 2005.¹⁹

I St.prp. nr. 1 (2004-2005) er det uttalt at det fra 2006 blir stilt som vilkår for utbetaling av øremerkede midler at kommunen, i samarbeid med brukere og brukerorganisasjoner, etablerer rutiner for tilbakemelding fra brukerne.

Både i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 og i sosialtjenesteloven § 3-2 er det bestemmelser om plikten til å samarbeide for å ivareta de pålagte oppgavene. Det skal samarbeides både med andre kommunale instanser og med andre forvaltningsnivåer.

Kommunehelsetjenesteloven § 6-2a og sosialtjenesteloven § 4-3a bestemmer at kommunehelsetjenesten skal utarbeide en individuell plan for pasienter, med langvarige og koordinerte tilbud. Individuelle planer er også hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-5. Hovedhensynene bak reglene om slike planer er for det første å sikre samordning av tjenester og videre at brukeren skal medvirke og påvirke sin situasjon.

Ny felles forskrift om individuell plan for sosial- og helselovgivningen trådte i kraft 1. januar 2005. Forskriften er et ledd i arbeidet med å harmonisere helsetjenesten og sosialtjenesten for å sikre brukerne samordnede tjenester.

Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 inneholder også føringer for å skape et mer samordnet tjenestetilbud: ”...å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk...”

I St.meld. nr. 25 (1996-97) uttales det at behovet for samordnede tjenester må ivaretas både ved planleggingen av tiltak for den enkelte bruker, i den generelle planleggingen av tjenestetilbudene i kommunen, og ved felles planlegging på tvers av forvaltningsnivåene.

Den enkeltes rett til individuelle planer finnes i *Tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester §4:*

§ 4. Tjenestemottakerens rettigheter

Tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Tjenestemottakeren har rett til å

¹⁸ Lov nr.63/1999 om pasientrettigheter

¹⁹ Rundskriv IS - 1/2005, Sosial- og helsedirektoratet

delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning tjenestemottakeren og pårørende ønsker det.

Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Den individuelle planen gir ikke tjenestemottakeren større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.

VEDLEGG 2: HØRINGSSVAR FRA RÅDMANNEN

Per-Martin Svendsen

Revisjonssjef

Deres ref.:

Vår ref. :
06/5027/RHAN

Dato:
03.02.2006

Høring forvaltningsrevisjonsprosjekt og psykisk helsearbeid

Vi viser til brev av 17.01.06 der dere etterspør tilbakemelding på om det er opplysninger/vurderinger med betydning for konklusjonene som revisjonen har misoppfattet eller oversett.

Rapporten gir en grundig gjennomgang av kvaliteten på psykisk helsearbeid i Bærum kommune. I konklusjonen betegnes kvaliteten på arbeidet som godt, men det påpekes også forhold som kommunen bør arbeide videre med for å forbedre kvaliteten på tjenestetilbudet til denne målgruppen.

Under pkt 6.2 anbefalinger skriver dere at brukerundersøkelser bør få inn sentrale måleindikatorer for kvalitet og tilgjengelighet. Her vil vi kommentere at det arbeides med å komme frem til objektive kriterier i forhold til brukerfokus for de ulike tjenestene. Dette vil gi et bedre bilde av kvaliteten på tjenestene. Det bør også nevnes at brukerundersøkelsene er utarbeidet i samarbeid med brukerne. Spørsmålene i brukerundersøkelsene kan sikkert endres og forbedres, men det er et poeng å kjøre samme undersøkelse over flere år, for å vise endringer/utvikling. En endring av spørreskjemaene er likevel planlagt, og i denne prosessen vil også brukerne bli involvert. Innspillene fra revisjonen vil vi ta med i det videre arbeidet med revisjonen av brukerundersøkelsene.

Under pkt 2 under anbefalinger skriver dere at arbeidet med individuell plan bør videreføres og intensiveres. Arbeidet med individuelle planer er godt i gang i kommunen, men det er fortsatt en del organisatoriske utfordringer knyttet til arbeidet.

Brukeren skal bli informert om rettigheten til å få utarbeidet en individuell plan, men det er brukerens valg om han/hun takker ja eller nei til tilbudet. Noen kommuner har valgt å lage enkeltvedtak med underretning om klageadgang. I Bærum kommune jobbes det med å avklare dette.

Det kan ta lang tid til å motivere en bruker til å ønske en individuell plan. Dette blir en viktig oppgave for tjenestene.

For å få en personlig koordinator raskt nok, bør det være en instans/ett telefonnummer i kommunen med en kontaktperson på systemnivå/systemkoordinator, som kan bistå brukere og samarbeidspartnere til å utpeke personlige koordinatører.

Denne instansen bør ha oversikt over planarbeidet i kommunen, systematisere samarbeidet mellom forvaltningsnivåene, sørge for oppdatert informasjon og oppdaterte maler, samt ha opplærings- og veilederansvar for koordinatorene.

Videre bør det avklares hvorvidt det skal øremerkes og opprettes egne personlig- koordinator stillinger. Oppgaver knyttet til individuell plan bør beskrives i stillingsbeskrivelser slik at det settes av tid og ressurser til dette arbeidet. Kommunen arbeider med å få disse problemstillingene avklart.

Det blir påpekt i rapporten (pkt 6.1) at det er ønskelig med større samordning mellom tjenestetilbudene og mellom nivåene i behandlingstilbudene. Det sies at det samlede tilbud blir oppfattet som fragmentert.

Slik vi ser det, henger dette delvis sammen med at tjenesteytingen er organisert i selvstendige enheter. Denne type flat modell innebærer at hver enhet har resultatansvar og egen leder som sorterer direkte under rådmannsnivået. Dette kan medføre fragmentering av tjenestene. Det blir da viktig at det etableres koordinerende tiltak på tvers av enhetene. Dette er kommunen i gang med. Det tas sikte på økt samordning mellom tjenestene og mellom tjenester fra ulike forvaltningsnivåer.

Videre vil vi peke på at kommunens arbeid med personer med psykiske lidelser baseres på normaliseringsidealet. Dette betyr at hjelp og tjenester, i størst mulig utstrekning, skal ytes av kommunens ordinære tjenesteapparat. Målet er å bygge opp mest mulig normale og integrerte livsformer for personer med psykiske lidelser, for å hindre segregering og stigmatisering. Dette er i tråd med Opptrappingsplanen som inneholder en klar anbefaling om at kommunene ikke skal etablere særtjenester eller særomsorg for denne målgruppen.

Med hilsen

Ragnhild Haneborg
kommunalsjef

Kopi til:

Trine B Groven
Morten Mjøltnes