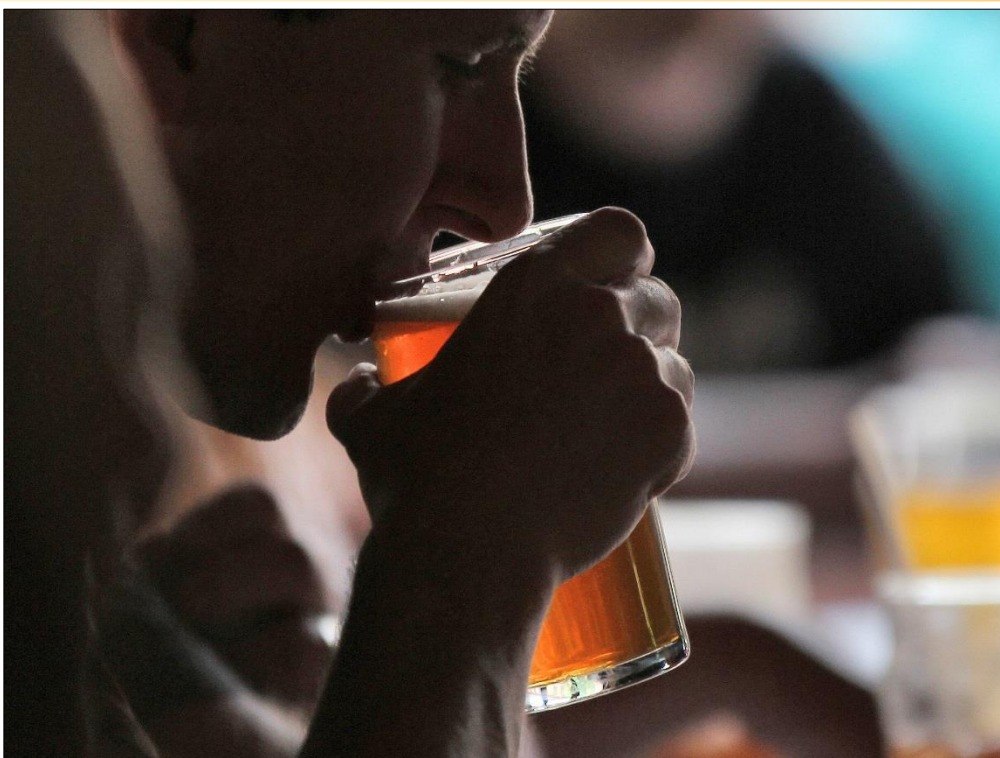


FORVALTNINGSREVISJON AV

# PSYKISK HELSE OG RUSVERN



HÅ KOMMUNE  
NOVEMBER 2017



# INNHold

<b>Innhold</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Rådmannens kommentar</b> .....	<b>8</b>
<b>Rapporten</b> .....	<b>11</b>
1    Innledning .....	12
1.1    Formål og problemstillinger .....	12
1.2    Revisjonskriterier og metode.....	12
2    Psykisk helsearbeid og rusvern i Hå kommune.....	14
2.2    Ressursinnsats og prioritering.....	15
2.3    Organisering .....	19
2.4    Tildeling av tjenester .....	21
2.5    Kommunens tjenestetilbud .....	23
2.6    Samhandling.....	31
2.7    Individuell plan.....	34
2.8    Innspill fra brukerne .....	38
2.9    Gir arbeidet resultater?.....	40
<b>Vedlegg</b> .....	<b>50</b>

# SAMMENDRAG

Formålet med prosjektet har vært å vurdere kommunens arbeid med psykisk helse og rusvern, hvordan tilbudet er tilpasset de ulike brukergruppene og hvilke aktører som er involvert.

## Hovedfunn:

- Andelen tjenestemottakere med psykiske helse- og/eller rusproblemer, er redusert i Hå kommune.
- Andelen ligger nå godt under landsnittet.
- Blant registrerte tjenestemottakere med psykiske helse- og/eller rusproblemer, er en høy prosentandel i alderen 18-24 år. Denne andelen er betydelig høyere enn landsnittet.
- I gjeldende Plan for rusvern (2015-19) heter det at denne aldersgruppa bør prioriteres med hensyn til kartlegging og planmessig, tverrfaglig innsats. Imidlertid har Avdeling psykisk helse og rusvern ikke iverksatt noen særskilte tiltak rettet mot denne aldersgruppen.
- Kommunen kommer svært dårlig ut når det gjelder bruk av individuell plan. Vår gjennomgang viser at krav til dokumentasjon og brukermedvirkning blir oppfylt, men at dokumentasjonen ikke er samlet på ett sted.
- Både brukerrepresentanter og kommunens samarbeidspartnere etterlyser mer bruk av individuell plan.

## Færre innbyggere med psykiske helse- og/eller rusproblemer

For å kunne få oversikt over antallet personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer, har den enkelte kommune anledning til å delta i en kartlegging i regi av helseforetakene og Helsedirektoratet, kalt BrukerPlan. Resultatene fra denne kartleggingen viser da prosentandelen tjenestemottakere med psykiske helse- og/eller rusproblemer er redusert i Hå kommune, og kommunen ligger godt under landsnittet. Forutsatt at disse resultatene gir et reelt bilde, gir dette en indikasjon på at Hå kommunes arbeid innen psykisk helse og rusvern har gitt resultater over tid<sup>1</sup>. Det kan dermed sies å være et samsvar mellom målsettinger og praksis.

## Mange unge blant de kartlagte

Blant de kartlagte i BrukerPlan-kartleggingen har Hå kommune en høy andel unge. I gjeldende Plan for rusvern (2105-19) heter det at andelen unge er høy, og at dette er en aldersgruppe som bør prioriteres, både i kartlegging og planmessig, tverrfaglig innsats. Til tross for at planen fremhever hvor viktig det er å prioritere de unge, har Avdeling psykisk helse og rusvern så langt ikke iverksatt særskilte tiltak rettet mot de unge.

---

<sup>1</sup> Resultatene fra BrukerPlan-kartleggingen må tolkes med visse forbehold. Fra *Regionalt kompetansesenter for rusmiddel-forskning* i Helse Vest, som har ansvaret for kartleggingen innenfor Helse Stavanger hvert år, får vi opplyst at feilkilder foreligger. Blant annet kan det variere hvilke instanser i kommunen som er med i kartleggingen hvert enkelt år.

### **Ressursinnsats og prioritering**

Fordi antallet sosialhjelpsmottakere er lavt i Hå kommune, er kommunens utgifter til sosialtjenesten lave. Samtidig ser vi at psykisk helsearbeid og rusvern er en prioritert oppgave i Hå kommune, først og fremst målt i antall årsverk. Dette viser at kommunen er opptatt av å gi et godt tjenestetilbud overfor innbyggere med psykiske helse- og/eller rusproblemer.

### **Psykisk helsearbeid og rusvern er samlet i én enhet**

Mens noen kommuner velger å ha disse tjenestene adskilt, velger andre å samle tjenestene i én enhet. Etter vår vurdering har Hå kommune valgt riktig organisering ved å samle disse tjenestene i Avdeling psykisk helse og rusvern. Forskning viser nemlig at mange rusmisbrukere også har et psykisk helseproblem<sup>2</sup>. Å samle tjenestene i én avdeling åpner for god samordning av tjenestene, etter vår vurdering. Leder for avdelingen rapporterer forøvrig til kommunalsjef for tjenesteområdet helse og sosial, og partene har faste møter annenhver uke, i tillegg tertial- og årsrapportering.

### **Kartlegging, tildeling og evaluering utføres av samme instans**

Vår gjennomgang viser at Avdeling psykisk helse og rusvern legger stor vekt på å følge brukeren fra a til å, fra kartlegging, tildeling (vedtak) og til slutt evaluering av de tjenestene som er gitt. Hele prosessen gjennomføres av samme instans, nærmere bestemt Fagteamet, som består av leder, fagleder rus- og psykiske helse, foruten tjeneste-utfører og sekretær<sup>3</sup>. Organiseringen åpner for å gjøre justeringer underveis, både i omfang og innhold.

Videre har avdelingen utarbeidet maler for kartlegging, vedtak og evaluering, for å sikre grundighet og likebehandling, men også for å sikre at brukerens synspunkter blir nedfelt skriftlig. Sistnevnte brukes som en del av beslutningsgrunnlaget til enhver tid. Etter vår vurdering har kommunen valgt en organisering som sikrer individuelt tilpassede og fleksible tjenester. I sum vil dette også gi kostnadseffektive tjenester, ved at man utnytter kapasiteten bedre.

### **Kommunens bo- og aktivitetstilbud**

Hå kommune har for tiden ingen ventelister på bolig, og målet i Boligsosial handlingsplan (2013-17) om ferdigstillelse av forsterkede boliger, er nådd.

BrukerPlan-kartleggingen viser at i Hå kommune har en høy prosentandel tjenestemottakere med psykiske helse- og rusproblemer en god bosituasjon. Forutsatt at disse resultatene gir et reelt bilde, må dette sies å være positivt, og peker i retning av at kommunen lykkes i arbeidet med å gi et godt botilbud. Det er likevel viktig å ha oppmerksomheten rettet mot eventuelle innbyggere som har en uavklart bosituasjon.

---

<sup>2</sup> BrukerPlan årsrapport 2016. Helse Stavanger.

<sup>3</sup> Unntaket er tildeling av bolig, som avgjøres av Boligutvalget i kommunen

BrukerPlan-kartleggingen viser også at Hå kommune har en høy andel tjenestemottakere med tilstrekkelig arbeid, aktivitet eller utdanning, noe som også må sies å være positivt.

Fra kommunen blir det presisert at alle får alle tjenester, uavhengig om det er før, under eller etter behandling. Tjenestene som innvilges endrer ikke navn, og det er det samme personalet som gir tjenestene. Det blir dermed feil å operere med et begrep som «ettervern». Kommunen gir forøvrig også tjenester, eksempelvis å ha det koordinerende ansvaret, selv når bruker er innlagt på en institusjon i regi av spesialisthelsetjenesten.

### **Lav andel med individuell plan**

Kommunen kommer imidlertid svært dårlig ut når det gjelder bruken av individuell plan. Dette er noe forunderlig all den tid retten til individuell plan både er lovfestet og spesielt fremhevet i kommunens styringsdokumenter. Vår gjennomgang viser at kravene til dokumentasjon blir oppfylt, men at dokumentasjonen ligger spredt på ulike journalsystem. Sammenlignet med kommunens praksis per i dag, vil individuell plan innebære ytterligere ett sted hvor opplysningene skal skrives ned (med andre ord dobbeltføring), men til gjengjeld blir det enklere å holde oversikten, og tydeligere for alle parter, hva som er avtalt.

### **Samhandling internt og eksternt**

Avdeling psykisk helse og rusvern sine viktigste samarbeidspartnere både internt og eksternt sier seg i hovedsak fornøyde med samarbeidet.

Samtidig blir det fremhevet at alle parter må tørre å stille seg kritiske spørsmål, spesielt i evalueringsfasen. Per i dag er det ikke vanlig praksis å invitere samarbeidspartnere til evalueringen i fagteamet. Fra Avdeling psykisk helse og rusvern blir det imidlertid presisert at alle involverte er velkommen til å delta. Etter vår vurdering bør involverte parter i større grad inviteres til drøfting av tjenestetilbudets effekt.

Blant samarbeidspartnerne er det også flere som etterlyser mer bruk av individuell plan, slik at relevante opplysninger i større grad kan samles på ett sted, som alle har tilgang til. Samtidig poengteres at individuell plan er viktig for ansvarsfordelingen.

### **Innspill fra brukerne selv**

Ved siste gjennomførte brukerundersøkelse i 2016 kommer Hå kommune godt ut. Og kommunen har allerede iverksatt tiltak for å styrke de indikatorene som fikk dårligst score (informasjon og brukermedvirkning). Ett av tiltakene er endring av språket i vedtakene som fattes og språkbruken på nettsidene.

I prosjektet har vi intervjuet et knippe tilfeldig utvalgte brukere i kommunens lavterskeltilbud Mestringsgruppa. Dette er en ukentlig lunsjvtale med brukerbestemte aktiviteter. Disse brukerne savner et noe mer omfattende jobbtilbud enn hva kommunen tilbyr

per i dag. Selv om antallet respondenter er lite, og innspillene må tolkes med forsiktighet, mener vi likevel at dette er et innspill kommunen kan ta opp til vurdering.

### **Personer som motsetter seg kommunens tjenestetilbud**

I samarbeid med kommunene Gjesdal, Time og Klepp har Jæren DPS etablert et eget ACT-team som benyttes overfor personer som enten ikke makter eller ikke ser behov for å ta i mot helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder hovedsakelig personer med alvorlige psykiske lidelser og alvorlig rusavhengighet. ACT blir på norsk ofte oversatt til «pågående og oppsøkende teamtjeneste».

Målet er å gi spesialisert behandling, og oppfølgingen foregår primært i pasientens eget miljø.

For å styrke tilbudet til de som avslutter behandling og uteblir fra oppsatte timer, har Hå kommune søkt midler til utvikling av et primærhelseteam. Formålet er å styrke fastlegetjenesten med sykepleierressurser som kan arbeide målrettet med oppfølging av denne pasientgruppen.

For å bli inkludert i BrukerPlan-kartleggingen, må vedkommende ha mottatt minst én av tjeneste i løpet av de siste 12 månedene, uavhengig om tjenesten er begrunnet i brukers psykiske helseproblem/ rusproblem eller ikke. Det er dermed grunn til å anta at personer som motsetter seg kommunens tjenestetilbud innenfor psykisk helsearbeid og rusvern også er med i tallene. Når resultatene av BrukerPlan-kartleggingen viser en bedring (alle aldersgrupper sett under ett), må vi anta at kommunen også lykkes med å fange opp brukere som i utgangspunktet stiller seg negative til kontakt med behandlerapparatet, og at levekårene har blitt bedre også for denne gruppen innbyggere.

### **Våre anbefalinger:**

- **Vi anbefaler kommunen** å vurdere tiltak for å redusere prosentandelen personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer i aldersgruppen 18-24 år.
- **Vi anbefaler kommunen** å øke andelen brukere med individuell plan.
- **Vi anbefaler kommunen** å vurdere hvordan jobbtilbudet til personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer kan styrkes.
- **Vi anbefaler kommunen** å bedre evalueringen av tiltak, herunder å vurdere om eksterne instanser i større grad bør involveres.

# RÅDMANNENS KOMMENTAR

*(Rådmannens kommentar mottatt 13.11.2017):*

Rapporten gir en god oversikt over kommunens arbeid med psykisk helse og rusvern, hvordan tilbudet er tilpasset de ulike brukergruppene og hvilke aktører som er involvert i denne avdelingen. Rapporten viser at det er et godt samarbeid mellom de interne og eksterne aktørene som er involvert i arbeidet med denne brukergruppen.

Rådmannens tilbakemeldinger på forvaltningsrevisjonens anbefalinger:

**1. Vi anbefaler kommunen å vurdere tiltak for å redusere prosentandelen personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer i aldersgruppen 18-24 år.**

Hå kommune har en rekke tiltak mot barn og unge som ikke kommer frem i denne rapporten

Ungdomsklubbene på Nærbø og Varhaug har hatt en stor oppsving de siste 2-3 år. De har åpent én kveld i uken, der det ofte er 50-70 besøkende. Her blir det gjort et omfattende arbeid for å rekruttere flest mulig av de unge i aktuell aldersgruppe.

Oppsøkende virksomhet. Denne høsten har Hå inngått et samarbeid med Klepp og har satt av noen ettermiddager/kvelder til oppsøkende virksomhet ute blant ungdommene. De ungdommene som har fått påtaleunnlating med vilkår og frivillig ungdomskontrakt følges tett opp av SLT-koordinator.

SLT-modellen er under revidering. Vi ønsker å få enda mer fokus på ungdomsgruppa og har foreslått et eget forum for aldersgruppen 12-20 år. I gruppen sitter representanter fra politi og fra de ulike tjenesteområdene. Målet med denne gruppen, på det utøvende nivået – er at de skal kjenne godt til ungdomsmiljøet i kommunen og raskt kunne foreslå tiltak.

I tillegg til skolehelsetjenesten gir de fleste ungdomsskolene tilbud om samtalegrupper inndelt i jente- og guttegrupper. Familiesenteret er med og gir skolene kompetanse til å kunne gjennomføre slike samtalegrupper.

Kulturskolen er opptatt av utenforskap. De sponser medlemsavgift til de som ikke har betalingsevne.



Det pågår et prosjekt som er kalt «ALLE MED i HÅ». Her arbeider prosjektleder (50%) i forhold til barn/unge fra inntektsfattige familier. Målet er at alle skal delta i minst én fritidsaktivitet.

Hå kommune er i gang med prosjektet «Tverrfagleg samarbeid» hvor også avdeling psykisk helse og rus er sentrale. Dette er et prosjekt som jobber med å videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet rettet mot barn og unge fra 0 til 20 år. Prosjektet ser på systematisering av allerede eksisterende tverrfaglige arenaer, både på individnivå, tjenestenivå og kommunenivå.

Disse områdene/satsingsområdene ønsker vi å revidere/se nærmere på i framtiden:

- organiseringen av SLT – modellen i kommunen
- innholdet i de tverrfaglige arenaene
- innføre BTI (Bedre Tverrfaglig Innsats)
- TIBIR (Tidlig innsats barn i risiko)

Kommunen ønsker å identifisere barn og unge i risiko - og vil tilby tiltak for å forebygge så tidlig som mulig.

## **2. Vi anbefaler kommunen å øke andelen brukere med individuell plan.**

På lik linje med de fleste andre kommuner har Hå kommune lav andel brukere med IP (Individuell Plan) innenfor psykisk helse og rusvern. Vi er glade for at revisjonsrapporten likevel finner at kravene til dokumentasjon og samordning er tilfredsstillende. Verktøyet Hå kommune har (ACOS IP) fungerer ikke i møte med målgruppen. Dette samsvarer med erfaringene fra andre kommuner som benytter elektronisk IP. Hå kommune vil være åpne for å ta i bruk et eventuelt nytt verktøy som egner seg bedre for denne brukergruppen.

## **3. Vi anbefaler kommunen å vurdere hvordan jobbtilbudet til personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer kan styrkes.**

Kommunen har etablert ca. 60 praksisplasser som et tilbud til alle som har aktivitetsplikt etter sosialhjelpsloven. Disse praksisplassene brukes også som avklaringstiltak for brukere som har AAP (Arbeidsavklaringspenger). Ungdommer som ikke har nedsatt arbeidsevne og som kan ha rett til økonomisk sosialhjelp eller dagpenger får hjelp til å komme seg ut i det ordinære arbeidslivet. Kommunen har en egen ungdomskonsulent som er et bindeledd mellom NAV og arbeidsgivere i kommunen. Vedkommende har et stort nettverk av kontakt mot næringslivet og er en forsterkning av NAV sin kontakt mot arbeidsgivere. NAV tilbyr også deltagelse i Kvalifiseringsprogrammet for denne gruppen brukere.

Vedlikeholdsverkstedet er et lavterskel aktivitetstilbud, men det kreves at personen er rusfri og ikke har for store psykiske helseproblemer.

NAV Hå og Avdeling psykisk helse og rusvern holder for tiden på å kartlegge hvilke muligheter det er for å få til et systematisk samarbeid for gruppen som etterspør større muligheter til å prøve seg ut i jobb. NAV sin erfaring er at det som etterspørres av brukerne er et aktivitetstilbud, og ikke nødvendigvis ordinært deltidsarbeid. I dag er dette kommunens ansvarsområde. Den som er uføretrygdet har ikke lenger en oppfølgingsrett hos NAV, jamfør NAV-lovens § 14a om rett til bistand fra NAV. Det vil den uføretrygdede kunne ha gjennom VTO eller VTA-arbeidsplass.

I dag har NAV Hå 3 ledige VTA-plasser og 3 kandidater på venteliste. VTA-plass blir tildelt etter kartlegging av NAV og beslutning i Rådgiverutvalget. Vi arbeider hele tiden med å utvide dette tilbudet, blant annet ved å sørge for at det til enhver tid er de riktige kandidatene som får tilbudet. Her gjennomfører NAV en viktig kartlegging av brukerne sammen med helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Den gruppen av brukere som har gitt uttrykk for at de ønsker å prøve seg ut i jobb, vil også kunne være aktuelle for VTA eller VTO-plasser.

#### **4. Vi anbefaler kommunen å bedre evalueringen av tiltak, herunder å vurdere om eksterne instanser i større grad bør involveres.**

Det har ikke vært vanlig praksis å invitere samarbeidspartnere til evalueringen i fagteamet. Alle involverte er velkommen til å delta. Vi vil vurdere å invitere involverte parter i større grad til drøfting av tjenestetilbudets effekt.

# RAPPORTEN

# 1 INNLEDNING

## 1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet med prosjektet er å vurdere kommunens arbeid med psykisk helse og rusvern, hvordan tilbudet er tilpasset de ulike brukergruppene og hvilke aktører som er involvert.

Mandatet for gjennomføring av prosjektet ble vedtatt av kontrollutvalget i møte 26.10.2016. I tillegg til formålet, framgår det av kontrollutvalgets bestilling at følgende problemstillinger skal besvares:

- Hvordan er tjenestetilbudet innen psykisk helse og rusvern organisert og styrt? Fungerer dette hensiktsmessig?
- Hvilket samsvar er det mellom målsettinger og praksis (resultater) og hvordan rapporteres dette?
- Hvordan sikres samordningen og overgangene mellom kommunale tjenester, og tjenester utenfor kommunen? Hvordan sikres det at noen pasientgrupper eller personer med kombinerte diagnoser ikke faller gjennom i hjelpeapparatet?
- Når og hvordan utarbeides individuell plan?
- Hvordan forholder kommunen seg i situasjoner hvor brukeren motsetter tjenestetilbud eller ikke «forstår sitt eget beste»?
- Hvordan følger kommunen opp situasjonen til voksne med rusproblematikk eller psykiske lidelser for å sikre et godt ettervernstilbud?
- Hvilket bo- og aktivitetstilbud finnes, og samsvarer dette med behovet?

## 1.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

Revisjonskriterier er krav eller forventninger som brukes til å vurdere funn i undersøkelser. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet er følgende kriteriegrunnlag anvendt:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Psykisk helsevernlov
- Kommuneplan Hå kommune (2014-28)
- Hå kommunes omsorgsplan (2015-19), herunder:
  - Rusvernplan
  - Psykiatriplan

- Plan for ressurskrevende brukere
- Folkehelseplan (2015-19), herunder:
  - Rusmiddelpolitisk handlingsplan (2016-20)
  - Boligsosial handlingsplan (2013-17)
- SLT-handlingsplan 2016
- Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser

Metodisk er det benyttet intervju og dokumentgransking, samt sammenligninger (mot seg selv over tid og mot andre kommuner). Vi har valgt å konsentrere oss om brukere 18 år og over. En nærmere omtale av kriterier, metode og kildehenvisninger ligger i rapportens [vedlegg](#).

Vår samlede vurdering er at metodebruk og kildetilfang har gitt et tilstrekkelig grunnlag til å besvare prosjektets formål og de problemstillinger kontrollutvalget vedtok.

## 2 PSYKISK HELSEARBEID OG RUSVERN I HÅ KOMMUNE

### 2.1.1 NASJONALE FØRINGER

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 omhandler kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblemer, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Ansvarer for personer med psykiatri- og rusproblemer omfatter generelle og spesielle tiltak innen forebygging, kartlegging og henvisning, samt oppfølging før, under og etter tverrfaglig spesialisert behandling. Kommunen er også forpliktet til å samordne og koordinere tjenestene til brukerne.

### 2.1.2 FØRINGER I KOMMUNENS STYRINGSdokumenter

**Kommuneplanen for Hå kommune (2014-28)** tar til orde for å sikre et forsvarlig tilbud til personer med særskilte og sammensatte behov. Rusmisbrukere skal bli i stand til å ta del i lokalmiljøet, noe som i praksis innebærer å kunne tilby boliger som er tilrettelagt for individuelle behov i de forskjellige tettstedene. Kommuneplanen sier videre at personer med psykiske vansker skal ivaretas på en god måte når de blir utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, og at de skal bli møtt av relevante fagfolk.

I **Hå kommune sin omsorgsplan (2015 - 2019)** finner vi både en psykiatriplan og en rusvernplan:

- I **Plan for psykiatri** heter det at mål og tiltak skal utarbeides sammen med brukeren og de skal være realistiske. Oppmerksomheten skal rettes mot hva man kan gjøre noe med. Kommunen skal arbeide helsefremmende og forebyggende for å hindre at problemene får utvikle seg. Den enkelte skal få effektiv og samordnet hjelp til å mestre egen bolig, utdanning, arbeid og aktivitet, og det skal legges til rette for brukermedvirkning. Individuell plan skal gis ved behov.
- I **Rusvernplanen** heter det at kommunen skal arbeide for å redusere det totale forbruket av rusmidler, og for å begrense de samfunnsmessige og individuelle skadene bruk av rusmidler kan medføre<sup>4</sup>. Kommunen skal føre en restriktiv alkoholpolitikk og drive et offensivt, samordnet og tverretattlig opplysnings- og

<sup>4</sup> Mens rusvernplanen sier noe om kommunens tjenestetilbud til de som har et rusmiddelproblem, omhandler kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplan (2013-17) det rusforebyggende arbeidet. Kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplan er for øvrig en del av kommunens folkehelseplan.

holdningsskapende arbeid, rettet mot både barn, unge og foreldre. Kommunen skal identifisere skader ved bruk av rusmidler så tidlig som mulig og tilby egne hjelpetiltak. Videre heter det at andelen rusmisbrukere mellom 18-24 år er stor sammenlignet med andre kommuner, at dette er en gruppe som bør prioriteres i forhold til videre kartlegging, gjennom planmessig og tverrfaglig innsats.

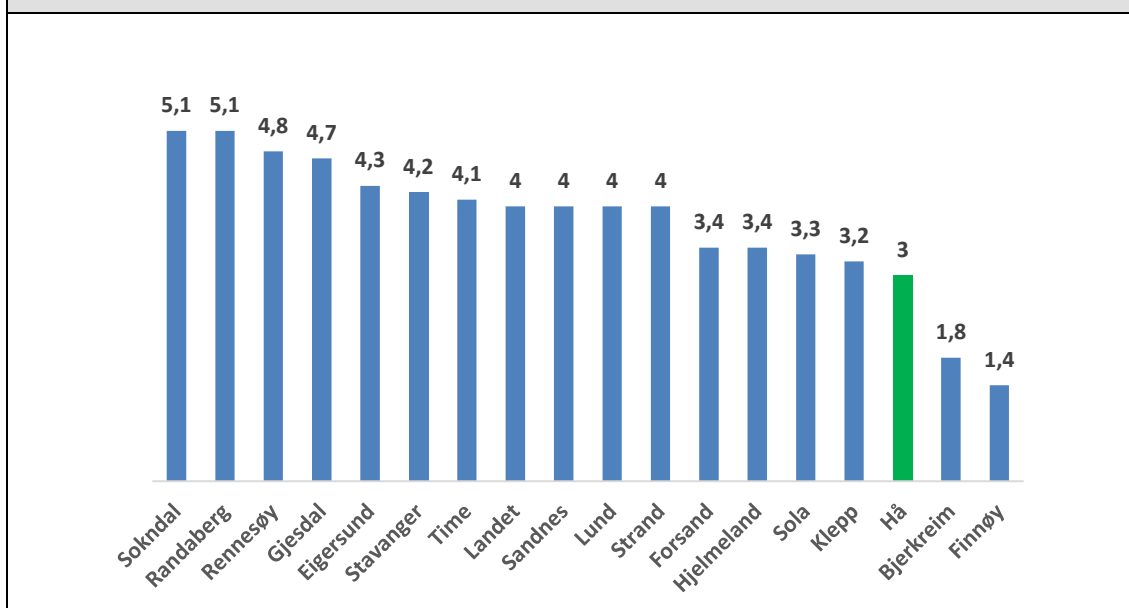
I **Boligsosial handlingsplan (2013-17)** heter det at kommunen har et ansvar for å gi vanskeligstilte et godt botilbud, og at det mest presserende er ferdigstillelse av forsterkede boliger, for å kunne redusere innkjøpet av hospitsplasser.

## 2.2 RESSURSINNSATS OG PRIORITERING

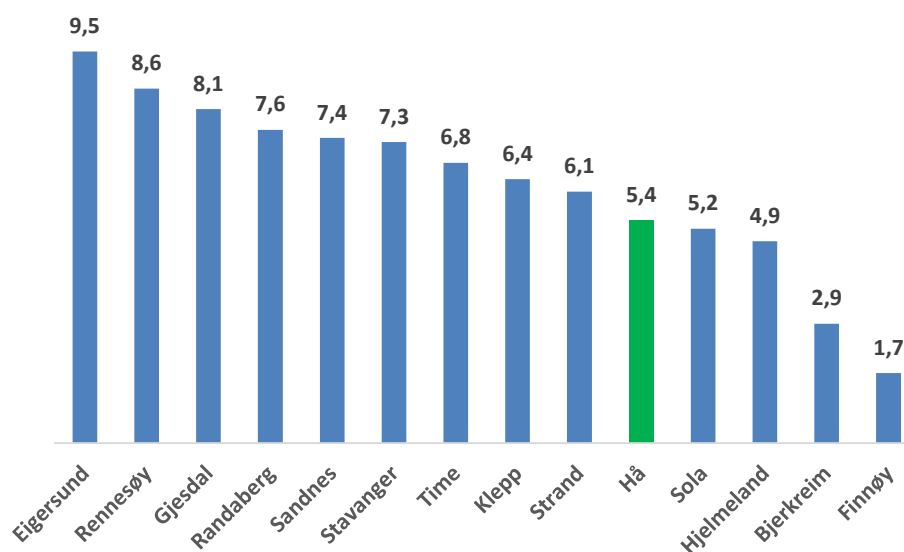
### 2.2.1 SOSIALHJELPSMOTTAKERE GENERELT

Sammenlignet med andre kommuner har Hå kommune få sosialhjelpsmottakere, og av denne grunn er utgiftene til sosialtjenesten lave:

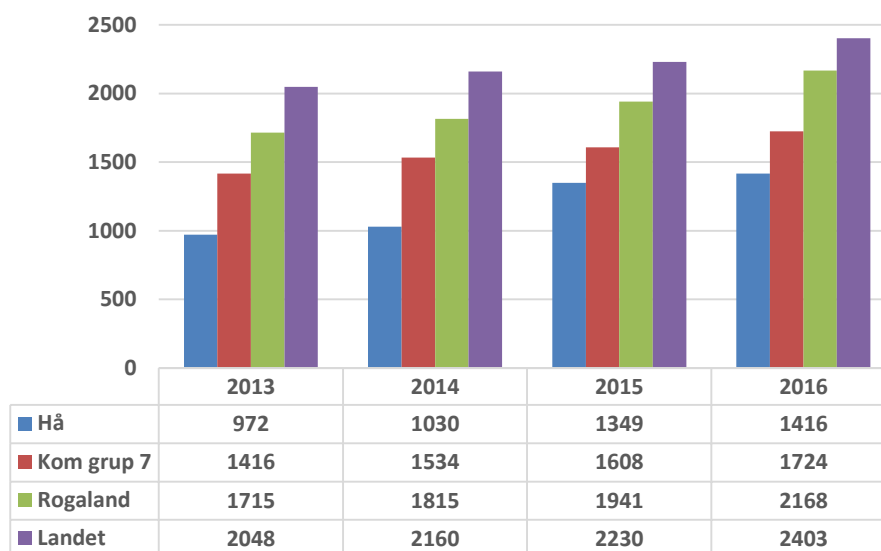
**Figur 1 – Andel sosialhjelpsmottakere 20-66 år av innbyggere 20-66 år (Kilde: KOSTRA)**



**Kommentar:** Tall fra KOSTRA viser at i 2016 mottok tre prosent av alle innbyggerne i aldersgruppen 20-66 år sosialhjelp, mens landsgjennomsnittet lå på 4 prosent. Hå kommune har med andre ord en lav andel innbyggere på sosialhjelp.

**Figur 2 – Andel sosialhjelpsmottakere 18-24 år i prosent av antall innbyggere 18-24 år (Kilde: KOSTRA)**

**Kommentar:** Det samme kan sies om aldersgruppen 18-24 år. I denne aldersgruppen mottok 5,4 prosent sosialhjelp i 2016. Sammenlignet med de kommunene som er tatt med her, er dette en andel som ligger under gjennomsnittet på 6,3 prosent (her foreligger ikke tall for kommunegruppe syv, Rogaland eller landet som helhet i KOSTRA).

**Figur 3 - Netto driftsutgifter til sosialtjenesten per innbygger (Kilde: KOSTRA)**

**Kommentar og vurdering:** Som følge av en få sosialhjelpsmottakere, har kommunen lave utgifter til sosialtjenesten. Men i et fireårsperspektiv ser vi at Hå kommune har hatt en kraftig økning i utgiftene. Økningen må blant annet ses i sammenheng med en stor økning i bosetting av flyktninger. Flyktningene har krav på sosialhjelp ved etablering og frem til de starter opp i Introduksjonsprogrammet. Flyktningfamilier har også rett til supplerende sosialhjelp ved siden av introduksjonslønn. Situasjonen i arbeidsmarkedet de siste årene har også gjort at færre er i arbeid og flere har behov for økonomisk sosialhjelp. Men til



tross for dette ligger kommunen fremdeles under både gjennomsnittet i kommunegruppe syv, Rogalands- og landssnittet. Hå kommune kommer således godt ut.

## 2.2.2 KOMMUNENS PRIORITERING AV PSYKISK HELSEARBEID OG RUSVERN

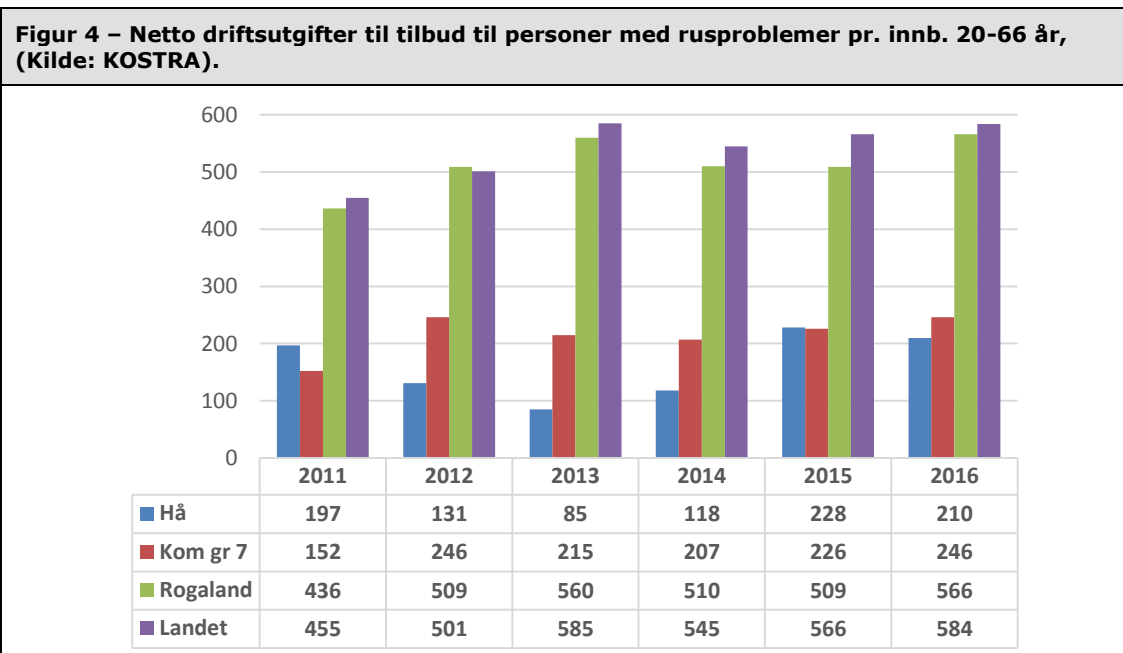
Utgiftene til sosialtjenesten kan spesifiseres i tre hovedområder:

- Andel netto driftsutgifter til råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid
- Andel netto driftsutgifter til økonomisk sosialhjelp
- Andel netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer.

Fordelingen mellom disse tre sier noe om hvordan kommunen prioriterer arbeidet med sosialt forebyggende arbeid og rusvern:

	Hå	Kom gr. 7	Rogaland	Landet
Andel netto driftsutg. til råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid	22,3	39,8	29,9	37,7
Andel netto driftsutgifter til økonomisk sosialhjelp	68,9	51,5	54,1	47,4
Andel netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer	8,8	8,6	16	14,9

**Kommentar og vurdering:** Av tabellen ser vi at mesteparten av kommunens sosialutgifter går til økonomisk sosialhjelp, mens en mindre andel går til forebyggende arbeid og rusproblematikk. Dette er også tilfelle i de fleste andre kommuner. Men samtidig ser vi at andelen som går til sistnevnte formål er noe lavere enn i mange andre kommuner (8,8 prosent, mot landssnittet på 14,9 prosent). Dette betyr at kommunens midler til dette formålet ligger på et lavt nivå, ettersom de totale utgiftene til sosialtjenesten er lavere enn i andre kommuner, jamfør figur 3.



**Kommentar og vurdering:** Det samme ser vi dersom vi ser på «netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer per innbygger». Vi ser her at Hå kommune har lave utgifter sammenlignet med snittet i Rogaland og landet som helhet. Hå kommunes utgifter er faktisk under halvparten av landssnittet.

Denne indikatoren i KOSTRA er det imidlertid knyttet noe usikkerhet til. I likhet med mange andre kommuner rapporterer Hå lite på denne indikatoren. Dette kan påvirke både tallene for Hå kommune og gjennomsnittstallene for kommunegruppen, Rogaland og landet. Kommunen oppgir at utgiftene til personer med rusproblemer er vanskelig å skille ut, fordi kommunen ofte jobber på tvers av ulike brukergrupper. Eksempelvis omfatter kommunens boligsosiale arbeid flere brukergrupper, ikke bare rusmisbrukere. Et eksempel er Hybelhuset, som blir ført på psykisk helse - her bor også brukere med alvorlige rus- og psykiatri-lidelser.

**Tabell 2 – Antall årsverk i tjenester til voksne, barn og unge med psykiske helse- og/eller rusproblemer (Kilde: SINTEF. Tall fra 2016<sup>5</sup>).**

	Eigersund	Gjesdal	Hå	Klepp	Rennesøy	Sandnes	Sola	Stavanger	Time
Tjenester for voksne	57	22	54	26	6	135	49	367	35
Tjenester for barn og unge	5	3	13	10	2	25	14	73	4
<b>Totalt</b>	<b>62</b>	<b>24</b>	<b>68</b>	<b>36</b>	<b>8</b>	<b>160</b>	<b>63</b>	<b>440</b>	<b>38</b>

**Kommentar:** Sum årsverk varierer i takt med innbyggertallet. For prosentvis fordeling, se neste tabell.

**Tabell 3 – Årsverk per 10 000 innbygger til tjenester til voksne, barn og unge med psykiske helse- og/eller rusproblemer (Kilde: SINTEF. Tall fra 2016).**

	Tjenester til voksne	Tjenester til barn og unge	Totalt
<b>Eigersund</b>	50	13	41
<b>Hå</b>	40	27	36
<b>Stavanger</b>	36	25	33
<b>Sola</b>	25	20	24
<b>Gjesdal</b>	25	9	21
<b>Sandnes</b>	24	13	21
<b>Time</b>	25	7	21
<b>Klepp</b>	19	19	19
<b>Rennesøy</b>	17	17	17

**Kommentar og vurdering:** Tallene i tabellen viser at Hå kommune har en forholdsvis høy årsverksinnsats til psykisk helsearbeid og rusvern, målt i antall årsverk per 10000 innbyggere. Hå kommune har plasser (i Vinkelbygget) som selges til andre kommuner, men årsoverkene knyttet til disse blir ført på Hå kommune. I tillegg har kommunen lagt omsorgen for psykisk utviklingshemmede med alvorlige psykiske lidelser inn under Avdeling psykisk helse og rusvern.

For øvrig ser vi også at en forholdsvis høy andel av en totale årsverksinnsatsen kommer barn og unge til gode i Hå, sammenlignet med mange av de andre kommunene som er tatt med her.

<sup>5</sup> SINTEF har siden 2007 årlig samlet inn årsverkstall innen psykisk helsearbeid fra alle landets kommuner, som en del av forskningsprosjekt som utføres på oppdrag fra HelseDirektoratet. SINTEF-rapport IS-24/8. 2016. I 2015 ble rapporteringen for kommunalt rusarbeid (IS-8) slått sammen med rapporteringen for kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24).

## 2.2.3 VÅR VURDERING AV KOMMUNENS PRIORITERING AV PSYKISK HELSEARBEID OG RUSVERN

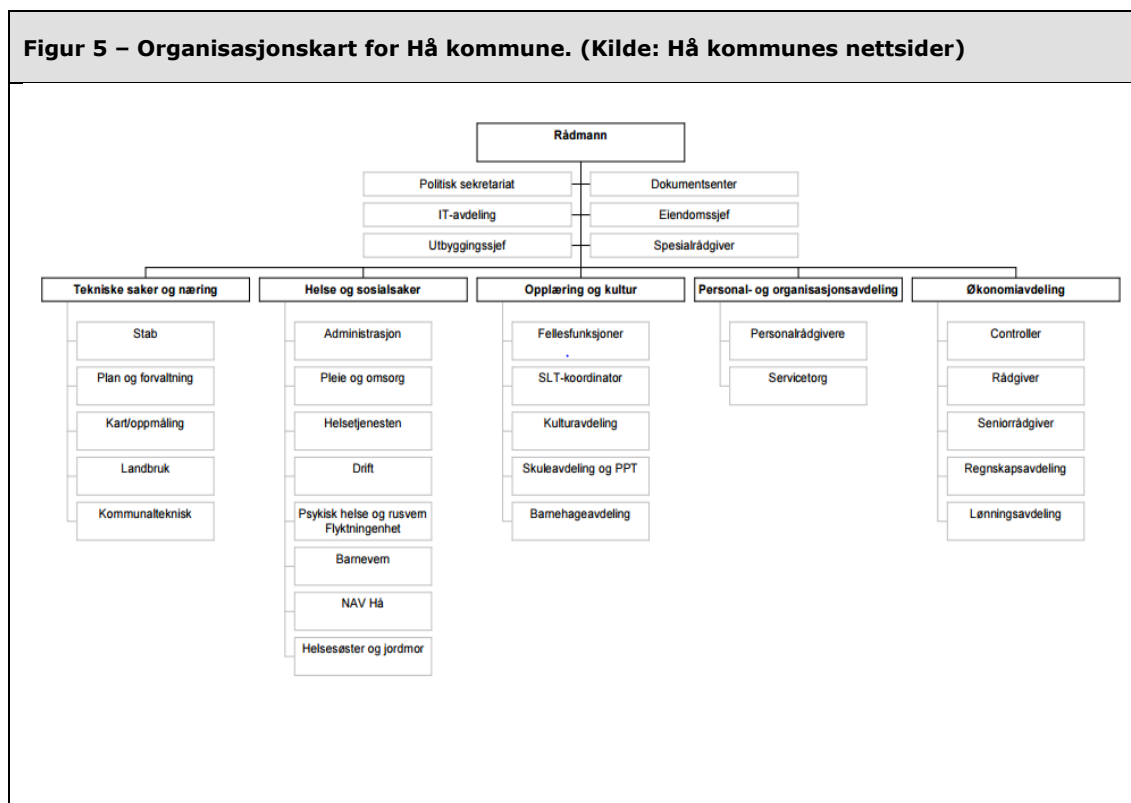
Vår gjennomgang viser at kommunen har lave utgifter til sosialtjenesten, fordi antallet sosialhjelpsmottakere er lavt. Samtidig ser vi at psykisk helsearbeid og rusvern er en prioritert oppgave i Hå kommune, først og fremst målt i antall årsverk. Selv om tallene på antall årsverk må modifiseres noe, viser de likevel at kommunen er opptatt av å gi et godt tjenestetilbud overfor innbyggere med psykiske og/eller rusproblemer.

## 2.3 ORGANISERING

### 2.3.1 PSYKISK HELSE OG RUSVERN I ÉN AVDELING

I 2010 valgte Hå kommune å samordne tjenestene rusvern, boligsosialt arbeid og psykisk helsevern i én avdeling, kalt Avdeling psykisk helse og rusvern. Formålet er å kunne identifisere problemer så tidlig som mulig, samtidig som man er klar over at rusmisbruk påvirker hele familien<sup>6</sup>. Utover dette, samarbeider avdelingen også med andre instanser i kommunen, ofte i regi av ansvarsgrupper (mer om dette i eget kapittel om samhandling).

**Figur 5 – Organisasjonskart for Hå kommune. (Kilde: Hå kommunes nettsider)**



<sup>6</sup> Kilde: Omsorgsplan - Plan for rusvern 2015-2019

**Kommentar:** Avdeling psykisk helse og rusvern sorterer under etat for Helse og sosialsaker.

Avdeling psykisk helse og rusvern er delt inn i flere tjenesteområder:

1. **Hjemmetjenesten** yter tjenester innen psykisk helsearbeid og rusvern til alle tjenstemottakere som ikke har adresse Klokkartunet. Mottakerne tildeles et visst antall timer med tjenester etter vedtak.
2. **Vinkelbygget helseinstitusjon** (heldøgns bemannet institusjon forbeholdt personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer.
3. **Hybelhuset** (utleieboliger med bemanning etter individuelle vedtak)
4. **Aktivitetssenteret**, som er brukerstyrt lavterskeltilbud, rettet mot personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer over 18 år. Her tilbys aktiviteter som matlaging, strikking, syng, trearbeid, veksthus, krydderhage, ulike kurs, jærfletting, tur og kafé.
5. **Familiesenteret**, som er et tilbud til alle familier med barn i alderen 0-18 år.
6. **Flyktningeenheten**, som har ansvar for introduksjonsprogram og bosetting.

Avdeling psykisk helse og rusvern har om lag 60 årsverk, som jobber mot brukere 18 år og over. Avdelingen består hovedsakelig av sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, ergoterapeuter og pedagoger, foruten én erfaringskonsulent.

<b>Tabell 4 – Budsjett og regnskap for Avdeling psykisk helse og rusvern i Hå kommune, 2016 og hittil i 2017 (Tall per 17.10.2017. Kilde: Hå kommune)</b>								
					2016	2016	2017	2017
					Budsjett inkl. endring	Regnskap	Budsjett inkl. endring	Regnskap
<b>FLYKTNINGEENHETEN</b>					3 175 700	3 176 091	4 958 600	3 208 608
<b>VINKELBYGGET</b>					7 243 947	5 461 062	8 389 800	8 569 721
<b>PSYKIATRI:</b>					13 664 436	12 089 580	14 009 700	10 139 198
	<b>Dagsenter for hjemmeboende</b>				1 681 100	1 209 531	1 056 400	343 421
	<b>Støttekontakt</b>				361 800	297 578	373 800	284 193
	<b>Aktivitetstilbud funksjonshemmede</b>				0	8 465	0	0
	<b>Rusvern</b>				2 784 800	1 719 122	3 709 500	2 630 288
	<b>Institusjonspleie</b>				0	0	0	1 581
	<b>Psykiatri</b>				8 836 736	8 691 821	8 870 000	6 796 004
	<b>Asylmottak</b>				0	163 063	0	83 710
<b>HYBELHUSET:</b>					10 394 000	9 551 365	11 282 500	14 025 008
	<b>Institusjonspleie</b>				2 656 900	2 185 719	0	-9 697
	<b>Psykiatri</b>				2 277 500	2 119 416	2 372 600	1 881 760
	<b>Funksjonshemmede</b>				5 459 600	5 246 229	8 909 900	12 152 946
<b>FAMILIESENTER</b>					3 030 300	2 405 312	2 891 200	1 930 011
<b>ALLE</b>				Sum	37 508 383	32 683 411	41 531 800	37 872 545

**Kommentar:** Oversikten viser budsjett og regnskapstall samlet for Avdeling psykisk helse og rusvern, inkl. Familiesenteret og Flyktningeenheten. Leder for avdelingen rapporterer til kommunalsjef for tjenesteområdet helse og sosial, og partene har faste møter annenhver uke, i tillegg tertial- og årsrapportering. Allerede i 2016 ble det klart at utgiftene måtte ned (derfor overskudd i 2016), blant annet som følge av at kommunen fikk to ekstra ressurskrevende brukere i 2016.

## 2.3.2 VÅR VURDERING AV ORGANISERINGEN

Noen kommuner velger å ha tjenestene knyttet til psykisk helsearbeid og rusvern adskilt, mens andre velger å samle tjenestene i én enhet. Etter vår vurdering har Hå kommune valgt en god løsning ved å samle disse tjenesteområdene i én avdeling. Dette fordi en overveiende andel av definerte rusmisbrukere også har et psykiatri-problem. Sistnevnte påstand støttes av ulike forskningsresultater, herunder BrukerPlan årsrapport for 2016<sup>7</sup>. Å samle tjenestene i én avdeling åpner for samordning av tjenestene, mer effektiv ressursbruk og et bedre tilbud til den enkelte bruker, etter vår vurdering.

## 2.4 TILDELING AV TJENESTER

### 2.4.1 HÅNDTERING AV HENVENDELSER

En innbygger med psykiske helse- og/eller rusproblemer tar gjerne kontakt med kommunen for å få bistand i forbindelse med:

- Boforhold
- Helse
- Økonomi
- Sosialt nettverk
- Muligheter for arbeid/ aktivitetstilbud
- Muligheter for fysisk aktivitet/ treningstilbud
- Tjenester i forbindelse med omsorgen for barn

Behovet for tjenester fanges gjerne opp av fastlege, sykehus eller pårørende. Etter å ha mottatt en henvisning, starter kommunen en kartlegging, samtidig som kommunen forsøker å komme i kontakt med vedkommende. Avdeling for psykisk helse og rusvern har selv fastsatt en frist på syv dager fra henvendelse kommer inn, til kommunen tar kontakt med vedkommende. Kommunen oppgir at de med få unntak makter å holde denne fristen.

I kartleggingen av den enkelte bruker har Hå kommune bevisst valgt å benytte den såkalte Recovery-tilnærmingen. Dette dreier seg om hvilke holdninger den ansatte i kommunen har til den enkelte søker. Hovedpoenget er at man forsøker å bevege seg bort fra en tradisjonell, medisinsk tilnærming. Brukeren skal ses i en større sosial kontekst, og oppmerksomheten skal rettes mot personlige erfaringer, ressurser og ansvar, fremfor sykdomshistorikk, diagnose og behandlingstiltak. Bedringsprosessen ses på som en individuell prosess, som krever individuell tilrettelegging, med ulik hjelp til ulik tid. Hele mennesket skal være i fokus og oppmerksomheten rettes mot følgende områder:

---

<sup>7</sup> Kilde: BrukerPlan årsrapport 2016.

- Livskvalitet (herunder også psykisk helse)
- Fysisk helse
- Meningsfulle aktiviteter
- Ordinært, lønnet arbeid

Hå kommune er for øvrig med i et læringsnettverk knyttet til Recovery.

## **2.4.2 KARTLEGGING, VEDTAK OG EVALUERING UTFØRES AV SAMME INSTANS**

Det følger av kommuneloven § 23 nr. 2 at rådmannen skal «sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll». Forarbeidene definerer internkontroll i vid forstand som en prosess, satt i verk og gjennomført av ledere og tilsatte i virksomheten med mål om å sikre måloppnåelse på følgende områder: målrettet og effektiv drift, pålitelig rapportering og etterlevelse av gjeldende lover og regelverk.

I Avdeling psykisk helse og rusvern er det et eget fagteam som både kartlegger, fatter vedtak og som evaluerer tjenestene. Fagteamet består av avdelingsleder, fagleder rusvern, fagleder psykisk helse, foruten ansatte-representant fra den enhet som skal levere tjenesten (primærkontakt) og sekretær. Ved behov kan også andre aktuelle personer bli invitert til å delta. For å sikre betryggende kontroll, har Avdeling psykisk helse og rusvern nylig gjennomført et eget prosjekt med formål å styrke internkontrollen. Blant annet ble det utarbeidet en risikovurdering for å identifisere hva som kan være svakhetene med en slik organisering.

Før tildeling avgjøres i fagteamet, utarbeides en innstilling til vedtak. Til hjelp i dette arbeidet er det utarbeidet maler for hva som skal være undersøkt i kartleggingsfasen. Primærkontakten tar med seg kartleggingsmalen hjem til bruker, og man får dokumentert hva bruker mener. Kartleggingsmalen åpner for at bruker sammen med primærkontakt kan utarbeide et forslag til mål for tjenesten, tiltak for å nå målet, omfang og begrunnelse. Dette er alle momenter som diskuteres i fagteamet. I kartleggingsfasen innhentes også samtykke fra bruker til å innhente journalopplysninger fra for eksempel Jæren DPS ved behov.

I tillegg er det utarbeidet en egen mal for evaluering av tjenesten ved vedtakets utløp. Malen forutsetter at primærkontakten tar kontakt med bruker og at brukers synspunkter på tjenesten som er gitt, blir nedskrevet. På denne måten blir også brukerens vurderinger en del av evalueringen, som gjøres i fagteamet.

Organiseringen åpner for at fagteamet kan følge bruker fra tjenestebehovet meldes til tjenesten evalueres. Ofte drøftes sakene underveis, og både tjenestens omfang og innhold kan bli justert, noe som sikrer effektiv ressursbruk. Teamet samles to ganger per uke for å både kartlegge, fatte vedtak og for å gjennomgå samtlige tildelte tjenester som

gis til enhver tid i kommunen. Dette er mulig fordi det enkelte medlem av fagteamet har god kjennskap til den enkelte bruker. Men organiseringen forutsetter et grundig forarbeid og ferdig formulerte innstillinger til vedtak. Fagteamets møter skal for eksempel ikke benyttes til formulering av målsettinger.

De tyngste brukerne innlosjert på Vinkelbygget eller Hybelhuset får tildelt en primærgruppe som består av miljøarbeider og/eller miljøterapeuter. Kommunen har som fast praksis at disse tjenestemottakerne får delta i behandlingen av sitt tjenestetilbud i fagteamet. Disse mottakerne er med andre ord satt i en særstilling på grunn av deres omfattende tjenestebehov. Jo flere tjenester, dess viktigere for kommunen er det at de får delta. Blant dem som mottar hjemmetjenester, og som også utgjør langt fler i antall, er det ikke vanlig praksis at bruker inviteres.

Søknader om kommunal bolig til brukere med psykiske helse- og/eller rusproblemer avgjøres i kommunens boligutvalg. Her møter leder for Avdeling psykisk helse og rusvern, og leder av NAV-kontoret i Hå kommune.

### **2.4.3 VÅR VURDERING AV KOMMUNENS TILDELING AV TJENESTER**

Vår gjennomgang viser at kommunen har lagt vekt på oversikt og muligheten til å følge brukeren fra a til å, fra henvendelse, kartlegging, vedtak, til evaluering og avslutning av de tjenester som gis. Hele prosessen foretas av samme instans, Fagteamet (med unntak av bolig som avgjøres av boligutvalget) og etter vår vurdering sikrer dette fleksible og kostnadseffektive tjenester. Samtidig sikrer de etablerte rutinene at brukerens egne synspunkter får komme fram, noe som er spesielt viktig for å kunne gi et individuelt tilpasset tilbud, til enhver tid.

Avdelingen har nylig gjennomført et internt prosjekt for å styrke internkontrollen, og en egen risikovurdering er utarbeidet. Dette viser at kommunen er bevisst de svakheter en slik organisering måtte ha. Samtidig er det viktig at man tørr å stille seg kritiske spørsmål, spesielt i evalueringen av det enkelte tiltak. Som vi skal se i kapittelet om samhandling, er det flere samarbeidspartnere som etterlyser en invitasjon til evalueringen i fagteamet. Fra Avdeling psykisk helse og rusvern blir det presisert at alle involverte er velkommen til å delta, men etter vår vurdering bør involverte instanser i større grad aktivt inviteres til en drøfting av tjenestens effekt.

En del andre kommuner organiserer dette området ut fra en såkalt «bestiller-utfører modell». Vi har i dette prosjektet ikke foretatt noen avveining mellom en slik modell og den organiseringen som Hå kommune bruker i dag.

## **2.5 KOMMUNENS TJENESTETILBUD**

## 2.5.1 OMFANG

Kommunens hovedinnsats overfor innbyggere med psykiske helse- og/eller rusproblemer er først og fremst støtte til livsopphold og bolig. I tillegg ytes en god del tjenester for bedring av den enkelte brukers livssituasjon. Tabellen under gir en oversikt over hvilke tjenester Hå kommune gir innenfor rusvern og psykisk helsearbeid.

I praksis glir tjenester innenfor rusvern og psykisk helsearbeid noe over i hverandre. Begge tjenestetypene omhandler individuelle samtaler, oppfølging, gruppesamtaler eller kurs. Hva som ligger i «individuell oppfølging» kan eksempelvis være hjelp til å

- komme seg til lege,
- finne telefonnummer,
- finne opplysninger på Internett,
- sende søknader/epost,
- utbedre tekniske mangler i den kommunale boligen vedkommende bor i
- finne informasjon om aktuelle lovregler og rettigheter.

Medikamenthåndtering omhandler hjelp til innkjøp av medisin og legging av dosett, i samarbeid med tjenestemottaker og fastlege.

Fra kommunen blir det presisert at alle får alle tjenester, uavhengig om det er før, under eller etter behandling. Tjenestene som innvilges endrer ikke navn, og det er det samme personalet som gir tjenestene. Det blir dermed feil å operere med et begrep som «ettervern». Kommunen gir forøvrig også tjenester, eksempelvis å ha det koordinerende ansvaret, selv når bruker er innlagt på en institusjon i regi av spesialisthelsetjenesten.

I 2016 tildelte Avdeling for psykisk helse og rusvern tjenester til totalt 335 personer. I 2015 var det tilsvarende antallet 296 personer<sup>8</sup>. Antallet tjenester som er gitt, fordeler seg slik:

	2014	2015	2016	2017 (07.09.17)
<b>Kartlegginger</b>	126	175	195	145
<b>Psykisk helsearbeid</b>	202	180	177	198
<b>Rusvern</b>	54	76	74	54
<b>Medikamenthåndtering</b>	39	45	49	43
<b>Støttekontakt/treningskontakt</b>	23	24	28	23
<b>Boligsosialt arbeid</b>	5	6	2	0
<b>Gruppetrening (Turgruppe, Treningscenter, Basseng)</b>	32	25	18	14

<sup>8</sup> Kilde: Årsmelding 2016 Hå kommune

<sup>9</sup> Bassengtrening er gått ut på grunn av ombygging av sykehjemmet på Nærbø. En person kan motta en eller flere tjenester.



**Kommentar:** Vi ser at antallet kartlegginger, rusverntjenester, tjenesten medikamenthåndtering og støttekontakt/treningskontakt har økt. Kommunen opplyser at økningen i antallet kartlegginger og rusverntjenester må ses på bakgrunn av lovendringer de senere årene som i større grad gir kommunene et ansvar for personer med milde og moderate psykiske lidelser/ og eller rusproblemer<sup>10</sup>.

Nedgangen i tjenesten gruppetrening skyldes blant annet at tjenestemottakerne kan få slike tjenester tildelt av Frisklivssentralen i kommunen i stedet. Og nedgangen i antallet personer som mottok tjenesten bolig-sosialt arbeid skyldes at dette tilbudet er registrert i andre tjenestetyper i 2015.

I tillegg kommer Aktivitetssenteret som har cirka 40 unike brukere i gjennomsnitt hver uke. Her kan blant annet deltakerne få anledning til å delta i den daglige driften av senteret.

## 2.5.2 ANTALL AVSLAG

Fra kommunen blir det opplyst at det gis svært få avslag. Ifølge årsmelding for 2016 for Hå kommune har kommunen mottatt én klage innenfor området psykisk helse og rusvern i 2016, mot to i 2015. Klagen i 2016 ble tatt til følge og er derfor ikke sendt videre til Fylkesmannen. Klagen gjaldt en bruker som hadde fått innvilget åtte timer støttekontakt, men som ønsket ti timer.

Hittil i 2017 er det mottatt to klager. Den ene var klage på avslag på søknad om støttekontakt, som ble tatt til etterretning, mens den andre var en klage på antall innvilgede timer til psykisk helsearbeid, som fortsatt under behandling (status per oktober 2017).

## 2.5.3 BOTILBUD

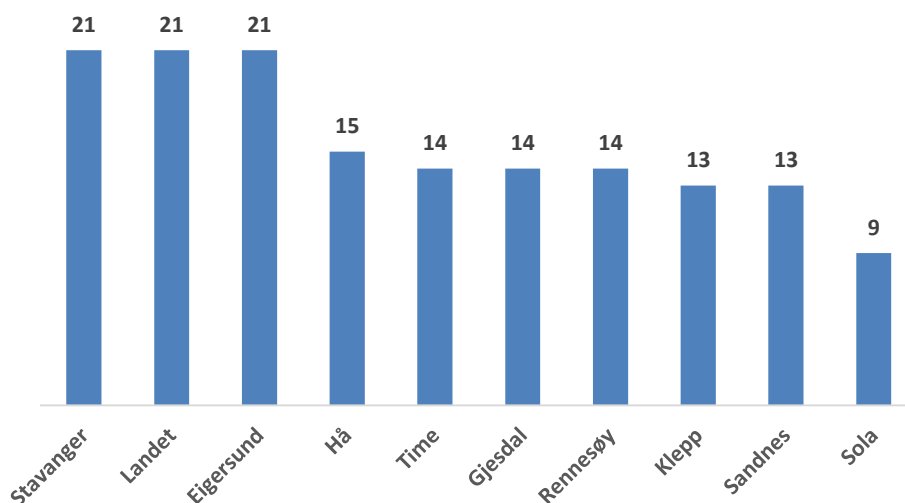
Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 skal kommunen medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine behov på boligmarkedet. I Boligsosial handlingsplan (2013-17) heter det at kommunen har et ansvar for å sørge for at vanskeligstilte får et botilbud. Dette gjøres gjennom bruk av kommunale utleieboliger, hospitsplasser eller botilbud med tilhørende tjenester.

I handlingsplanen heter det videre at det mest presserende er ferdigstilling av forsterkede boliger, for å kunne redusere innkjøpet av hospitsplasser. Dette målet er nå nådd og hospits er ikke benyttet i 2017.

I 2016 mottok kommunen 107 søknader om kommunal bolig, disponert for vanskeligstilte, mens i 2015 var det tilsvarende tallet 111<sup>11</sup>. Kommunen oppgir at det per september 2017 ikke er noen venteliste på bolig i Hå kommune.

<sup>10</sup> Helse- og omsorgstjenestens ansvar for forebyggende arbeid er understreket i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og folkehelseeloven.

<sup>11</sup> Av de 107 søkerne i 2016, var 55 nye søkere.

**Figur 6 – Antall kommunalt disponerte boliger per 1000 innbyggere (Kilde: KOSTRA. Tall for 2016)**

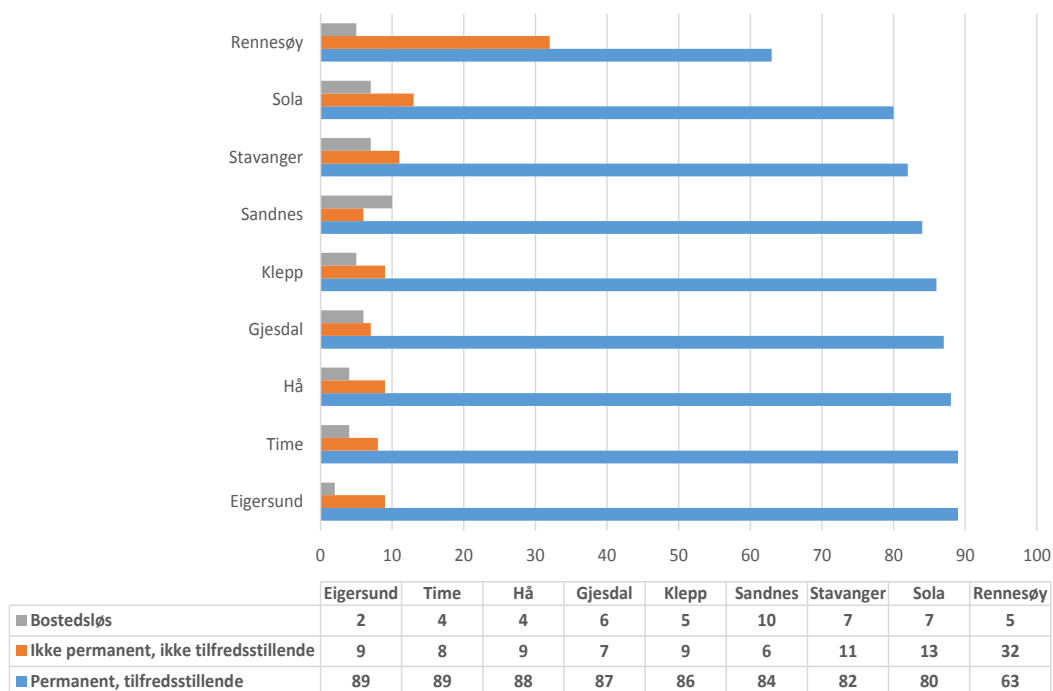
**Kommentar:** I 2016 lå Hå kommune i likhet med de fleste nabokommuner, under landssnittet, målt i antall kommunale boliger per 1000 innbyggere. Som følge av redusert etterspørsel etter boliger forbeholdt eldre (tidligere kalt «trygdeboliger»), har kommunen valgt å gjøre flere av disse boligene om til boliger forbeholdt flyktninger/vanskeligstilte (herunder personer med rus- og psykiatrilidelser). Kommunen opplyser at det ikke er noen venteliste på kommunal bolig per 11.10.2017.

**Tabell 5 – Oversikt over boliger kommunen disponerer, inkl trygde- og omsorgsboliger, per oktober 2017. (Kilde: Hå kommune)**

	Ansvar	Antall
<b>Omsorgs-/ trygdeboliger (16 omdisponert vanskeligstilte)</b>	Helse & sosial Nærbø	108
<b>Boliger til psykisk utviklingshemmede</b>	Helse & sosial Nærbø	53
<b>Kommunale boliger disponert for vanskeligstilte</b>	Avd psyk. helse og rusvern	47
<b>Kommunale boliger for flyktninger</b>	Avd psyk. helse og rusvern	35
<b>Boliger/ hybler Hybelhuset, Klokkartunet nr 1 – 27 (kun oddetall) samt nr. 39</b>	Avd psyk. helse og rusvern	17
<b>Innleide boliger til flyktninger/ vanskeligstilte</b>	Avd psyk. helse og rusvern	15
<b>Institusjonsplasser - Vinkelbygget</b>	Avd psyk. helse og rusvern	12
<b>Vinkelbygget – Klokkartunet 38 og 40 - døgnbemannet</b>	Avd psyk. helse og rusvern	2
<b>Forsterka boliger</b>	Avd psyk. helse og rusvern	8

**Kommentar:** Hå kommune har nådd målet i boligsosial handlingsplan om ferdigstilling av 8 nye forsterkede boliger. Vinkelbygget har for øvrig 12 institusjonsplasser som hører inn under Avdeling psykisk helse og rusvern. Øvrige institusjonsplasser (sykehjem) er ikke tatt med i oversikten.

**Figur 7 – Boligsituasjonen til de kartlagte tjenestemottakerne i Brukerplan-kartleggingen. Prosentvis fordeling i tre kategorier. (Kilde: BrukerPlan 2016)**



**Kommentar:** Vi ser at blant de kartlagte tjenestemottakerne i BrukerPlan-kartleggingen har 88 prosent en permanent og tilfredsstillende bolig. Kommunen opplyser at de rapporterte fem bostedsløse ved den siste BrukerPlan-kartleggingen, men at alle har fått tilbud om bolig. Dette er personer som har takket nei til tilbudet fra kommunen, og som ønsker å bo hos venner og bekjente.

## 2.5.4 KOMMUNENS BOTJENESTER

Hensikten med boligsosialt arbeid er å bidra til at mennesker skal kunne tilegne seg kunnskap og ta i bruk egne ressurser for å mestre det å bo. Kommunen tilbyr nødvendig botjeneste, og tilbudet er delt inn etter beboerens boevne. Målet er at vedkommende skal kunne utvikle sin egen boevne, og bevege seg oppover en «boevne-trapp»;

- Trinn 0: Forsterket bolig
- Trinn 1: Hybelhuset på Klokkartunet
- Trinn 2: Kommunale boliger/ private leiligheter leid av kommunen
- Trinn 3: Eid bolig

**Trinn 0:** Personer på dette trinnet har manglende boevne og får i dag enten tilbud om forsterket bolig eller en omsorgsinstitusjon for rus, i påvente av et tilbud om behandling. En forsterket bolig er en bolig som tåler litt røffere behandling enn en vanlig kommunal bolig.

**Trinn 1:** Dette er beboere med psykiske helse- og/eller rusproblemer eller utviklingshemmede som trenger et bofelleskap med døgkontinuerlig tilsyn/tilstedeværelse av

personell. Kommunen tilbyr bolig med tjenester på Klokkartunet. Tilbudet er et midlertidig botilbud. Det stilles krav om at vedkommende har behov for og tar i mot psykisk helsehjelp. To av disse boligene er definert som krisehybler, noe som innebærer at kontrakter ikke skal skrives for mer enn tre måneder om gangen, og man forutsetter at leietaker etablerer seg i egen bolig i løpet av leieperioden. Krisehyblene har for øvrig hel-døgns bemanning, og er hovedårsaken til at kommunen ikke har hatt behov for å benytte hospits de siste årene.

**Trinn 2:** Vanskeligstilte som kan bo alene i en kommunal bolig. Noen vil ha behov for tjenester som tildeles etter vedtak.

**Trinn 3:** Vanskeligstilte eller personer med nedsatt funksjonsevne som ved litt bistand har nok økonomiske midler og evne til å eie egen bolig.

Langt fra alle vil kunne gå alle trinnene, men dersom alle klarer ett trinn, oppnås en god forbedring for både den enkelte og kommunen. Kommunen fører imidlertid ingen statistikk på hvilke resultater som oppnås når det gjelder utvikling av den enkeltes boevne.

I en del tilfeller bruker kommunen mye på oppussing og istandgjøring av bolig når leieboere flytter ut av kommunale utleieboliger. Hå kommune har opprettet en prosjektstilling innen boligsosialt arbeid som i hovedsak var finansiert av statlige prosjektmidler. Oppgavene er blant annet oppfølging av rusmisbrukere og andre som har utfordringer knyttet til det å bo.

## 2.5.5 AKTIVITETSTILBUD

Kommunen har ulike aktivitetstilbud, blant annet<sup>12</sup>:

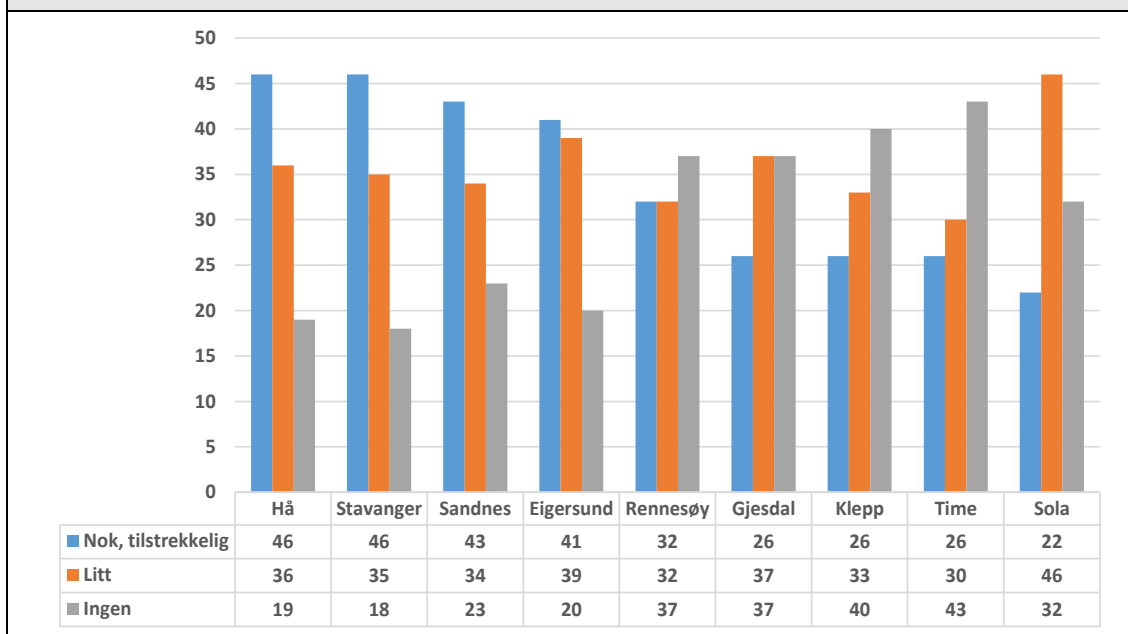
- **Aktivitetssenteret** tilbyr aktiviteter som matlaging, strikking, sying, trearbeid, veksthus, krydderhage, tur og kafé. Dette er et lavterskeltilbud som kan benyttes av personer over 18 år som ønsker hjelp til å håndtere sin psykiske helse og eventuelle utfordringer knyttet til rus.
- I tråd med helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 gir kommunen tilbud om **støttekontakt** til personer og familier som har behov for dette grunnet sosiale problemer.
- Kommunen gir tilskudd til **Funkishuset** som er et lavterskeltilbud for rusmisbrukere i Sør-Rogaland. Her tilbys behandling av sår, vaksine mot hepatitt (A og B), råd og veiledning om helse, og utdeling av sprøyter og prevensjonsmiddel, i tillegg til hjelp til å skaffe time hos tannpleier, gynekolog eller lege<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Mer informasjon om ulike aktivitetstilbud er lagt i rapportens vedlegg.

<sup>13</sup> Mer informasjon om tilbudet er lagt i rapportens vedlegg.

- **Vedlikeholdsverkstedet** utfører arbeid på oppdrag fra tjenesteområdene i kommunen. I 2016 har 29 personer hatt arbeid/arbeidstrening/opplæring i løpet av året, mot 34 i 2015<sup>14</sup>.

**Figur 8 – Arbeid, aktivitet eller utdanning (Kilde: Brukerplan-kartleggingen i 2016)**



**Kommentar og vurdering:** Av tabellen ser vi at Hå, sammen med Stavanger, har den høyeste prosentandelen tjenestemottakere som oppgir at de har nok arbeid, aktivitet eller utdanning. Dette må sies å være positivt.

## 2.5.6 NY START JÆREN – ET SAMARBEIDSPROSJEKT

Sammen med Jæren DPS og Rogaland A-senter samarbeider de fire jærkommunene Klepp, Time, Hå og Gjesdal om et felles statlig støttet prosjekt kalt Ny Start Jæren, som baserer seg på nevnte Recovery-metodikk. Gjennom gjensidig kunnskap om hverandre, herunder oversikt over det totale tilbudet og kompetanse, skal tjenester benyttes på tvers av kommunegrensene, for å kunne gi et best mulig tilbud til brukere med psykisk helse- og /eller rusproblemer.

35 brukere med et sterkt ønske om endring skal gis mulighet til å få skreddersydde, arbeidsrettede aktiviteter og fysisk trening. Målet er utdanning eller jobb på sikt. I prosjektet bidrar firmaet No Limitions med arbeidsrettede og sosiale aktiviteter, foruten et eget treningsopplegg.

Tre uker etter oppstart skal det være dannet en ansvarsgruppe. Her vil også NAV være med. Brukeren skal selv få anledning til å legge føringer for arbeidet. I forbindelse med prosjektet vil det også bli gjennomført et forskningsprosjekt som vil omhandle brukerens

<sup>14</sup> Kilde: Årsmelding Hå kommune 2016

ønsker kontra hvilke tjenester som kan ytes. Resultatet kan bli at de ulike instansene må endre på utformingen av sine tjenester.

### **2.5.7 PERSONER SOM MOTSETTER SEG KOMMUNENS TILBUD**

Ifølge § 10-1 i helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk, foreta nødvendige undersøkelser i saken.

Dersom personen motsetter seg hjelp, er det fast praksis at kommunen involverer fastlegen, som på sin side kan fatte vedtak om tvungen undersøkelse, i samråd med politiet.

I Hå kommune benyttes en oppsøkende behandlingsform kalt «Assertive Community Treatment» (ACT) for personer som enten ikke makter eller ikke ser behov for å ta i mot helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder hovedsakelig personer med alvorlige psykiske lidelser og alvorlig rusavhengighet. ACT blir på norsk ofte oversatt til «pågående og oppsøkende teamtjeneste».

I samarbeid med kommunene Gjesdal, Time og Klepp har Jæren DPS etablert et eget ACT-team. Målet er å gi spesialisert behandling, blant annet oppfølging av mennesker med psykoseproblematikk og/ eller rusproblemer, og oppfølgingen foregår primært i pasientens eget miljø.

For å styrke tilbudet til de som avslutter behandling og uteblir fra oppsatte timer, har Hå kommune søkt midler til utvikling av et primærhelseteam. Formålet er å styrke fastlegetjenesten med sykepleierressurser som kan arbeide målrettet med oppfølging av denne pasientgruppen.

NAV oppgir at det nylig innførte kravet om aktivitet som kriterium for økonomisk sosialhjelp, gjør at de ofte kommer i kontakt med personer som ikke selv oppsøker det offentlige behandlerapparatet. Det samme gjelder brukere hvor NAV vil ha behov for å kartlegge helse- og livssituasjonen til vedkommende, for å kunne avklare rettigheter til statlige trygdeytelser som Arbeidsavklaringspenger eller Uføretrygd. NAV forsøker i slik tilfeller å motivere til å kontakte det offentlige for hjelp og bistand, herunder rus- og psykiatritjenesten i kommunen.

### **2.5.8 VÅR VURDERING AV TJENESTETILBUDET**

Vår gjennomgang viser at Hå kommune har nådd målet som ble satt i boligsosial handlingsplan (2013-17) om ferdigstillelse av forsterkede boliger, og det er for tiden ingen ventelister på bolig.

BrukerPlan-kartleggingen viser at Hå kommune har en høy prosentandelen tjenestemottakere som har en tilfredsstillende bosituasjon, og en høy andel mottakere med tilstrekkelig arbeid, aktivitet eller utdanning. Dette må sies å være positivt, og peker i retning av at kommunen lykkes i arbeidet med å gi et godt tjenestetilbud.

## 2.6 SAMHANDLING

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 første ledd har kommunen plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltiltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven. Videre stiller § 4-1 krav om at kommunen skal tilby *forsvarlige* helse- og omsorgstjenester. I dette ligger at den enkelte pasient eller bruker skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud.

### 2.6.1 SAMARBEIDET INTERNT I KOMMUNEN

I kommunens arbeid med psykisk helse og rusvern er en rekke aktører involvert. Innad i kommunen samarbeider Avdeling psykisk helse og rusvern med fastlegene, NAV, PP-tjenesten, helsetjenesten, Familiesenteret, barnevernet, omsorgstjenesten, SLT og Frisklivssentralen<sup>15</sup>: Hovedinntrykket er at samordningen blir godt ivaretatt med dagens organisering, koordinering og prosedyrer. Flere respondenter fremhever imidlertid at de ulike instansene i kommunen kan bli flinkere til å evaluere iverksatte tiltak.

Hvilket utbytte har vedkommende fått etter å ha blitt henvist?

- Var dette riktig type hjelp?
- Er det naturlig å stille større krav til brukeren selv?

Dette er spørsmål som krever åpenhet og diskusjon, og kommunen må tørre å stille seg kritiske spørsmål.

**Fastlegen** er som regel første kontaktpunkt for denne gruppen tjenestemottakere. Fastlegen stiller diagnose og henviser videre til spesialisthelsetjenesten, poliklinisk behandling, tverrfaglig spesialisert behandling eller Avdeling for psykisk helse og rusvern. Legen har en viktig rolle når det gjelder å fange opp personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer tidlig, og har et ansvar for koordineringen av helsetjenester til LAR-pasienter<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> Kilde: Plan for psykiatri (2015-19) og Plan for rusvern (2015-19).

<sup>16</sup> Helse Stavanger gir tilbud om legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Fastlegen og legekantorene deltar i oppfølging av disse brukerne, blant annet ved å ta urinprøver og dele ut medikamenter.

Leder for fastlegetjenesten i Hå kommune melder om at nært og godt samarbeid med Avdeling for psykisk helse og rusvern. Partene har lagt til rette for elektronisk meldingsutveksling, og fastlegene opplever at alle som blir henvist, blir tatt godt i mot.

**Barneverntjenesten** har et spesielt ansvar for å avdekke omsorgssvikt, atferdsvansker og sosiale og emosjonelle problemer på et tidlig tidspunkt, slik at man hindrer at varige problemer får utvikle seg. Barneverntjenesten og Avdeling psykisk helse og rus samarbeider om tiltak ved mistanke om rusproblemer, og begge instanser sorterer under samme lederteam, noe som bidrar til et tett og godt samarbeid. Når barnevernsbarn nærmer seg myndighetsalder, arrangeres samarbeidsmøter med aktuelle instanser, for å sikre en smidig overgang. Barnevernstjenesten melder om et godt samarbeid med Avdeling psykisk helse og rusvern.

**Pleie- og omsorgstjenesten** og Avdeling psykisk helse og rusvern henviser til hverandre, avhengig av om hovedtyngden er på pleie- og omsorgstjenester eller på psykisk helse/rus. Avdeling psykisk helse og rusvern gir også veiledning til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Også denne delen av kommunens tjenesteapparat opplever samarbeidet med Avdeling psykisk helse og rusvern som godt.

**NAV** sier seg også fornøyd. Samarbeidet er preget av kort avstand og god tilgjengelighet, samtidig som samarbeidet er godt forankret på ledernivå, ved at de respektive lederne møtes én gang i uken, enten i ledermøte eller i kommunens boligutvalg. Veilederne ved NAV og de ansatte i Avdeling psykisk helse og rusvern møtes gjerne gjennom kontakten med tjenestemottakerne, per e-post eller telefon.

**Helsetjenesten** er en lavterskeltilbud med barn og unge mellom 0-20 år og gravide som målgruppe. Tjenesten er sentral i rusvernarbeidet og det psykiske helsearbeidet, siden de er i kontakt med en stor andel av innbyggerne. Særlig i det forebyggende arbeidet spiller tjenesten en stor rolle. De kan fange opp barn og unge som har rusmiddelproblemer/ psykiske vansker selv, eller som har foresatte med slike problemer. Dersom helse-tjenesten blir bekymret for noen av deres brukere, kan de henvise til andre aktører i kommunen eller til spesialisthelsetjenesten<sup>17</sup>. Helsetjenesten sier seg fornøyd med samarbeidet med Avdeling psykisk helse og rusvern, og opplever dagens organisering som god.

**SLT** står for Samarbeid om Lokale forebyggende Tiltak mot kriminalitet og rusmisbruk. Målet er å få til et tverrfaglig samarbeid om forebyggende tiltak. I henhold til leder for SLT i Hå kommune fungerer SLT-samarbeidet godt, og samhandlingen med Avdeling psykisk helse og rusvern anses tilfredsstillende.

---

<sup>17</sup> Kilde: Plan for rusvern 2015-2019



## 2.6.2 SAMARBEIDET MED EKSTERNE INSTANSER

Avdeling psykisk helse og rusvern samarbeider også med en rekke eksterne instanser:

- Jæren distriktpsikiatriske senter
- Ruspoliklinikk Ung Sandnes (Helse Stavanger)
- LAR Helse Stavanger.
- Den fylkeskommunale oppfølgingstjenesten i den videregående skolen
- Barne- og ungdomsrehabilitering
- Ambulant enhet ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)
- Politiet
- Kriminalomsorgen
- Frivillige organisasjoner
- Tidlig intervensjon ved Psykose (TIPS)

Utover samarbeid i enkeltsaker er det faste samarbeidsmøter med LAR Helse Stavanger. Avdeling psykisk helse og rusvern deltar også i ulike nettverk, deriblant Forum for psykisk helse og rusarbeid på Jæren. Her møtes representanter fra Time, Klepp, Gjesdal og Hå kommune, samt Rogaland A-senter og Jæren DPS, og to av medlemmene er brukerrepresentanter. Gruppen møtes tre ganger i året og drøfter utfordringer i samarbeidet mellom instansene.

**Jæren distriktpsikiatriske senter** forteller om et godt samarbeid med Hå kommune, og trekker særlig fram kommunens samlokalisering av personalressursene og kommunens gode tilfang på boliger som en fordel. God tilgjengelighet, at man er sammen om brukerne og en klar ansvarsfordeling er også momenter som blir trukket fram. I dette ligger også at kommunen gjerne følger opp pasienten også når vedkommende er til behandling på Jæren DPS, eksempelvis at kommunen deltar på samarbeidsmøter. Dette blir trukket fram som særlig positivt.

**LAR Helse Stavanger** skulle gjerne sett at bruken av individuell plan hadde vært høyere i Hå kommune. Med en individuell plan blir ansvarsfordelingen mellom involverte parter tydeliggjort. Den enkelte pasient eller bruker vil også ha behov for tydelig informasjon om mål, hvordan målene skal nås og hvem som skal bidra.

Det bør heller ikke være slik at kommunen trekker seg helt ut fordi tjenestemottakeren har få kommunale tjenester, mens vedkommende er til behandling eller utredning hos spesialisthelsetjenesten. Vedkommende vil alltid ha behov for en viss bistand med hensyn til bolig, jobb, aktivitet eller økonomi, siden spesialhelsetjenestens oppgaver først og fremst er avgrenset til å omfatte utredning og behandling.

Fra Avdeling psykisk helse og rusvern blir det fremhevet at dette er noe man forsøker å bli enige om i hvert enkelt tilfelle, og at det vil variere etter hvilken type brukergruppe det er tale om. For de svakeste brukergruppene som gjerne bor i kommunal bolig, og som har fått tildelt medikamenthåndtering etc, vil kommunen være tilstede både før,

under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Er det derimot tale om personer som er i full jobb, bor i egen bolig og som får behandling for en psykiske lidelse i spesialisthelsetjenesten, vil det være mer naturlig at de avtalene partene inngår, stiller færre krav til kommunen som tjenesteyter.

**Ruspoliklinikk Ung Sandnes** sorterer under Helse Stavanger og er et tilbud rettet mot unge i alderen 15- 30 år. Poliklinikken melder om et tett samarbeid både før, under og etter behandling. I likhet med de andre eksterne instansene vi har vært i kontakt med, opplever poliklinikken at Hå kommune er flinke til å gi relevante opplysninger i henvisningene som sendes. Dette er mulig fordi partene kjenner til hverandres oppgaver.

### 2.6.3 VÅR VURDERING AV SAMHANDLINGEN INTERNT OG EKSTERNT

Avdeling psykisk helse og rusvern sine viktigste samarbeidspartnere både internt i kommunen og eksternt sier seg i hovedsak fornøyde med samarbeidet. Dette må sies å være gledelig.

Samtidig blir det fremhevet at man må tørre å stille seg kritiske spørsmål, spesielt i evalueringen av det enkelte tiltak. Som vi så i kapittelet om tildeling av tjenester, er det ikke vanlig at samarbeidspartnere blir invitert til evalueringen i fagteamet. Fra Avdeling psykisk helse og rusvern blir det presisert at alle involverte er velkommen til å delta, men etter vår vurdering bør involverte instanser i større grad aktivt inviteres til en drøfting av tjenestens effekt.

Blant Avdeling psykisk helse og rusvern finner vi samarbeidspartnere som etterlyser mer bruk av individuell plan, for å samle relevante opplysninger på ett sted som alle kan ha tilgang til ved behov. Samtidig blir det fremhevet at individuell plan er viktig for fordelingen av ansvaret. Som vi skal se i neste kapittel, er bruken av individuell plan lav i Hå kommune. Kommunen har etter vår vurdering et klart forbedringspotensiale når det gjelder bruken av individuell plan.

## 2.7 INDIVIDUELL PLAN

### 2.7.1 LAV ANDEL MED INDIVIDUELL PLAN

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 skal kommunen utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester<sup>18</sup>.

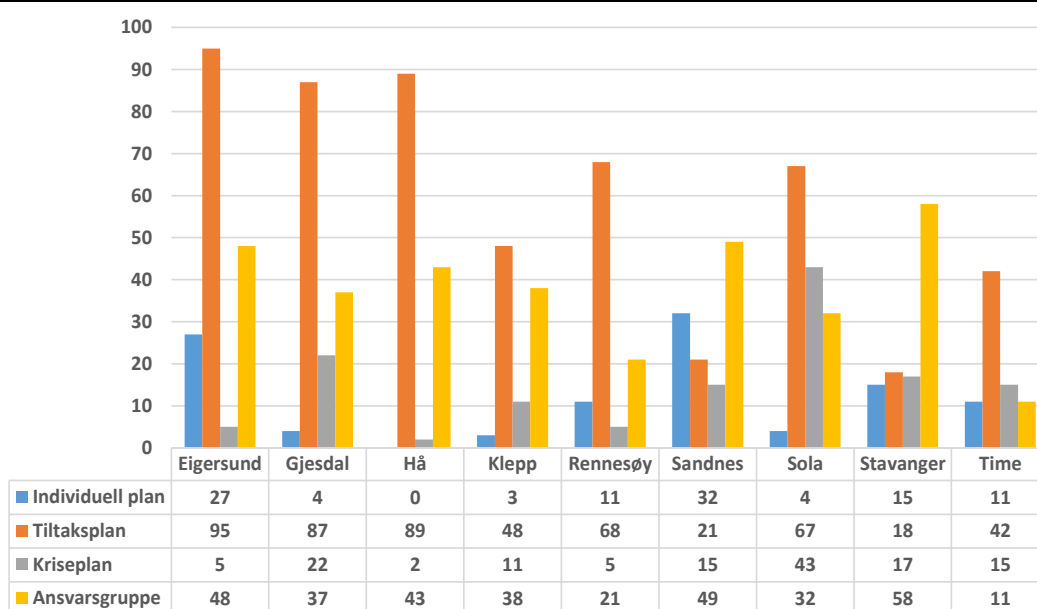
<sup>18</sup> Retten til individuell plan følger også av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.

Retten til individuell plan fremgår også av kommunens Plan for psykiatri (2015-19) og Plan for rusvern (2015-19). Planen skal utarbeides sammen med brukeren og de fagpersoner og hjelpeinstanser som er aktuelle for den enkelte, og brukere som har behov for å få etablert en ansvarsgruppe for samordning av tjenester, skal få hjelp til dette.

Kommunen benytter det elektroniske verktøyet ACOS IP som gir bruker og andre involverte parter tilgang til planen på Internett. Løsningen gjør det mulig for alle med tilgang å redigere og legge inn nytt innhold.

Tabellen under viser prosentandel kartlagte tjenestemottakere i BrukerPlan-kartleggingen som har fått utarbeidet en individuell plan. Her er for øvrig også tiltaksplan, krisepan og ansvarsgruppe tatt med:

**Figur 17 – Prosentandel kartlagte tjenestemottakere med utarbeidede planer og ansvarsgruppe (Kilde: BrukerPlan 2016)**



**Kommentar og vurdering:** Vi ser at i Hå kommune er det faktisk ingen av de kartlagte tjenestemottakerne i BrukerPlan-kartleggingen som har fått utarbeidet individuell plan i 2016. Resultatet er dårlig og kommunen har helt klart et forbedringspotensial her.

Kommunen forsikrer om at brukerne får de tjenester de har krav på, selv om det ikke er mulig å finne spor av dette i kommunens elektroniske løsning for individuell plan. I de fleste tilfeller foreligger strukturerte, skriftliggjorte behandlingsforløp, herunder journalnotater fra kartleggingssamtaler, tiltaksplan, vedtak og referater fra møter i fagteamet, hvor tiltakene blir gjenstand for evaluering. I tillegg avholdes samarbeids-/ansvarsgruppemøter regelmessig, og i samtlige saker.

Videre blir det presisert at for en bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester, vil en ansvarsgruppe formalisere samarbeidet med brukeren og mellom involverte aktører. Bruker skal alltid delta på ansvarsgruppemøtene, og bruker får her anledning til å komme med innspill, både til hvem som skal gjøre hva og frister. Dette vil være forpliktende avtaler for alle involverte. Fra hvert møte utarbeides et referat, som sendes alle parter, inklusiv bruker. Hva som er gjort siden sist, vil være første punkt på neste møte i ansvarsgruppa. Sammenlignet med de andre kommunene, ser vi at Hå har en relativt høy andel tjenestemottakere med ansvarsgruppe.

Fra kommunen blir det også fremhevet at en tiltaksplan vil fange opp mange av de samme behovene som en individuell plan, og at brukeren dermed får dekket sitt behov for koordinering av tjenestene. Sammenlignet med de kommunene som er tatt med her, ser vi også at Hå har en høy prosentandel med tiltaksplan.

For å kunne få utarbeidet en tiltaksplan, er det imidlertid en forutsetning at brukeren mottar tjenester fra Avdeling psykisk helse og rusvern. Ansvaret for utarbeidelse av planen ligger hos avdelingen, og andelen som ikke har fått utarbeidet en slik plan, er gjerne brukere som:

- Er i ferd med å bli rusfrie og som ikke lenger har behov tjenester
- Ikke er henvist til Avdeling psykisk helse og rusvern enda

Det er også viktig å være klar over at brukere over 16 år kan bestemme selv om de ønsker å ta imot tilbudet om individuell plan. Noen ønsker ikke individuell plan fordi de opplever at behovet for samordning er dekket av de planene som allerede finnes.

Så langt har det vist seg utfordrende både for ansatte og den enkelte bruker å benytte kommunens elektroniske løsning for individuell plan (ACOS-IP). Løsningen krever noe opplæring før den kan tas i bruk, samtidig som den krever bruk av ID og passord. Mange brukere er ikke så vant til tekniske løsninger og ønsker heller informasjon i papirform.

En elektronisk løsning er noe mange kommuner har problemer med, og som bekreftes av figuren.

En fordel med individuell plan, som kommunen selv fremhever, er at en individuell plan samler informasjonen på ett sted. Per i dag må referater hentes fra ulike kilder, som tiltaksplan, innkallinger og referater fra ansvarsgruppemøter, foruten journalnotater som Avdeling psykisk helse og rusvern selv skriver inn i sitt datasystem (her dokumenteres telefonsamtaler/drøftinger med fastlege etc.).

Per dags dato er Hå kommune i gang med å vurdere ulike alternativer til dagens løsning. En mulighet kan være å gå tilbake til penn og papir. Fordelen med penn og papir er at dette fungerer godt overfor brukere som ikke har PC, ikke Bank-ID etc.

## 2.7.2 BRUKERNES SYNSPUNKTER PÅ INDIVIDUELL PLAN

Brukerrepresentantene vi har vært i kontakt, fremhever at individuell plan er et viktig verktøy for den enkelte bruker. Verktøyet kan brukes til å få igjennom det vedkommende selv vil, og således ansvarliggjøre omkringliggende instanser. Et eksempel kan være en bruker som ønsker å ta førerkort. Dette drøftes i ansvarsgruppa og man blir enige om hvem som skal gjøre hva;

- Fastlegen sender søknad til Fylkesmannen.
- Brukeren selv sender søknad til politiet om opphevelse av sperreplikt.
- Kommunen hjelper bruker med å skrive denne søknaden.
- Dersom vedkommende er LAR-bruker, må det søkes om dispensasjon fra Fylkesmannen.
- Kommunen kan bistå med å sende inn urinprøver til fastlegen/LAR.

Til forskjell fra en tiltaksplan, vil en individuell plan være mer bindende for involverte parter. Det er også anledning til å fastsette tidsfrister. Planen gjør det således enklere for brukeren å nå sine mål. En bruker som har et sterkt ønske om endring, vil ikke la seg stoppe av mangel på PC. En PC kan man alltid få tilgang til på biblioteket, hos NAV etc.

Individuell plan er dessuten helt i tråd med Recovery-tilnærmingen. Hva er viktig for deg? Hva skal involverte parter bidra med for at du skal få et bedre liv og bedre livskvalitet? Individuell plan åpner ikke bare for brukermedvirkning, men også brukerstyring.

Til slutt fremhever brukerrepresentantene at individuell plan er særlig viktig i en overføringsfase, fra utskrivning fra spesialisttjenesten til kommunen. I denne fasen bør involverte instanser vurdere alle forhold som må være på plass, både bolig, økonomi og sosialt nettverk. Fallgraven er at den enkelte instans kun konsentrerer seg om sine egne behandlingsplaner for pasienten. Dermed blir hva som står i den individuelle planen om ansvarsfordeling (hvem gjør hva) spesielt viktig i overføringsfasen.

## 2.7.3 VÅR VURDERING AV KOMMUNENS BRUK AV INDIVIDUELL PLAN

Kommunen kommer svært dårlig ut når det gjelder bruken av individuell plan. Dette er noe forunderlig all den tid retten til individuell plan både er lovfestet og spesielt fremhevet i kommunens styringsdokumenter. Vår gjennomgang tyder på at kravene til dokumentasjon blir fulgt i praksis, men at dokumentasjonen er spredt på ulike kilder. Sammenlignet med kommunens praksis per i dag, vil bruk av individuell plan innebære dobbeltføring, men til gjengjeld blir det enklere å holde oversikten og tydeligere for alle involverte parter, inklusiv bruker, hva som er avtalt.

Vi vil anbefale kommunen å vurdere å ta i bruk individuell plan i større grad for å få en bedre oversikt over målsettinger, samhandling og ansvarsfordeling. Så langt det er mulig, bør dette gjøres på en slik måte at kommunen ikke øker den totale mengden dokumentasjonsarbeid.

## 2.8 INNSPILL FRA BRUKERNE

Høsten 2016 ble det gjennomført en brukerundersøkelse i tjenesteområdet psykisk helse og rusvern<sup>19</sup>. Brukerundersøkelsen var rettet mot alle over 18 år som mottok tjenester innen psykisk helse og rusvern fra Hå kommune. Svarprosenten var basert på det totale antall tjenestemottakere og endte på 25 prosent. De aller fleste svarte selv (86 prosent), mens de resterende fikk hjelp til å svare.

I undersøkelsen ble det stilt spørsmål om tilgjengelighet, informasjon, personalets kompetanse, samarbeid med andre tjenester, brukermedvirkning, respektfull behandling, resultat for brukerne og helhetsvurdering. Svarene ble gitt ved å krysse av på en skala fra 1-4, hvor 1 var «helt uenig» og 4 var «helt enig».

95 prosent av respondentene sa seg enige i at de helhetlig sett, er fornøyde med tjenestene de mottar<sup>20</sup>. Tjenesteområdet skårer høyt på de fleste indikatorene;

**Tabell 7 – Resultater fra Brukerundersøkelse (Kilde: Brukerundersøkelsen Bedre kommune)**

	Hå	Norge	Time	Eigersund	Strand
Tilgjengelighet	3,7	3,6	3,7	3,3	3,8
Informasjon	3,3	3,2	3,4	2,5	3,5
Personalets kompetanse	3,8	3,7	3,9	2,9	3,8
Samarbeid med andre tjenester	3,7	3,6	3,8	2,5	3,7
Brukermedvirkning	3,5	3,5	3,7	3,0	3,7
Respektfull behandling	3,8	3,8	3,9	3,0	3,9
Resultat for brukerne	3,5	3,4	3,5	2,8	3,6
Helhetsvurdering	3,7	3,7	3,8	3,3	3,8
<b>Snitt totalt</b>	<b>3,6</b>	<b>3,5</b>	<b>3,7</b>	<b>2,9</b>	<b>3,7</b>

**Kommentar og vurdering:** Av tabellen ser vi at Hå kommune ligger likt eller over landsgjennomsnittet på samtlige indikatorer. Dette må sies å være et meget bra resultat. Lavest score får informasjon og brukermedvirkning. 89 prosent av de som svarte på undersøkelsen, oppgir at tjenestene bidrar til et mer meningsfullt liv. 70 prosent oppgir at tjenestene bidrar til at de bedre mestrer sosial kontakt med andre. Dette må sies å være gode resultater.

<sup>19</sup> Kilde: Sak 013/17 Utvalg for helse- og sosialsaker. <sup>19</sup> Brukerundersøkelsen ble gjennomført i tidsrommet 19.09.16-19.11.16. Brukerundersøkelsen ble utført ved hjelp av et verktøy for måling av tjenestekvalitet, bruker- og medarbeider-tilfredshet, kalt «Bedre kommune». Brukerundersøkelsen måler brukeropplevd kvalitet. Dvs. hvordan brukerne av tjenesten subjektivt oppfatter kvaliteten på tjenesten. 64,9 prosent av de som svarte var kvinner og 35,1 prosent menn.

<sup>20</sup> Kilde: Rapport Brukerundersøkelse Psykisk helse og rusvern – over 18 år, 2016 – vedlegg til sak 013/17 Utvalg for helse- og sosialsaker.

Som følge av en noe lavere score på informasjon og brukermedvirkning i undersøkelsen, har Avdeling for psykisk helse og rusvern iverksatt følgende tiltak;

- Språket som benyttes på nettsider, i brosjyrer og i brev form (herunder vedtak) skal bli tydeligere og klarere.
- Søkere skal inviteres til å delta i fagteamet i behandlingen av sin søknad.
- Et informasjonsskriv om brukermedvirkning, som skal sendes til alle tjenestemottakere, skal utarbeides. Her vil det bli informert om individuell plan, tiltaksplan etc. og muligheten for å være med å utforme disse.
- En digital løsning som åpner for direkte tilbakemeldinger fra brukerne er under vurdering. Foreløpig er dette kun på idé-stadiet og digital løsning er ikke valgt.
- Avdelingen planlegger å ta i bruk nettbrett som er direkte knyttet til journalsystemet. Dette åpner for å gjøre endringer i tiltaksplanen sammen med bruker, eksempelvis hjemme hos vedkommende. Dette er et tiltak som vil kunne styrke brukermedvirkningen.

### **2.8.1 INNSPILL FRA BRUKERE I MESTRINGSGRUPPA**

---

Mestringsgruppa er et lavterskeltilbud rettet mot alle aldersgrupper. Her kan man komme å få seg en matbit og diskutere ulike tema, én time i uka. Valg av tema og aktiviteter avgjøres i fellesskap.

Som en del av prosjektet har vi intervjuet fem tilfeldig valgte deltakere i kommunens Mestringsgruppe, alle med behov for oppfølging knyttet til rus- og psykiske problemer. Deltakerne har følgende innspill til kommunens tjenestetilbud innen psykisk helse og rusvern:

- Kommunen oppleves som fleksibel. Er det behov for flere eller færre timer av en type tjeneste, blir dette ordnet raskt og effektivt.
- I kommunen blir man møtt med forståelse og varme.
- Tidligere hadde Hå kommune et jobbtilbud gjennom Jæren industripartner som gav deltakerne en lønn på 200 kr dagen, fem dager i uka. Dette tilbudet gav både struktur i hverdagen og sosial kontakt. Dessverre finnes ikke noe tilsvarende per i dag.

- Å få seg en relevant og fremtidsrettet jobb er vanskelig. Og er man på uføretrygd, men ønsker å prøve seg i jobb, vil man ikke bli prioritert av NAV.
- Deltakerne er ikke motiverte for å delta i kommunens tilbud om turgruppe eller fysisk trening. Og mangler man gode klær og sko (til å være ute i regnet med), er det ikke dette som kommer øverst på handlelista (det som kommer øverst er ulike rusmidler).
- Først og fremst er det de psykiske vanskene som oppleves utfordrende, ikke rusmisbruket, som for øvrig begrenser til alkohol, hasj eller speed. Rusbruken i seg selv oppleves ikke som et stort risikomoment, men det er «alt rundt» som er risikofyllt:
  - Det er jo kriminelt å kjøpe hasj og speed.
  - Rusbruken kan gjøre at man glemmer både å spise og sove.
  - Dersom man går på akkord med søvn og mat, kan man bli en fare for seg selv og andre, når flere er samlet.

Av denne grunn er ikke et Overdose-team hva brukerne trenger. Men det kan være en god idé å lære førstehjelp, om uheldige hendelser skulle oppstå.

## 2.8.2 VÅR VURDERING

Ved siste gjennomførte brukerundersøkelse kommer Hå kommune godt ut. Samtidig har kommunen allerede iverksatt tiltak for å styrke de indikatorene som fikk dårligst score. Dette må sies å være positivt.

Våre tilfeldig utvalgte respondenter fra Mestringsgruppa savner et noe mer omfattende jobbtilbud enn hva kommunen kan tilby per i dag. Selv om antallet respondenter er lite, og innspillene må tolkes med forsiktighet, og det heller ikke er noe lovkrav knyttet til dette, mener vi likevel at dette er et innspill kommunen bør ta opp til vurdering.

## 2.9 GIR ARBEIDET RESULTATER?

For å kunne få oversikt over antallet personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer, har den enkelte kommune anledning til å delta i en kartlegging i regi av helseforetakene og Helsedirektoratet kalt BrukerPlan. Denne kartleggingen ble første gang gjennomført i 2010 og er siden blitt gjennomført årlig. For den enkelte kommune er det frivillig å delta, noe som fører til at hvilke kommuner som deltar, varierer fra år til år. I denne rapporten har vi valgt å ta med tall fra samtlige kommuner innenfor Helse Stavanger som deltok i kartleggingen i 2014, 2015 og 2016.



I BrukerPlan-kartleggingen blir antallet innbyggere som mottar kommunale tjenester og NAV-tjenester, og som blir vurdert av fagpersoner i vedkommende tjeneste til å ha psykiske helse- og/eller rusproblemer, talt opp. Det er her viktig å være klar over at det er fagpersonalet som kartlegger og det er fagpersonalets kunnskap og vurderinger som legges til grunn i kartleggingen. For å bli inkludert i kartleggingen, må personen ha motatt minst en av tjenestene i løpet av de siste 12 månedene, uavhengig om tilbudene er begrunnet i vedkommendes psykiske helseproblem/ rusproblem eller ikke.

I BrukerPlan-årsrapport for 2016 heter det at «tjenestemottakeren blir vurdert å ha et rusproblem dersom mottakerens bruk av rusmidler er til skade for personens funksjonsnivå og til skade for personens relasjoner til andre». Tilsvarende heter det at «tjenestemottakeren blir vurdert å ha et psykisk helseproblem når vedkommende sitt problem går alvorlig ut over den daglige fungering eller relasjoner til andre».

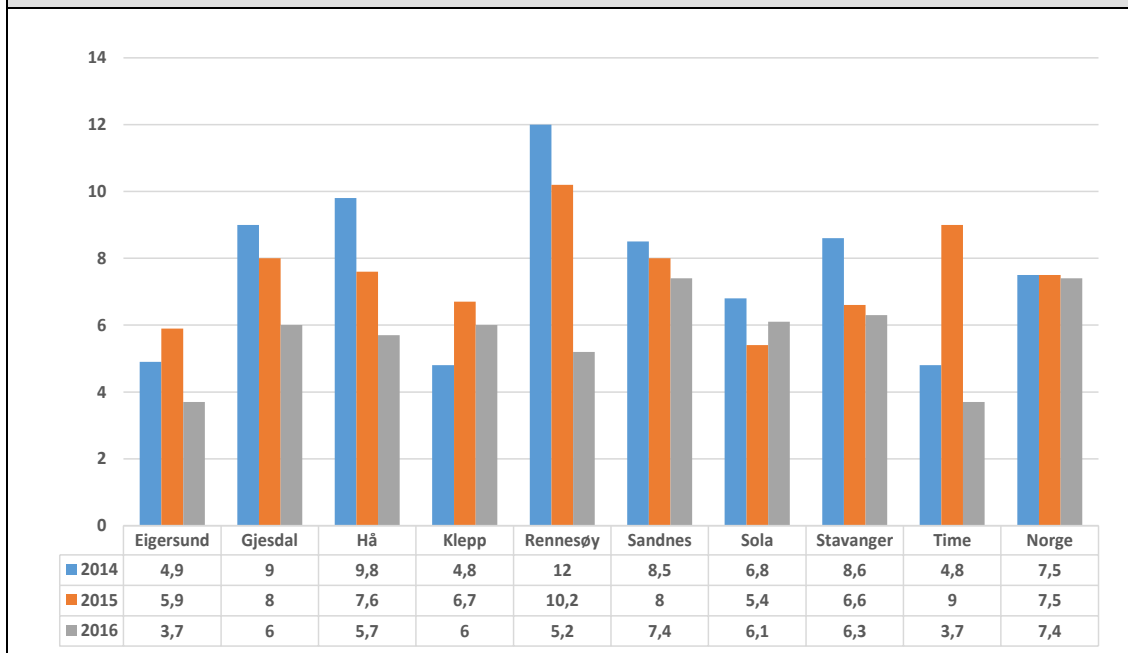
Ansvar for gjennomføringen av kartleggingen i Hå kommune er lagt til Avdeling psykisk helse og rusvern, som sammen med fastlegetjenesten, barnevernet, Familiesenteret og NAV-kontoret danner seg en oversikt over antallet. Kartleggingen omfatter tjenestemottakere over 16 år, og tallmaterialet gjør det mulig å følge utviklingen over tid<sup>21</sup>.

Selv om det er mange forhold som kan spille inn på resultatene fra BrukerPlan-kartleggingen, er det likevel naturlig å anta at resultatene kan gi oss en pekepinn på om det foreligger et samsvar mellom kommunens målsettinger og praksis (resultater)<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Helse Stavanger v/KORFOR har endret aldersgrensen. Mens tallene for 2014 er 18 til 24 år, er tallene for 2015 og -16 fra 16 til 24 år. Antallet i aldersgruppen 16 - 18 år er imidlertid lite, så endringen har liten betydning (Kilde: BrukerPlan 2016).

<sup>22</sup> Forhold som kan påvirke tallene er eksempelvis høy grad av tilflytting/ fraflytting blant tjenestemottakerne, feil gjort i datainnsamlingen i BrukerPlan-kartleggingen, store mørketall og det faktum at et lite antall kan gi store prosentvise svingninger.

**Figur 9 – Prosentandel personer med psykiske vansker/lidelser og/ eller rusproblemer i prosent av befolkning 18 år og oppover<sup>23</sup> (Kilde: Brukerplan).**

**Kommentar og vurdering:** Vi ser at andelen er redusert i Hå kommune, fra 9,8 prosent til 5,7 prosent. Dette må sies å være veldig positivt. Hå kommune ligger nå godt under landssnittet, og i tabellen er det kun tre av ni kommuner som har en lavere andel enn Hå.

Samtidig må resultatene fra BrukerPlan-kartleggingen tolkes med visse forbehold. Fra Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, som har ansvaret for BrukerPlan-kartleggingen hvert år, får vi opplyst at det foreligger feilkilder. Blant annet kan hvilke interne instanser i den enkelte kommune, som er med i kartleggingen, variere noe fra år til år.

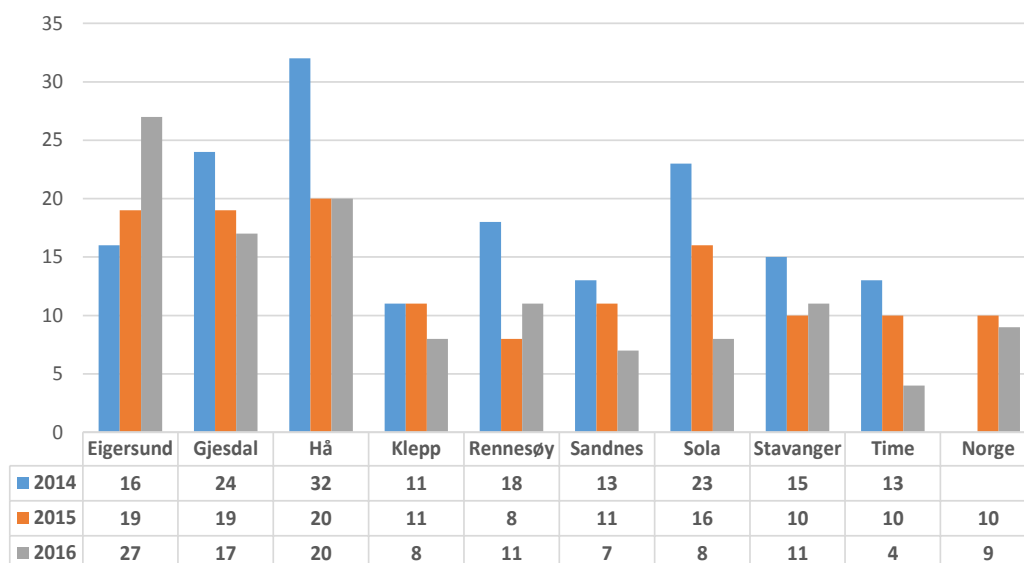
I gjeldende Plan for rusvern (2015-19) i Hå kommune heter det at gruppa rusmisbrukere mellom 18-24 år er stor sammenlignet med andre kommuner, at dette er en gruppe som bør prioriteres i forhold til videre kartlegging, gjennom planmessig og tverrfaglig innsats. I tabellen under ser vi dessverre at prosentandelen kartlagte tjenestemottakere i aldersgruppen 16-24 år fremdeles er høy:

<sup>23</sup> Brukere er i denne sammenheng er som nevnt definert som personer over 18 år som bruker rusmidler, og hvor bruken er til skade for personens funksjonsnivå og relasjoner til andre.

**Figur 10 – De kartlagte tjenestemottakerne i BrukerPlan-kartleggingen sin alder.**

**Prosentandel kartlagte tjenestemottakere (med psykiske vansker/lidelser og/ eller rusproblemer) i alderen 16 – 24 år.**

**(Kilde: BrukerPlan<sup>24</sup>).**

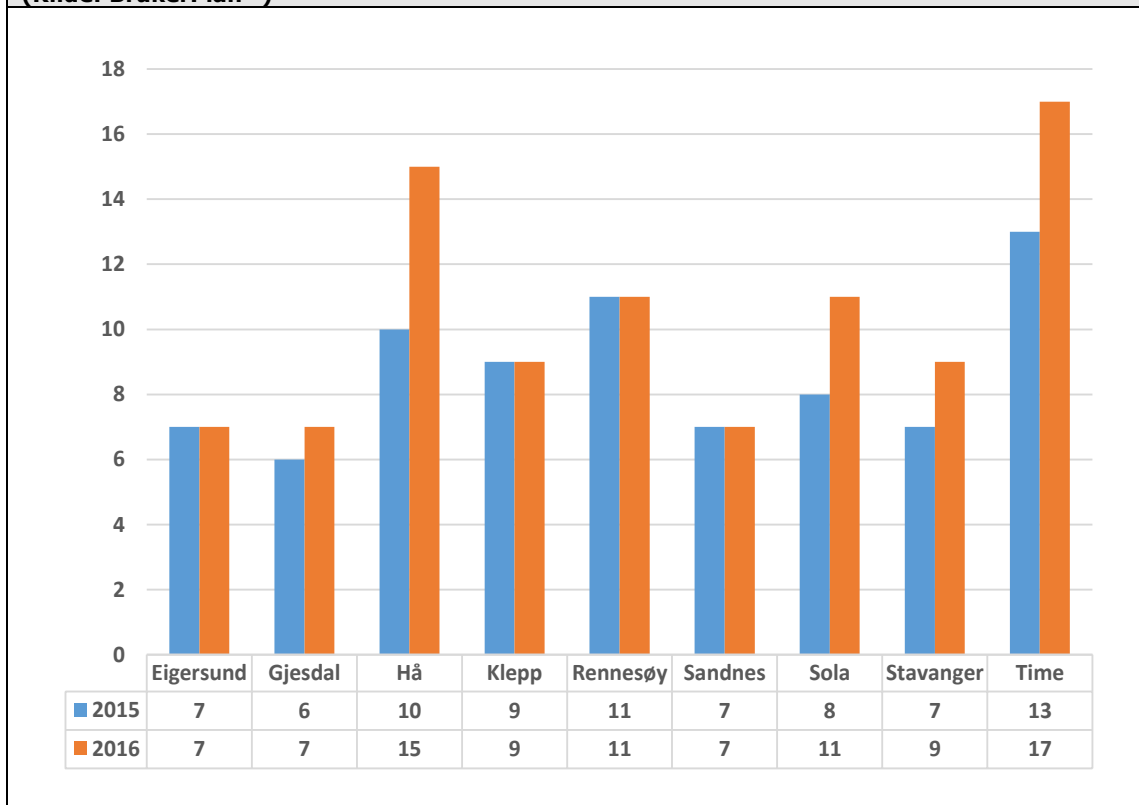


**Kommentar og vurdering:** Både Eigersund, Gjesdal og Hå skiller seg ut med den høy andel kartlagte i den yngste aldersgruppen. Dette kan ha sammenheng med at kommunen klarer å fange opp ungdom med rusproblematikk på et tidlig tidspunkt. Kommunen opplyser at siden de fleste innbyggerne bor i ulike tettsteder langs jernbanen, gjør dette sitt til at forholdene er oversiktlige.

Til tross for at planen fremhever viktigheten av å prioritere denne gruppa, har Avdeling psykisk helse og rusvern så langt ikke satt i verk særskilte tiltak rettet mot de yngste. Men ungdommene har selv sagt anledning til å delta i kommunens tjenestetilbud rettet mot alle aldersgrupper.

Vi har ut fra vårt arbeid ikke grunnlag for å peke på spesielle årsaker til denne høye andelen unge blant de kartlagte tjenestemottakerne i BrukerPlan-kartleggingen. Generelt sett har randkommuner til større byer en høyere andel rusmisbrukere grunnet lavere bokostnader. Men om dette er med å forklare situasjonen vet vi ikke.

<sup>24</sup> Mens tallene for 2014 er 18 til 24 år, er tallene for 2015 og -16 fra 16 til 24 år. BrukerPlan oppgir tallene her uten desimaler.

**Figur 11 – De kartlagte tjenestemottakernes alder.****Prosentandel kartlagte tjenestemottakere som er 60 år eller eldre.****(Kilde: BrukerPlan<sup>25</sup>)**

**Kommentar:** Av tabellen ser vi at 15 prosent av de registrerte tjenestemottakerne i Hå kommune i 2016 er over 60 år. En måte å forklare dette på er at kommunen er flinke til å spore opp disse. For Avdeling psykisk helse og rusvern er dette en prioritert gruppe. De senere årene har avdelingen arbeidet tett med fastlegetjenesten for å fange opp denne gruppen, skape gode rutiner og gi dem et godt tilbud.

En viktig del av BrukerPlan-kartleggingen er en beskrivelse av tjenestemottakernes daglige fungering på åtte ulike områder, kalt funksjonsområder eller levekårsområder. Dette er områder som fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering, sosialt nettverk bolig, økonomi og meningsfull aktivitet.

Den enkeltes funksjonsnivå på hvert av disse områdene vurderes på en tredelt skala som angir alvorlighetsgraden. Områdene er gradert med fargene grønn, gul og rød, hvor rød er mest alvorlig.

<sup>25</sup> Her finnes ikke tall for 2014. Ei heller landstall. Vi har tatt med tall for de samme kommunene som i figuren som omhandler aldersgruppen 16-24 år, for å kunne sammenligne.

**Tabell 6 – Funksjonsområder og kategorisering av alvorlighetsgrad i BrukerPlan-kartleggingen**  
(Kilde: BrukerPlan – årsrapport 2016)

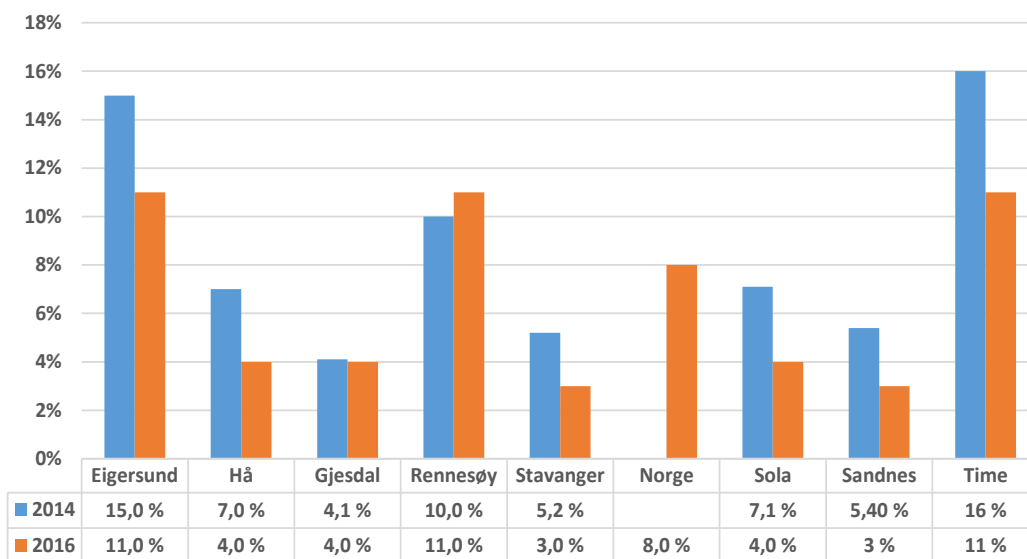
	Grønn	Gul	Rød
Bosituasjon	Permanent og tilfredsstillende bosituasjon	Ikke permanent og/eller ikke tilfredsstillende bosituasjon	Bostedsløs (inkl.hospits og tilfeldig hos andre)
Økonomi	Har rimelig god orden i økonomien, basert på fast inntekt fra lønnet arbeid eller stønad, eventuelt supplert med økonomisk sosialhjelp eller andre midlertidige stønader.	Har noe orden i økonomien, basert i perioder med lønnsinntekt eller stønad, men relativt avhengig av økonomisk sosialhjelp eller andre midlertidige stønader. Kan ha noe illegale inntekter.	Har stor uorden i økonomien og/eller er helt avhengig av midlertidige stønader og/eller illegale inntekter.
Meningsfull aktivitet	Er i tilstrekkelig grad i utdanning/arbeid og eller i aktiviteter som oppleves som meningsfulle.	Er i noen, men ikke i tilstrekkelig grad, i utdanning/arbeid og eller meningsfull aktivitet	Er i liten grad i noen form for utdanning/arbeid og eller meningsfull aktivitet
Fysisk helse	Har ikke fysiske helseplager med alvorlige konsekvenser for den daglige fungering	Har noen fysiske helseplager som gir alvorlige konsekvenser for den daglige fungering og/eller for framtidig helsetilstand.	Har omfattende fysiske helseplager som gir svært alvorlige konsekvenser for den daglige fungering og/eller for framtidig helsetilstand.
Psykisk helse	Psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige. De psykiske problemene kan oppleves som vondt og vanskelig å håndtere, men de er sjelden av en slik art at det går alvorlig ut over den daglige fungeringen	Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser. De psykiske problemene kan være vanskelig å håndtere og kan i perioder påvirke fungeringen på noen livsområder	Alvorlige og langvarige psykiske problemer/lidelser som innebærer ofte store påkjenninger for den enkelte og de nærmeste rundt, og kan gi store funksjonstap på sentrale livsområder
Rus-middelbruk	Ingen eller noe bruk av rusmidler, men ikke slik at det går alvorlig ut over den daglige fungering og/eller relasjon til andre.	Omfattende bruk av rusmidler med alvorlige konsekvenser for daglig fungering, men bruken er innenfor visse grenser slik at brukeren i noen grad kan forutse og begrense de mest alvorlige konsekvensene.	Svært omfattende bruk av rusmidler, med svært alvorlige konsekvenser for den daglige fungering. Bruken er helt grenseløs, slik at brukeren ikke klarer å forutse eller begrense konsekvensene
Sosial fungering	God sosial kompetanse	God sosial kompetanse i det daglige miljø. Mangelfull sosial kompetanse utenfor dette miljøet, som i butikker, offentlige kontor og i andre sosiale miljø utenfor eget daglige miljø	Har en marginal sosial kompetanse i alle typer sosiale sammenhenger
Sosialt nettverk	Har vanlige relasjoner til sosiale nettverk som familie, barn, venner frivillige organisasjoner og/eller arbeidsliv	Har begrensede relasjoner til sosiale nettverk som familie, barn, venner, frivillige organisasjoner og/eller arbeidsliv	Har lite eller ingen kontakt med sosiale nettverk av alle slag, er isolert eller har bare marginale sosiale relasjoner

I denne rapporten har vi sammenlignet prosentandelen i kategorien rød i 2014 kontra 2016, for å se nærmere på om prosentandelen i rød kategori er redusert. I det påfølgende har vi konsentrert oss om de områdene vi anser som viktigst, nemlig psykisk helse, rus-middelbruk, bolig, økonomi, meningsfull aktivitet og fysisk helse.

**Figur 12 – Psykisk helse:**

**De kartlagte tjenestemottakernes psykiske helse. Prosentandel i rød kategori i 2014 kontra 2016**

(Kilde: BrukerPlan<sup>26</sup>)

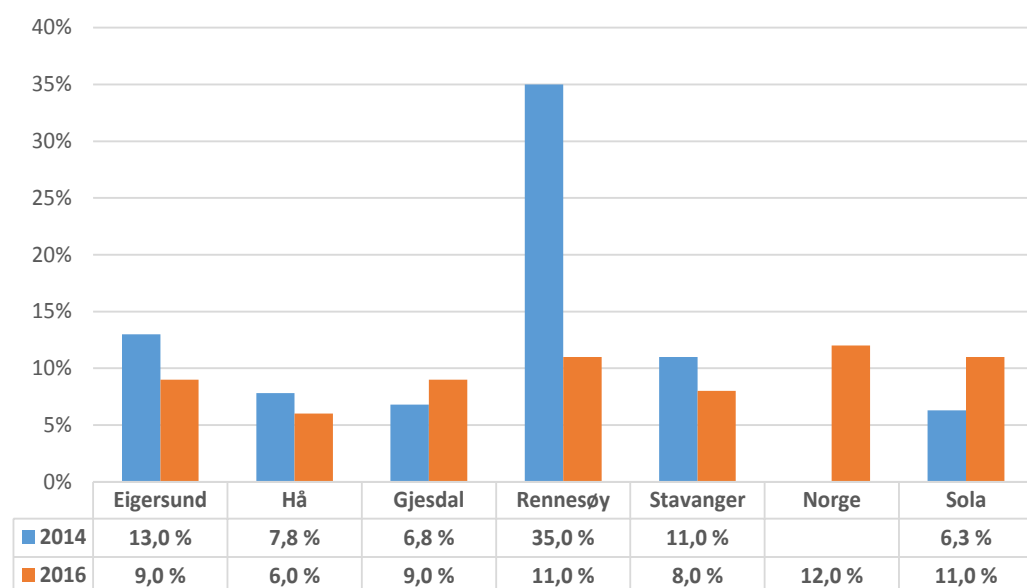


**Kommentar og vurdering:** Andelen registrerte i rød kategori er redusert i Hå, noe som må sies å være gledelig. Som det fremgår av tabellen ovenfor, er dette personer med alvorlige og langvarige psykiske problemer/lidelser som innebærer ofte store påkjenninger for den enkelte og de nærmeste rundt, og som kan gi store funksjonstap på sentrale livsområder. Sammenlignet med nabokommunene og landssnittet må andelen i Hå sies å være lav. Resultatene fra BrukerPlan-kartleggingen viser med andre ord at kommunens arbeid for bedring av tjenestemottakernes psykiske helse har gitt resultater.

**Figur 13 – Rusmiddelbruk:**

**De kartlagte tjenestemottakernes rusmiddelbruk. Prosentandel i rød kategori i 2014 kontra 2016**

(Kilde: BrukerPlan)



<sup>26</sup> I 2014 ble det ikke utarbeidet noe landssnitt.

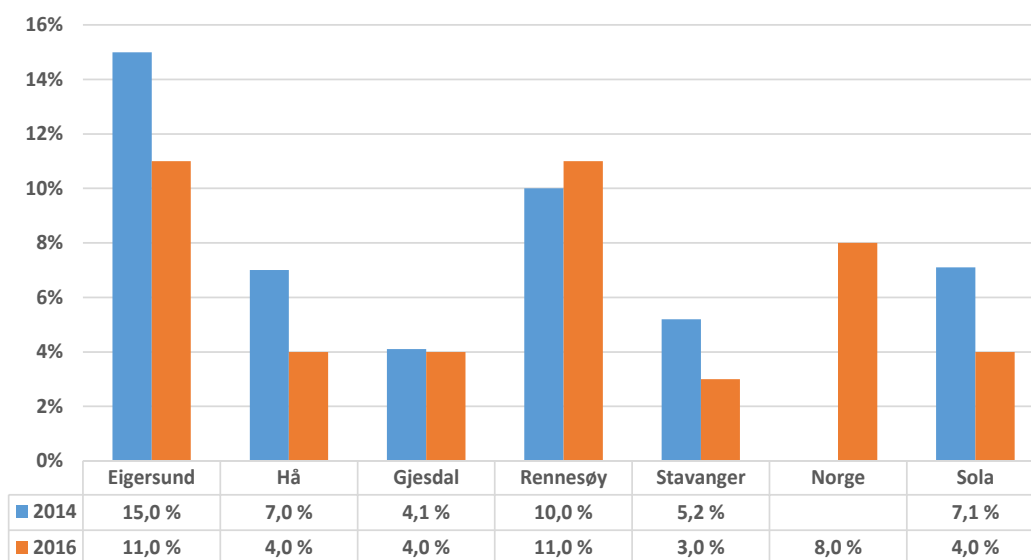
**Kommentar og vurdering:** Også når det gjelder rusmiddelbruk har andelen i rød kategori gått ned. Som det fremgår av tabellen ovenfor er dette tjenestemottakere med svært omfattende bruk av rusmidler, hvor bruken får svært alvorlige konsekvenser for hvordan vedkommende fungerer i det daglige. Bruken av rusmidler er helt grenseløs, slik at vedkommende ikke klarer å forutse eller begrense konsekvensene.

Sammenlignet med landssnittet og de kommunene som er tatt med her, er andelen noe lav i Hå. Dette må sies å være gledelig, og vi kan ut fra disse resultatene anta at kommunens rusvernarbeid de siste årene har båret frukter. Samtidig skulle vi ønske at nedgangen hadde vært enda større.

**Figur 14 – Fysisk helse:**

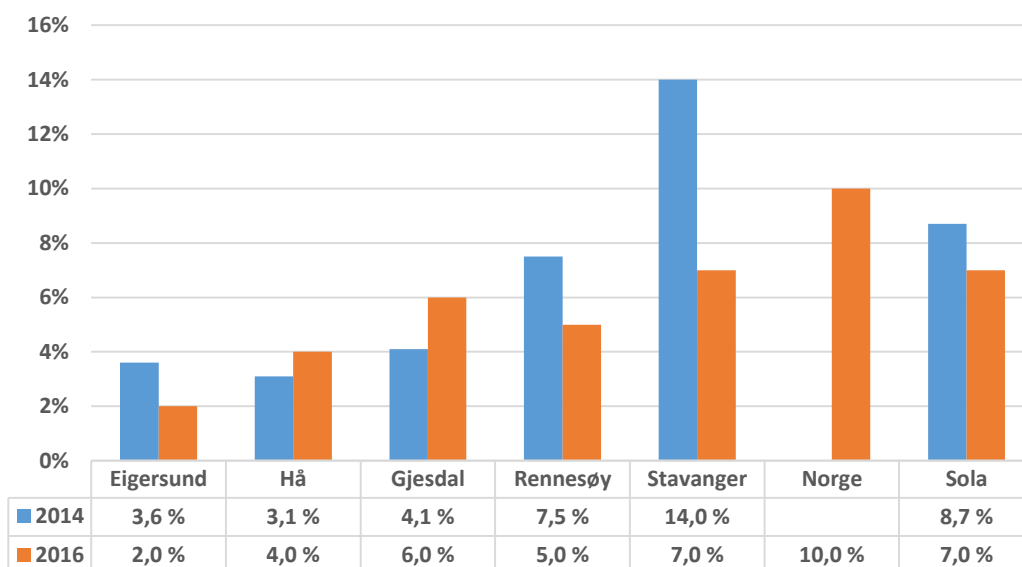
**De kartlagte tjenestemottakernes fysiske helse. Prosentandel i rød kategori i 2014 kontra 2016**

(Kilde: BrukerPlan)



**Kommentar og vurdering:** Også når det gjelder de registrerte tjenestemottakernes fysiske helse ser vi en bedring i Hå kommune. Som det fremgår av tabellen over, er rød kategori andel registrerte tjenestemottakere med omfattende fysiske helseplager - plager som gir svært alvorlige konsekvenser, både for hvordan vedkommende fungerer i det daglige og/jeller for vedkommendes fremtidige helsetilstand. Etter vår vurdering kommer Hå kommune godt ut sammenlignet med nabokommunene og landssnittet.

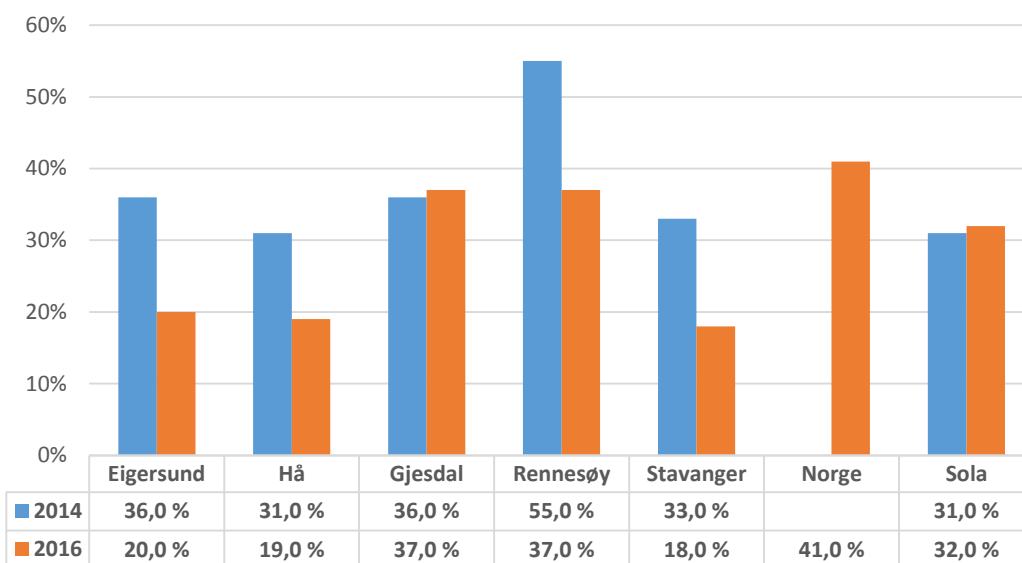
**Figur 15 – De registrerte tjenestemottakernes boligsituasjon. Prosentandel i rød kategori i 2014 kontra 2016 (Kilde: BrukerPlan<sup>27</sup>)**



**Kommentar og vurdering:** I BrukerPlan-kartleggingen er rød kategori prosentandel bostedsløse (inkl. hospits eller som bor tilfeldig hos andre). Ved første øyekast kan det se ut som utviklingen går i gal retning i Hå, men som nevnt var det fem som takket nei til kommunens botilbud i 2016. Disse fem gir utslag på statistikken. Vi ser at i de fleste kommunene som er tatt med her, går utviklingen i riktig retning.

**Figur 16 – Meningsfulle aktiviteter:**

**Prosentandel registrerte tjenestemottakere som oppgir at de *ikke* har fått tilbud om meningsfulle aktiviteter. Prosentandel i rød kategori i 2014 kontra 2016 (Kilde: BrukerPlan)**



<sup>27</sup> I 2014 ble det ikke utarbeidet noe landssnitt.



**Kommentar og vurdering:** Rød kategori er i denne sammenhengen tjenestemottakere som i liten grad er i noen form for utdanning/ arbeid og eller meningsfylt aktivitet. Vi ser at denne prosentandelen har gått ned siden 2014, noe som må sies å være positivt. Med andre ord ser det ut til at kommunens tilbud om meningsfulle aktiviteter har gitt resultater.

### 2.9.1 VÅR VURDERING AV TJENESTENES EFFEKT

Tallene i BrukerPlan-kartleggingen kan indikere at Hå kommunes arbeid innen psykisk helse og rusvern har gir resultater over tid, og at det dermed i kan sies å være et samsvar mellom målsettinger og praksis.

Det hefter imidlertid noe usikkerhet ved tallene, og dette kan være et utgangspunkt for kommunen å vurdere om man selv skal foreta en mer detaljert rapportering, for å kunne vise hvilke resultater man oppnår.

Men i gjeldende Plan for rusvern (2105-19) heter det at gruppa rusmisbrukere mellom 18-24 år er stor sammenlignet med andre kommuner, at dette er en gruppe som bør prioriteres i forhold til videre kartlegging, gjennom planmessig og tverrfaglig innsats. Til tross for at planen fremhever viktigheten av å prioritere denne gruppa, har Avdeling psykisk helse og rusvern så langt ikke satt i verk særskilte tiltak rettet mot denne aldersgruppen. Dessverre ser vi at Hå kommune fremdeles har en høy andel kartlagte i denne aldersgruppen.

For å bli inkludert i BrukerPlan-kartleggingen, må vedkommende som nevnt ha mottatt minst én av tjenestene i løpet av de siste 12 månedene, uavhengig om tjenesten er begrunnet i vedkommendes psykiske helseproblem/ rusproblem eller ikke. Det er dermed grunn til å anta at personer som motsetter seg kommunens tjenestetilbud innenfor psykisk helsearbeid og rusvern også er med i tallene. Når resultatene av BrukerPlan-kartleggingen viser en bedring (alle aldersgrupper sett under ett), må vi anta at kommunen også lykkes med å fange opp personer som i utgangspunktet stiller seg negative til kontakt med behandlerapparatet, og at levekårene har blitt bedre også for denne gruppen innbyggere.

# VEDLEGG

## Om forvaltningsrevisjon

I kommunelovens [§ 77.4](#) pålegges kontrollutvalgene i fylkeskommunene og kommunene å påse at det gjennomføres forvaltningsrevisjon. Forvaltningsrevisjon innebærer systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Lovens bestemmelser er nærmere utdypet i revisjonsforskriftens [kapittel 3](#) og kontrollutvalgsforskriftens [kapittel 5](#).

Revisjon i norsk offentlig sektor omfatter både regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon, i motsetning til i privat sektor hvor kun regnskapsrevisjon (finansiell-) er obligatorisk.

Rogaland Revisjon IKS utfører forvaltningsrevisjon på oppdrag fra kontrollutvalget i kommunen. Arbeidet er gjennomført i henhold til [NKRF](#) sin standard for forvaltningsrevisjon, [RSK 001](#). Les mer på [www.rogaland-revisjon.no](http://www.rogaland-revisjon.no).

Denne rapporten er utarbeidet av forvaltningsrevisor Therese Kristiansen og Frode Gøthesen, under ledelse av fagansvarlig for forvaltningsrevisjon Bernt Mæland.

### **Metode og revisjonskriterier**

I prosjektet har vi kombinert flere metoder, som dokumentanalyse, intervju og statistisk analyse. For å kunne få oversikt over antallet personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer, har vi undersøkt resultater fra BrukerPlan –kartleggingen i 2014, 2015 og 2016. Kartleggingen er i regi av helseforetakene og HelseDirektoratet.

Denne kartleggingen ble første gang gjennomført i 2010 og er siden blitt gjennomført årlig. For den enkelte kommune er det frivillig å delta, noe som fører til at hvilke kommuner som deltar, varierer fra år til år. Det varierer også fra år til år hvorvidt Rogalands- eller landssnitt foreligger. I denne rapporten har vi valgt å ta med tall fra samtlige kommuner innenfor Helse Stavanger som deltok i kartleggingen i 2014, 2015 og 2016, for å kunne få sammenlignbare resultater.

For å få fram brukerstemmen har vi hentet fra resultater fra siste brukerundersøkelse. I tillegg har vi intervjuet kommunens brukerrepresentant i læringsnettverket Recovery, styremedlem i Mental Helse Hå og en ansatt i kommunen med brukererfaring. Vi deltok også i det åpne lavterskeltilbudet Mestringsgruppa, og fikk der anledning til å intervju fem tilfeldig valgte personer med psykiske- og rusproblemer.

Metodisk er også sammenligninger (mot seg selv over tid og mot andre kommuner) gjennomført. Vi har valgt å konsentrere oss om personer 18 år og over, og dratt veksler på erfaringer fra lignende prosjekter i andre kommuner.

### **Informanter:**

- Leder for Avdeling psykisk helse og rusvern, Atle Straume
- Assisterende kommunalsjef og barnevernsleder, Jørn Kosmo
- Fagleder rusvern, i Avdeling psykisk helse og rusvern, Jorun Obrestad Salte
- Vernepleier i Avdeling psykisk helse og rusvern, Anita Obrestad
- Leder av Aktivitetssenteret, Kjetil Mørk
- Brukerrepresentant i læringsnettverket Recovery, Inger Karin Runde
- Tidligere leder av Aktivitetssenteret og styremedlem i Mental Helse – Roger Johansen
- Leder for PP-tjenesten, Margit Askeland
- Kommuneoverlege Gerd Signi Omland
- NAV-leder Øydis Standnes
- Prosjektleder Ny Start Jæren, Helga Tengs-Pedersen, Klepp kommune
- Leder for Ruspoliklinikk Ung Sandnes, avdeling rus og avhengighet, Helse Stavanger, Mette Idsøe
- Leder i LAR Helse Stavanger, Bente Sikveland

- Sykepleier ved LAR Helse Stavanger, Eirin Kristiansen
- Oppvekstkoordinator i Hå kommune, Johanne Erfjord
- Folkehelsekoordinator og leder for Frisklivssentralen, Kari Sjørusen
- Enhetsleder ved post K2, Jæren DPS, Bård Bakke

**Skriftlig informasjon:**

- Kommuneplan (2014-28)
- Omsorgsplan (2015-19), herunder
  - Rusvernplan
  - Psykiatriplan
  - Plan for ressurskrevende brukere
- Rusmiddelpolitisk handlingsplan (2016-20)
- Folkehelseplan (2015-19)
- Boligsosial handlingsplan (2013-17)
- Nasjonal faglig retningslinje for personer med rop-lidelser IS - 1948
- Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser Hå kommune og Helse Vest
- Helsedirektoratets veileder til rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator 2017
- Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Rapport Sintef IS 24/8. des 2016.
- Årsmelding Hå kommune 2016
- Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne IS-2076

## Utledning av revisjonskriterier

**Gjeldende lovkrav:**

- Kommuneloven § 23 nr. 2 slår fast at rådmannen skal «sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll». Hva som ligger i begrepet "betryggende kontroll" gir ikke kommuneloven noen nærmere beskrivelse av, men det følger av forarbeidene (Ot.prp. nr. 70 (2002-2003) at selv om administrasjonssjefen etter kommuneloven i dag ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll, må det regnes som fast praksis at administrasjonssjefen har ansvar for etablering av internkontroll i administrasjonen. Etableringen av en tilstrekkelig internkontroll må regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar. Forarbeidene definerer internkontroll i vid forstand som en prosess, satt i verk og gjennomført av ledere og tilsatte i virksomheten med mål om å sikre måloppnåelse på områder som: målrettet og effektiv drift, pålitelig rapportering og etterlevelse av gjeldende lover og regelverk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 omhandler kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbyr nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblemer, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.
- Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 første ledd har kommunen 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. Videre skal kommunen samarbeide med fylkeskommunen, det regionale helseforetaket og staten, slik at helse- og omsorgstjenestene fremstår som enhetlige.
- Kommunestyret plikter å inngå en samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen, jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Kommunen kan inngå en avtale alene eller sammen med andre kommuner.

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 stiller krav om at kommunen skal tilby *forsvarlige* helse- og omsorgstjenester. Med dette menes at:
  - Den enkelte pasient eller bruker skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud,
  - Den enkelte pasient eller bruker skal gis et verdig tjenestetilbud,
  - Helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene skal være i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
  - Tilstrekkelig fagkompetanse skal sikres i tjenestene
- Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 gir alle med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester en lovfestet rett på individuell plan. Planen skal tydeliggjøre et forpliktende samarbeid mellom bruker og de instanser bruker mottar tjenester fra.
- Psykisk helsevernloven § 4-1 gir visse grupper rett til individuell plan.
- Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 skal kommunen medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.

### **Bruk av individuell plan**

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 skal kommunen utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere og bidra til at enkelte får et helhetlig tilbud<sup>28</sup>.

Ifølge § 7-2 skal kommunen tilby å være koordinator for brukere med langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og at individuell plan blir utarbeidet.

Formålet med individuell plan og koordinator er å:

- Sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- Sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og pasient og bruker og eventuelt pårørende
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer<sup>29</sup>

Ifølge Plan for psykiatri (2015-19) har brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan. Planen skal utarbeides sammen med brukeren og de fagpersoner og hjelpeinstanser som er aktuelle for den enkelte. Videre heter det i planen at brukere som har behov for å få etablert en ansvarsgruppe for samordning av tjenester, skal få hjelp til dette.

Ifølge Plan for rusvern (2015-19) har rusverntjenesten ansvar for å utarbeide en tiltaksplan til rusmisbrukere. I arbeidet skal det tas hensyn til den enkelte brukers individuelle behov. Ifølge planen blir dette gjort gjennom utarbeiding av individuell plan og tilrettelegging av tjenestene på en slik måte at de er tilgjengelige og tilpasset den enkeltes behov. Dersom det er flere aktører involvert i saken, vil det bli dannet ansvarsgrupper ved behov.

### **Hjemler for bruk av tvang**

Ifølge § 10-1 i helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk, foreta nødvendige undersøkelser i saken. Ifølge lov om pasient- og brukerrettigheter § 4-1 kan helsehjelp bare gis med pasientens samtykke. Kravet om samtykke kan bortfalle helt eller delvis

---

<sup>28</sup> Retten til individuell plan følger også av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.

<sup>29</sup> jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 1.

dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, jfr. § 4-3 annet ledd. Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke.

- For bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming gjelder kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven.
- For mennesker med rusavhengighet gjelder kapittel 10 i helse- og omsorgstjenesteloven
- For mennesker med psykiske lidelser gjelder kapittel 3 i psykisk helsevernloven.
- For helsehjelp til mennesker som er uten samtykkekompetanse, og som motsetter seg helsehjelpen, vil kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven gjelde.

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan kommunen vedta midlertidig at vedkommende (uten eget samtykke) kan tas inn i en institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling og holdes tilbake der i opptil tre måneder, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2.

#### Kommunens styringsdokumenter innenfor feltet:

- Kommuneplan (2014-28)
- Omsorgsplan (2015-19), herunder
  - Rusvernplan
  - Psykiatriplan
  - Plan for ressurskrevende brukere
- Rusmiddelpolitisk handlingsplan (2016-20)
- Folkehelseplan (2015-19)
- Boligsosial handlingsplan (2013-17)

Kommuneplanen (2014-28) har blant annet som hovedmål å sikre et forsvarlig tilbud til personer med særskilte og sammensatte behov. Ifølge planen skal blant annet rusmisbrukere bli best mulig i stand til å ta del i lokalmiljøet. Dette innebærer å sikre boliger tilrettelagt for individuelle behov i de forskjellige tettstedene. Kommuneplanen sier videre at personer med psykiske vansker skal ivaretas på en god måte når de blir utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, og at den enkelte skal bli møtt av relevante fagfolk.

Kommuneplanen (2014-28) inneholder følgende delmål og strategier som har gitt føringer for en rusmiddelpolitisk handlingsplan<sup>30</sup>: Målsettinger:

- Målsetting 1: «Barn og unge skal ha trygge oppvekstvilkår.» Dette skal kommunen oppnå gjennom følgende strategi: «Vil arbeide aktivt for å minske presset på barn og unge mht. bruk av rusmidler».
- Målsetting 2: «Satsa på forebyggjande helsevern blant barn og ungdom». Dette skal kommunen oppnå gjennom følgende strategi: «Oppdage barn og ungdom som viser teikn på problem eller uheldig utvikling så tidlig som råd, og syte for hjelp til desse»

Plan for rusvern 2015-19 inneholder følgende målsettinger:

- **Allmennforebyggende tiltak:**
  - Heve debutalderen for alkohol og tobakk
  - Redusere alkoholbruk blant unge
  - Bygge opp kritiske holdninger og redusere etterspørsel og bruk av illegale stoff/medikament
- **Risikoutsatte grupper:**
  - Barn og unge som står i fare for eller har utviklet psykososiale problem og/ eller rusproblem skal oppdages tidlig og få gode, sammenhengende tjenester.
- **Oppfølging av unge kriminelle:**
  - Redusere antall lovbrudd utført av unge kriminelle.

<sup>30</sup> Rusmiddelpolitisk handlingsplan (2014-20)

- Etablere et forpliktende, kjent og strukturert samarbeid mellom politi og hjelpeapparatet i de fire Jærkommunene.
- Utvikle en effektiv, operativ modell for forebygging av ungdomskriminalitet som kan ha overføringsverdi til andre unge som har utført ulovlige handlinger.
- **Rehabilitering og oppfølging:**
  - Personer med rusproblemer skal kunne leve i verdighet og ha god livskvalitet.

I Plan for psykiatri (2015-19) heter det at psykiatritjenesten i kommunen har utviklet et sett med overordnede målsettinger for sitt arbeid og videreutvikling av tjenesten. Disse er

- Å yte hjelp til etablering og ivaretagelse av stabile relasjoner
- Aktiv nyttiggjørelse av brukermedvirkning og brukererfaringer
- Yte hjelp til å mestre egen bolig, utdanning, arbeid og aktivitet
- Yte samordnet og effektiv innsats
- Bruke individuell plan for de som trenger det/ har rett på det
- Fag og ressursforvaltning av en slik art at tjenesten er attraktiv for brukere, ansatte og samarbeidende instanser.

I Boligsosial handlingsplan (2013-17) heter det at kommunen har et ansvar for å sørge for at vanskeligstilte har et botilbud. Dette gjøres gjennom bruk av kommunale utleieboliger, hospitsplasser eller botilbud med tilhørende tjenester.

- Personer med rusmiddelproblem skal kunne bo trygt og godt i kommunen.
- Arbeide mot fleksible og varige botilbud som er tilpasset den enkelte bruker sitt hjelpebehov.
- Personer med rusproblemer skal kunne ha en meningsfull hverdag.

Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser.

**Ut fra disse kildene har vi utledet følgende revisjonskriterier:**

- Den enkelte bruker skal gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, herunder individuell plan.
- Kommunen skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven.
- Innbyggere med psykiske vansker og/eller rusproblemer skal ha et forsvarlig botilbud.

#### **Mer informasjon om ulike aktivitetstilbud**

Funkishuset arrangerer også fagdager for fagpersonell i de seks ulike kommunene. Ansatte ved Funkishuset kommer på regelmessige besøk til de forsterkede boligene på Varhaug for å reklamere for tilbudet, dele ut brukerutstyr og for å opprettholde et godt samarbeid med kommunen.

Kommunen yter en rekke tjenester knyttet til sosialt fellesskap og aktiviteter:

- **Tirsdagskafé** i «kommunehuset» på Nærbø. Dette er et tilbud for de som opplever vansker knyttet til egne eller andres bruk av rusmiddel. Her er det mulig å få mat og sosialt samvær med andre i samme situasjon. Tilbudet som gis annenhver tirsdag drives av to frivillige organisasjoner – Nærbø Sanitetsforening og Lions Club.
- **Psykodukative grupper** – grupper som gjennom teoretiske presentasjoner orienterer brukeren (og gjerne pårørende) om hva en vet om lidelsen og hva brukeren og pårørende kan gjøre.
- **Treningskontakt** – den enkelte får tildelt en treningskontakt som sammen med tjenestemottaker driver med trening og fysisk aktivitet. Målet med tjenesten er å få brukere til å starte opp med fysisk aktivitet og fortsette med dette over tid slik at dette fører til en endring i aktivitetsnivået, for på denne måten å bedre brukerens psykiske helse.

- **Støttekontakt** – er et tilbud til personer med behov for sosialt samvær og/eller støtte for å delta i aktiviteter utenfor hjemmet.
- **Gruppetrening** – tjenesten er for de som bor hjemme og som har psykiske vansker eller psykisk sykdom. Tjenesten blir også gitt til de som søker og som ikke oppfyller kriteriene for treningskontakt. Hjemmetjenesten samarbeider med «Aktiv på dagtid Jæren», APDJ, om noen av gruppetilbudene. Tjenesten består av ulike aktivitetstyper som alle er relatert til fysisk aktivitet.
- **Brukerstyrte tiltak** – Kommunen samarbeider tett med brukerorganisasjonen Mental helse. Dette skjer gjennom brukerstyrte aktiviteter og arrangementer, og psykiatritjenesten bidrar med økonomisk støtte. «Oasen» er et åpent treffpunkt som holder åpent tre dager i uken.

### Mer informasjon om Jæren distriktpsikiatriske senter

Jæren distriktpsikiatriske senter er en privat ideell institusjon som eies og drives av Norske Kvinners Sanitetsforening, Rogaland<sup>31</sup>. Senteret har driftsavtale med Helse Vest og består av tre differensierte sengeposter, ambulant akutt-team, ACT-team, allmennpsykiatrisk poliklinikk, gruppepoliklinikk, psykosepoliklinikk og forsknings- og undervisningsenhet til den voksne befolkningen over 18 år. Senteret er både psykiatrisk sykehus og DPS for jærkommunene Klepp, Time, Hå og Gjesdal. Videre er senteret psykiatrisk sykehus for kommunene i Dalane, nærmere bestemt Eigersund, Sokndal, Bjerkreim og Lund.

Jæren DPS har fire hovedoppgaver<sup>32</sup>:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende

Det legges stor vekt på at brukeren skal delta i egen behandling og for hver pasient skal det utarbeides en behandlingsplan<sup>33</sup>. Jæren DPS har et eget lærings- og mestringssenter som skal være:

- En læringsplass og et kurscenter for brukere, pårørende og fagpersonell
- En møteplass og et samarbeidsverksted
- Et aktivt informasjonssenter

Avdeling psykisk helse og rusvern markedsfører aktuelle tilbud fra lærings- og mestringssenteret i møte med brukerne.

Jæren DPS og kommunen samarbeider ved at Jæren DPS tar i mot pasienter som blir henvist til utredelse, behandling og rehabilitering. Samarbeidsavtalen omfatter samarbeid om:

- Innleggelse, utskriving og poliklinisk behandling.
- Brukere som har behov for oppfølging fra begge nivå samtidig og over tid.
- ACT-team
- Mestringstilbud, arbeid og fritid.
- Rettledning og kunnskapsutveksling

**Akutt team** er en del av Jæren DPS. Teamet samarbeider internt med sengepostene på Jæren DPS og med kommunene. Teamet gir rask hjelp ved behov til personer i krise, ved forverring av tilstander og ved hverdagskriser. Videre yter de hjelp til kommunens kriseteam ved behov, samt gir akutte diagnostiske avklaringer.

---

<sup>31</sup> Kilde: <http://www.jdps.no/om-oss>

<sup>32</sup> Kilde: <http://www.jdps.no/om-oss>

<sup>33</sup> Kilde: Hovedbrosjyre Jæren DPS - En orientering til pasienter, brukere, pårørende og andre



**Treningskontakt** er et samarbeid mellom alle jærkommunene, hvor Jæren DPS er ansvarlig for å legge til rette for utdanning, rettleiding og oppfølging av treningskontakter sammen med kommunene. Ordningen tilsvarer støttekontaktordningen, men med trening og fysisk aktivitet som hovedinnhold.

**Aktiv på dagtid Jæren** er et forebyggings-, behandlings-, rehabiliterings og aktiviseringstilbud for alle NAV-brukere. Her kreves ingen henvisning. Jæren DPS leder og administrerer tilbudet, og kommunen deltar i tilbudets styringsgruppe med én fast representant.



**Rogaland Revisjon IKS**

Lagårdsveien 78  
4010 Stavanger

Tlf 40 00 52 00  
Faks 51 84 47 99

**[www.rogaland-revisjon.no](http://www.rogaland-revisjon.no)**